

# *Améliorer les soins des mères et des nouveau-nés®*

*Un guide pour les équipes d'amélioration*





## ***Une histoire pour améliorer les soins des mères et des nouveau-nés***

Les sages-femmes infirmières Jeanne et Henriette travaillent dans de petits hôpitaux de district. Elles ont fait connaissance lors d'une conférence.

« Jeanne, je suis très triste aujourd'hui. La semaine dernière, une mère perdu tellement de sang après son accouchement qu'elle en est morte. Notre personnel est très peiné car cela se produit si souvent. Lorsqu'une mère meurt, c'est un rappel pour nous de la gravité que peuvent avoir les pertes de sang. Tout le personnel a été formé et sait comment prévenir les saignements mais souvent nous ne faisons pas vraiment ce qu'il faut. »

« Henriette, je sais ce que tu ressens. Il y a un an, nous avions le même problème. Mais l'une de nos sages-femmes nous a aidés à améliorer nos soins. Travaillant avec le responsable sanitaire du district, elle a organisé une équipe. Cette équipe a trouvé des moyens de simplifier pour nous ce qu'il faut faire pour prévenir des pertes de sang. Maintenant, il est rare que les mères aient des saignements et aucune mère n'est décédée depuis plus d'un an. Le personnel est fier de ses soins et les mères veulent accoucher dans notre hôpital.

Peut-être que notre équipe peut vous aider à apprendre cette manière d'améliorer les soins. »

***Ce guide vous aidera à améliorer les soins des mères et des nouveau-nés dans votre structure.***

# Introduction

## ***Comment pouvez-vous améliorer les soins des mères et des nouveau-nés ?***

En tant que prestataire de soins de santé, vous voulez prodiguer les meilleurs soins possibles aux mères et aux nouveau-nés. Savoir comment procéder correctement est la première étape. Avoir les compétences requises pour faire ce qu'il y a lieu de faire est l'étape suivante. Mais, même si vous avez les connaissances et les compétences requises, vos soins ne sont peut-être aussi bons qu'ils pourraient l'être. Parfois cela tient à un manque de ressources mais, même si c'est le cas, il est tout de même possible d'améliorer les soins en utilisant de manière créative les ressources disponibles. En travaillant ensemble, en équipe, vous pouvez œuvrer avec d'autres membres de la structure sanitaire et avec des familles pour parvenir à des changements importants qui amélioreront les soins des mères et des nouveau-nés.

Les structures sanitaires font presque toujours partie d'un système de soins de santé. Vos efforts pour améliorer les soins ont davantage de chances de réussir si votre système soutient et encourage vos efforts d'amélioration. En fait, certaines améliorations pourraient dépendre de changements au sein du système. Efforcez-vous de lier vos efforts à des programmes d'amélioration en cours dans votre système de santé. Vos efforts et vos réussites pourraient même encourager d'autres personnes au sein du système à changer et à améliorer leurs soins.

## Comment utiliser ce guide ?

Ce guide décrit six étapes pour améliorer les soins de santé et raconte une histoire sur la façon dont le personnel d'une structure a suivi ces six étapes pour dispenser de meilleurs soins. Dans cette histoire, le personnel a décidé de former une équipe pour améliorer les soins (Étape 1). L'équipe a ensuite examiné ses données pour décider quels aspects des soins elle devait améliorer (Étape 2). Elle a ensuite utilisé des outils simples pour identifier les obstacles à des soins de qualité et elle a choisi des obstacles à surmonter (Étape 3). L'équipe a planifié les changements qu'elle pourrait faire pour surmonter ces obstacles et elle a testé les changements pour déterminer leur efficacité (Étape 4). Elle a régulièrement examiné ses données pour déterminer si les changements avaient mené à des améliorations (Étape 5). Après avoir obtenu de bons résultats, l'équipe a fait de l'amélioration la norme dans sa structure (Étape 6).

**Pour chaque étape, les sections suivantes guident l'utilisateur à travers l'apprentissage, la pratique et l'action :**

- **Objectifs**

Ils font ressortir les points d'apprentissage et les actions qui sont importants pour chaque étape.

- **Connaissances fondamentales**

Elles présentent les faits essentiels et autres informations au sujet de chaque étape.

- **Exercices pratiques**

Ils aident les apprenants à renforcer leurs compétences en appliquant les connaissances fondamentales à deux exemples de scénario : un portant sur les soins des nouveau-nés et l'autre sur les soins des mères.

- **Discussions de groupe**

Elles incitent les utilisateurs à échanger sur la manière dont chacune des étapes du processus d'amélioration pourrait être exécutée dans leur structure.

- **Actions de l'équipe d'amélioration**

Elles aident les équipes à réaliser des projets d'amélioration dans leur structure. Cette partie comprend des suggestions et des techniques pour chaque action et des fiches de travail pour aider à organiser et enregistrer le résultat de l'action.

*Ce guide peut être utilisé par un cadre ou un facilitateur pour aider d'autres personnes à s'informer au sujet de l'amélioration. Il peut aussi être utilisé comme manuel d'autoformation par des équipes d'amélioration.*

# Table des matières

<b>Étape 1. Créer une équipe d'amélioration.....</b>	<b>6</b>
<b>Étape 2. Décider ce qu'il faut améliorer.....</b>	<b>12</b>
<b>Étape 3. Choisir les obstacles à surmonter.....</b>	<b>26</b>
<b>Étape 4. Planifier et tester le changement.....</b>	<b>42</b>
<b>Étape 5. Déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration.....</b>	<b>56</b>
<b>Étape 6. Faire de l'amélioration la norme.....</b>	<b>68</b>

## **ANNEXES**

A.1. Exercices pratiques en rapport avec le nouveau-né — Guide de l'utilisateur .....	1
A.2. Exercices pratiques en rapport avec la mère — Guide de l'utilisateur.....	19
B. Outils pour identifier les obstacles.....	35
C. Exemples d'indicateurs de processus et de résultat.....	41

# Étape 1

## Créer une équipe d'amélioration



### **OBJECTIFS**

- **Comprendre les avantages de travailler en équipe pour améliorer les soins**
- **Créer une équipe d'amélioration**

## Connaissances fondamentales

### **Comprendre les avantages de travailler en équipe pour améliorer les soins**

#### **Une équipe a davantage de poids qu'une seule personne pour faire des changements.**

- Les membres de l'équipe renforcent les connaissances et l'expérience d'une personne seule.
- Une équipe dont les membres ont des rôles différents dans les soins des mères et des nouveau-nés comprendra plus aisément les problèmes et il lui sera plus facile d'élaborer des solutions donnant des résultats.
- Les membres de l'équipe partagent le travail nécessaire à faire pour améliorer les soins.
- Les équipes créent aussi l'enthousiasme nécessaire pour encourager d'autres à changer.
- Une équipe peut guider le reste du personnel d'une structure dans le processus d'amélioration.

### **Créer une équipe d'amélioration**

**Lors de la création une équipe d'amélioration, considérer les points suivants :**

#### **1) Obtenir le soutien d'un gestionnaire ou d'un autre cadre de la structure pour une équipe d'amélioration.**

- Une équipe d'amélioration réussira mieux si son travail est soutenu par les responsables de la structure.
- Impliquer les cadres dès le début du processus d'amélioration renforce souvent leur soutien.
- Essayer d'impliquer tôt les cadres en les incluant dans l'équipe ou en recherchant leurs conseils au sujet de stratégies et de ressources pour le changement.
- Sensibiliser les cadres concernant l'intérêt du personnel pour des changements et pour l'amélioration des soins.

#### **2) Décider qui devrait faire partie de l'équipe d'amélioration.**

- Une équipe d'amélioration comprend des personnes qui contribuent aux soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés à différents égards. Les membres d'une équipe d'amélioration peuvent être :
  - Des gestionnaires, des prestataires de soins de santé et d'autres agents de la structure, tels que des pharmaciens, des gardiens ou du personnel de nettoyage.
  - Des membres de la communauté qui font l'expérience des soins, tels que des femmes enceintes, des mères et des membres de leur famille.

- Certaines structures peuvent avoir une équipe de base — un petit groupe qui identifie les aspects à améliorer et organise les efforts d'amélioration. Lorsque l'équipe de base identifie des pratiques de soins spécifiques à améliorer, d'autres personnes qui participent à ces pratiques peuvent être ajoutées à l'équipe (voir Étape 2).
- Le but est d'inclure des personnes qui ensemble sont au courant de toutes les activités comprises dans les soins.

### 3) Organiser l'équipe d'amélioration.

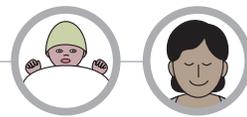
- Les membres de l'équipe d'amélioration assument divers rôles. On trouvera ci-dessous une liste des rôles clés au sein de l'équipe :
  - Chef d'équipe : il guide les activités de l'équipe et délègue des responsabilités.
  - Mentor de l'équipe : il fournit une assistance, le matériel et les informations nécessaires pour planifier les réunions et exécuter le projet d'amélioration.
  - Secrétaire : il consigne par écrit les discussions et les décisions de l'équipe.
  - Rapporteur de la structure : il communique le travail de l'équipe au reste du personnel de la structure.
  - Gestionnaire des données : il recueille et analyse les données pour déterminer si un changement se traduit par une amélioration (voir Étapes 4 et 5).

### 4) Choisir le chef de l'équipe d'amélioration.

- Un chef d'équipe idéal peut investir du temps et des ressources, éliminer les obstacles à l'amélioration et représenter le travail de l'équipe auprès des cadres de la structure.
- Un chef d'équipe idéal est un champion énergique de soins de qualité dans la structure, par exemple une infirmière gestionnaire, un médecin ou un autre prestataire de la structure.

#### **EXEMPLE :**

Dans le cadre d'un effort national pour réduire la mortalité néonatale, deux sages-femmes d'un centre de santé rural assistent à une conférence de formation. Elles se rendent compte que plusieurs de leurs pratiques ne sont pas exécutées comme recommandé. Quand elles retournent dans leur structure, elles obtiennent du directeur la permission d'améliorer leurs pratiques. Sur leur conseil, le directeur choisit les membres de l'équipe, notamment un médecin, une infirmière gestionnaire, une sage-femme infirmière, une infirmière, un gardien et une mère de la communauté. L'équipe choisit la sage-femme infirmière comme chef car c'est une clinicienne respectée qui est enthousiaste pour fournir les meilleurs soins possibles. Bien que le médecin ait une formation plus poussée et davantage d'autorité, ce n'est pas lui qu'on choisit car il n'est présent dans la structure que quelques jours par semaine.



## Exercice pratique

- Lire le scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexe A et discuter des similitudes et des différences.
- Pendant les Étapes 2 à 5, continuer de perfectionner vos compétences en faisant les exercices en rapport soit avec nouveau-né, soit avec la mère.

### Scénario

Après avoir rencontré Seetha et entendu les changements positifs intervenus dans son hôpital, Nirmala retourne dans sa propre structure avec une énergie nouvelle pour améliorer les soins. Chaque année, environ 1 000 enfants naissent à l'hôpital de Nirmala. Les sages-femmes infirmières fournissent des soins prénatals, obstétricaux de base et post-accouchement. Des infirmières diplômées d'État et des aides-soignantes aident pour les soins des suites de couches. Une infirmière gestionnaire major supervise le fonctionnement de la structure et elle est chargée notamment de commander les fournitures. Un pharmacien est sur place. Des élèves infirmières sont habituellement présentes dans la structure. Un médecin gère la salle de travail/d'accouchement, il est disponible pour les urgences mais il ne soigne que des femmes qui présentent des complications. Les mères et les nouveau-nés restent habituellement une heure dans la zone de la salle d'accouchement après la naissance, avant leur transfert en salle des suites de couches. Ils sont normalement autorisés à rentrer à leur domicile de 24 à 48 heures plus tard.

*Nirmala veut devenir une championne de la qualité des soins et elle veut créer une équipe d'amélioration de la qualité.*

1. Discuter de la manière dont Nirmala devrait organiser une équipe pour améliorer les soins des mères et des nouveau-nés dans cette structure.  
Faire la liste des membres de l'équipe et procéder à l'attribution des rôles.
2. Choisir un chef d'équipe idéal. Expliquer pourquoi vous l'avez choisi.

### Discussion de groupe

*Discuter des situations que vous pourriez rencontrer dans votre structure.*

*Utiliser les questions suivantes pour vous aider à planifier les actions de l'équipe d'amélioration.*

- Qu'est-ce qui aidera une équipe d'amélioration à se réunir régulièrement dans votre structure ?
- Est-ce que les membres de l'équipe seront désignés ou volontaires ? Est-ce qu'on leur accordera du temps pour ces activités ?
- Comment peut-on impliquer des familles ou d'autres personnes non médicales dans le processus d'amélioration ?  
Peuvent-elles faire partie de l'équipe ?

## Actions de l'équipe d'amélioration

<b>Actions</b>	<b>Suggestions et techniques</b>
<p><b>Créer une équipe d'amélioration :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir le soutien des cadres de la structure pour créer une équipe d'amélioration.</li> <li>• Inviter les personnes intéressées qui participent aux soins des mères et des nouveau-nés.</li> <li>• Envisager d'inviter des mères et d'autres membres de familles.</li> </ul>	<p><b>Une équipe peut être de n'importe quelle taille, mais :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe trop réduite (moins de trois personnes) pourrait ne pas avoir suffisamment d'idées créatrices ou de temps pour accomplir le travail.</li> <li>• Une équipe trop importante (plus de 10 ou 12 personnes) pourrait avoir du mal à écouter tous les points de vue et à prendre des décisions.</li> </ul> <p><b>Le nombre est moins important que d'avoir les personnes qu'il faut ; les personnes qu'il faut sont :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enthousiastes — elles veulent faire des changements.</li> <li>• Impliquées — elles font déjà le travail qui a besoin d'un changement.</li> <li>• Disponibles — elles peuvent consacrer du temps à faire des changements.</li> <li>• Influentes — elles sont écoutées par d'autres personnes.</li> </ul>
<p><b>Organiser l'équipe d'amélioration :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir un chef d'équipe.</li> <li>• Attribuer les autres rôles :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination de la collecte des données</li> <li>- Établissement du compte rendu des réunions de l'équipe</li> <li>- Communication avec les autres membres du personnel</li> </ul> </li> <li>• Décider du moment (jour et heure), durée et lieu des réunions.</li> <li>• Décider de la façon dont communiqueront les membres du personnel.</li> <li>• Décider de la façon dont seront documentées les réunions.</li> <li>• Discuter de la façon d'impliquer les responsables de la structure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes qui dispensent les soins ont généralement les meilleures idées concernant les problèmes et la façon de les surmonter.</li> <li>• Un bon chef d'équipe s'assure que tous les membres de l'équipe sont capables d'apporter des idées.</li> <li>• Dans les petites structures, une personne peut avoir plusieurs rôles.</li> <li>• Les membres de l'équipe peuvent changer de rôle d'un projet à l'autre. Cela les aidera à contribuer de diverses façons au travail d'amélioration dans l'avenir.</li> <li>• Essayer de programmer régulièrement des réunions pour établir une routine.</li> </ul>

FICHE DE TRAVAIL

## Créer une équipe d'amélioration

Les membres de notre équipe d'amélioration :

Membre de l'équipe	Rôle (par exemple, chef, secrétaire, analyste des données)

Notre calendrier des réunions de l'équipe d'amélioration :

Date	Heure	Lieu

# Étape 2

## Décider ce qu'il faut améliorer



### **OBJECTIFS**

- **Comprendre où il peut y avoir des lacunes dans la qualité**
- **Identifier les lacunes dans la qualité**
- **Choisir ce qu'il faut améliorer**
- **Exécuter une évaluation de référence**
- **Rédiger une déclaration d'objectif**

## Connaissances fondamentales

### Comprendre où il peut y avoir des lacunes dans la qualité

Les équipes d'amélioration se concentrent sur les lacunes dans la qualité des résultats ou des processus.

#### RÉSULTATS

Les résultats décrivent la santé d'une personne ou d'un groupe de personnes. Il existe une lacune dans la qualité lorsqu'un bon résultat est moins fréquent ou qu'un mauvais résultat est plus fréquent qu'on le souhaiterait.

#### EXEMPLE :

Il existe une lacune dans la qualité lorsque beaucoup de mères ont une hémorragie du post-partum (le mauvais résultat).

#### PROCESSUS

Les processus de soins sont les actions des prestataires durant les soins aux mères et aux nouveau-nés. Il existe une lacune dans la qualité lorsqu'un processus de soins n'est pas exécuté correctement ou régulièrement, en particulier lorsqu'il aboutit à un mauvais résultat.

- Un processus de soins peut influencer sur un résultat de santé immédiat.
- Un processus de soins peut influencer sur un résultat futur.

#### EXEMPLE :

Ne pas administrer un médicament utérotonique après la naissance (le processus) augmente le risque d'une hémorragie du post-partum (le résultat de santé immédiat).

Un bon résultat dépend de **processus** de soins exécutés correctement et régulièrement. Les processus de soins dépendent d'**intrants**. Les intrants sont les ressources nécessaires pour dispenser les soins de santé. Le manque d'un intrant essentiel crée un **obstacle** au processus de soins. Les intrants et les obstacles sont décrits plus en détail dans l'Étape 3.

#### EXEMPLE :

Ne pas initier l'allaitement précocement après la naissance (le processus) diminue les chances que l'allaitement maternel exclusif sera encore pratiqué trois mois plus tard (le résultat futur).

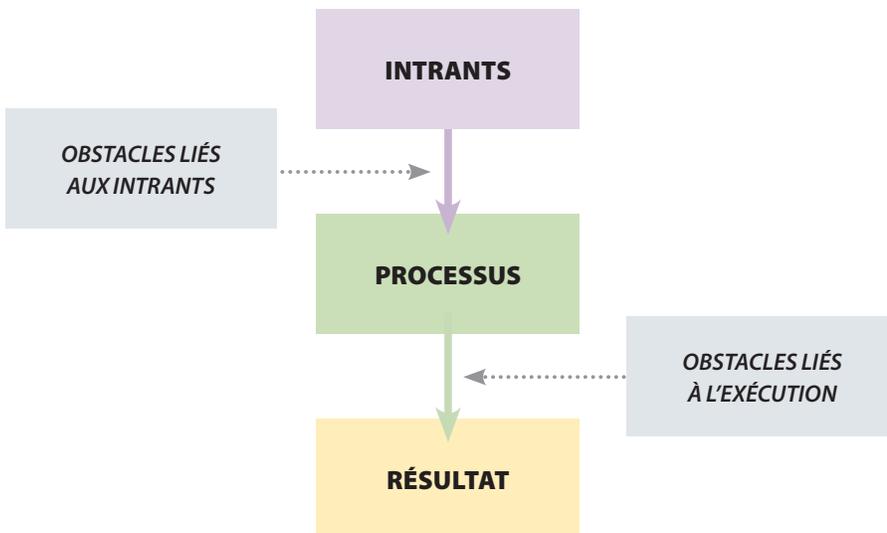


Figure 2.1 : Cette figure illustre la manière dont un résultat est affecté par les processus de soins, et dont les processus dépendent des intrants. Les intrants seront discutés à l'Étape 3.

## Identifier les lacunes dans la qualité

Une lacune dans la qualité peut être identifiée des deux façons suivantes (voir aussi la Figure 2.2 ci-dessous) :

### 1) Une lacune est évidente à l'équipe sur la base de ses connaissances et de son expérience.

- L'équipe reconnaît qu'un mauvais résultat se produit fréquemment.
- Elle sait qu'un processus de soins n'est pas exécuté correctement (action correcte, moment correct, patiente qu'il faut).
- Elle sait qu'un processus de soins n'est pas exécuté régulièrement (il est peut-être exécuté correctement mais pas pour chacune des patientes).

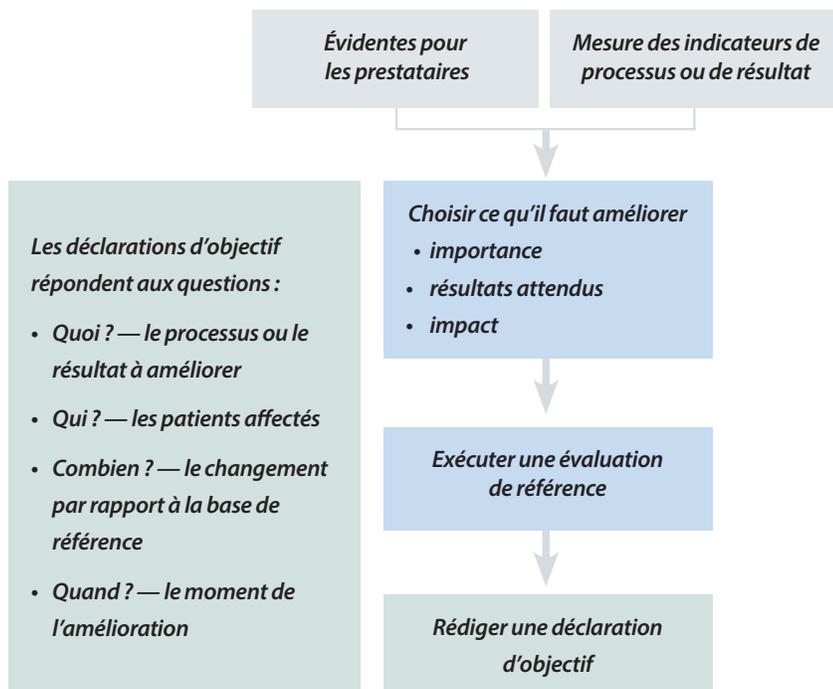
#### EXEMPLE :

L'équipe sait que près de la moitié de la totalité des mères dans sa structure a d'importantes pertes de sang après la naissance. Les confrères des hôpitaux voisins lui disent que de tels saignements ne se produisent qu'une ou deux fois par mois dans leur hôpital.

#### EXEMPLE :

L'équipe sait que les prestataires n'administrent l'utérotonique ocytocine qu'après l'expulsion du placenta. Ses directives nationales recommandent la gestion active de la troisième phase de l'accouchement qui comprend l'utilisation d'un utérotonique après la naissance mais avant l'évacuation du placenta.

### Façons d'identifier des lacunes dans la qualité :



#### EXEMPLE :

L'équipe sait que la vitamine K est souvent en rupture de stock dans la salle d'accouchement. Lorsqu'il n'y en a pas, les nouveau-nés n'en reçoivent pas.

Figure 2.2 : La figure illustre les deux manières dont les équipes peuvent identifier une lacune dans la qualité et les actions qui suivent l'identification des lacunes : choisir ce qu'il faut améliorer, exécuter une évaluation de référence et rédiger une déclaration d'objectif (voir ci-dessous).

**2) Une lacune est identifiée en mesurant les processus de soins et les résultats.**

Les mesures des processus de soins et des résultats sont appelés des indicateurs de processus et de résultat.

- Les indicateurs peuvent être comparés aux taux attendus ou souhaités pour un certain processus ou résultat.
- Les indicateurs mesurent la fréquence à laquelle les mères ou les nouveau-nés ressentent un résultat, ou la fréquence de l'exécution d'un processus.
- Les indicateurs peuvent être exprimés en proportion ou en pourcentage.
  - Lorsqu'ils sont exprimés en proportion, le numérateur d'un indicateur est le nombre de mères ou de nouveau-nés qui ressentent un résultat ou qui ont fait l'objet d'un processus de soins pendant une certaine période. Le dénominateur est le nombre ayant senti le résultat ou qui devrait faire l'objet du processus pendant la même période.
  - Lorsque les indicateurs sont exprimés en pourcentage, ils donnent le nombre de résultats ou de processus pour 100 mères ou nouveau-nés.
  - Les indicateurs de mortalité utilisent des chiffres plus élevés, tels que 1 000 ou 100 000.

**EXEMPLE :**

Le taux de l'indicateur de résultat pour la mortalité néonatale est le nombre d'enfants décédés dans un délai de 28 jours après leur naissance sur une certaine période (numérateur) par rapport au nombre d'enfants nés vivants pendant la même période (dénominateur), exprimé comme le nombre de décès pour 1 000 enfants nés vivants. Le ratio de l'indicateur de résultat pour la mortalité maternelle est le nombre de décès de mères (numérateur), divisé par le nombre d'enfants nés vivants (dénominateur), exprimé comme le nombre pour 100 000 enfants nés vivants. Le Tableau 2.1 donne une liste d'exemples d'indicateurs de processus et de résultat.

Les renseignements individuels utilisés pour calculer les indicateurs sont appelés des données.

- Les données peuvent être collectées en permanence ou sur une période déterminée, et elles peuvent provenir :
  - De documents existants (par exemple, le registre des naissances ou les dossiers médicaux des mères et des nouveau-nés)
  - De l'observation directe d'un processus de soins

Résultat	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source habituelle des données
Décès maternel	Ratio mortalité maternelle	Nombre de décès maternels	Pour 100 000 enfants nés vivants	Registre des accouchements/ statistiques de la structure
Décès néonatal	Taux mortalité néonatale	Nombre de décès néonataux	Pour 1 000 enfants nés vivants	Registre des accouchements/ statistiques de la structure
Hémorragie du post-partum	% hémorragies du post-partum	Nombre de femmes ayant eu une hémorragie du post-partum	Pour 100 femmes donnant naissance	Dossiers des mères
Processus	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source habituelle des données
Traitement utérotonique pour prévenir une hémorragie du post-partum	% de femmes ayant été traitées avec un utérotonique	Nombre de femmes ayant été traitées avec un utérotonique immédiatement après la naissance de l'enfant	Pour 100 enfants nés vivants	Dossiers des mères
Soin peau à peau précoce	% de nouveau-nés ayant eu un soin peau à peau	Nombre de nouveau-nés ayant reçu un soin peau à peau pendant la première heure suivant la naissance	Pour 100 enfants nés vivants	Dossiers des nouveau-nés

Tableau 2.1 : Exemples d'indicateurs de résultat ou de processus

Remarque : Voir Annexe C pour des indicateurs supplémentaires.

## Choisir ce qu'il faut améliorer

Il se peut qu'il y ait une lacune dans la qualité de plus d'un résultat. Même lorsqu'un seul résultat doit être amélioré, il est possible que de nombreux processus aient une incidence sur ce résultat. Il est généralement préférable de n'améliorer qu'un seul résultat ou qu'un seul processus à la fois, et l'équipe aura besoin d'une méthode pour en choisir un.

### Plusieurs facteurs influent sur le choix de ce qu'il faut améliorer, notamment :

- L'**importance** du résultat ou du processus
  - Quelle est l'importance du résultat ou du processus pour les familles ou pour l'autorité sanitaire ?
- Le **degré** d'amélioration **attendu** ?
  - Quel est le degré d'amélioration attendu d'un changement dans les soins ?
- L'**impact** de l'amélioration
  - Combien de mères ou de nouveau-nés pourraient ressentir le résultat ou faire l'objet du processus de soins ?

### Après avoir choisi ce qu'il faut améliorer, envisager d'ajouter de nouveaux membres à l'équipe.

Choisir des personnes qui ont des connaissances particulières au sujet du résultat ou qui participent au processus identifié.

#### EXEMPLE :

L'équipe choisit de réduire le nombre de décès résultant d'hémorragies du post-partum. Elle sait que traiter les mères avec un utérotonique immédiatement après la naissance de l'enfant et surveiller les pertes de sang après l'expulsion du placenta sont des processus de soins importants qui affectent le résultat de l'hémorragie du post-partum. Elle sait aussi qu'aucun de ces processus n'est exécuté régulièrement. Elle doit décider s'il faut améliorer l'un de ces processus ou les deux pour prévenir des décès résultant d'hémorragies du post-partum.

#### EXEMPLE :

L'équipe décide d'améliorer le processus d'administration d'un utérotonique. Elle invite les personnes participant à l'administration de ces médicaments à se joindre à elle. Cela comprend le pharmacien responsable de la commande du produit.

## Exécuter une évaluation de référence

Une évaluation de référence décrit la lacune dans la qualité, notamment l'ampleur de la lacune avant que l'équipe n'entame ses activités d'amélioration des soins. Une évaluation de référence établit la fréquence de l'exécution correcte et régulière du processus.

### Pour définir la fréquence à laquelle se produit le résultat :

- Examiner les statistiques de la structure.
- Examiner les dossiers médicaux.

### Pour définir la fréquence de l'exécution correcte et régulière du processus :

- Observer le processus et enregistrer les observations — si le processus n'est pas documenté dans le dossier médical.
- Collecter les données à partir des registres ou d'autres dossiers médicaux — si le processus est déjà documenté.
- Estimer la fréquence à laquelle le processus est exécuté — si l'équipe sait qu'un processus est rarement exécuté ou peut-être même jamais.

## Rédiger une déclaration d'objectif

Une équipe d'amélioration définit ses buts en rédigeant une déclaration d'objectif. Une telle déclaration décrit le but de l'amélioration clairement et d'une manière pouvant être mesurée. La déclaration d'objectif est la première étape de la planification de changements en vue d'une amélioration.

### Une déclaration d'objectif répond aux questions : *quoi, qui, combien et quand*.

- **Quoi** — identifie le résultat ou le processus qui doit être amélioré.
- **Qui** — identifie les personnes qui seront affectées.
- **Combien** — décrit le changement entre l'évaluation de référence et le résultat souhaité.
- **Quand** — indique un horizon pour le changement.

L'évaluation de référence donne une valeur de départ pour « combien ».

#### EXEMPLE :

Une déclaration d'objectif pour améliorer le traitement avec un utérotonique peut être : « Porter de 30% à 95% dans un délai de six mois le nombre de mères recevant un utérotonique immédiatement après la naissance de l'enfant ». Dans cet exemple, le « quoi » est le traitement immédiat avec un utérotonique, le « qui » est l'ensemble des mères, le « combien » est le fait de passer de 30% à 95% et le « quand » représente un horizon de six mois.



## Exercice pratique en rapport avec le nouveau-né

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexe A.1 et discuter des similitudes et des différences.

### Scénario relatif au nouveau-né

Pendant une réunion de l'équipe d'amélioration à l'hôpital de Nirmala, les lacunes dans la qualité des soins sont discutées. Les membres de l'équipe n'ont pas conscience d'une sérieuse lacune dans la qualité. Le chef d'équipe suggère d'examiner les données récentes du Registre des accouchements pour déterminer s'il y a une lacune dans la qualité.

1. Utilisant l'exemple de Registre des accouchements (à la page 19), établir une liste des processus de soins et des résultats qui pourraient être utilisés comme indicateurs de la qualité des soins des nouveau-nés.

Processus de soins	Résultats

2. Calculer la fréquence du processus de soins suivant : administration de vitamine K.
3. Calculer la fréquence de deux résultats : température basse chez le nouveau-né et décès de nouveau-nés.
4. Choisir la lacune dans la qualité à améliorer et enregistrer pourquoi vous avez choisi cette lacune.
5. Rédiger une déclaration d'objectif pour améliorer la température basse chez le nouveau-né.

Quoi	
Qui	
Combien	
Quand	

## Exemple de Registre des accouchements

REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS												
Nom	Date de naissance	Heure de naissance	Voie d'accouchement	Ocytocine	Perte sang post-partum	Apgars 1,5 min.	Poids	Temp.	Vit. K	Date sortie	Destination nouveau-né	Notes
MSaidou	15-06	00:45	Vag	✓	250	8,9	3400	35.4	✓	15-06	Dom.	
C.Bidi	15-06	06:30	Cés.	✓	450	7,8	2400	34.5	✓	17-06	Dom.	
A.Boucar	15-06	14:20	Vag	✓	200	8,9	2350	35.2		16-06	Dom.	
S.Rashed	16-06	09:20	Vag	✓	200	6,8	3310	36.8	✓	17-06	Dom.	
Z.Salou	16-06	17:50	Vag		350	6,8	2670	37.1	✓	17-06	Dom.	
H.Alaï	17-06	02:42	Vag		750	5,7	2740	37.9	✓	19-06	Référé	
C.Sidi	18-06	08:16	Vag	✓	150	8,9	2851	36.8		19-06	Dom.	
R.Abou	18-06	12:25	Vag		400	8,9	2780	37.1	✓	19-06	Dom.	
B.Asava	18-06	13:11	Vag	✓	300	7,8	3500	34.4	✓	20-06	Référé	
Z.Halifa	19-06	11:13	Vag	✓	200	9,9	3215	35.2	✓	20-06	Dom.	
B.Bayou	20-06	04:07	Vag		750	7,8	2710	37.8		20-06	Dom.	
M.Seclah	20-06	11:48	Vag		150	7,8	1900	34.2		20-06	Décédé	Mère décédée
D.Djilvi	21-06	07:38	Vag		350	8,9	2995	36.8		21-06	Dom.	
S.Bintou	21-06	14:26	Vag		1000	7,8	3620	36.4		22-06	Dom.	
S.Berava	21-06	21:15	Cés.	✓	250	8,9	2780	36.7	✓	22-06	Dom.	
M.Bonou	22-06	18:20	Vag	✓	200	8,9	2618	35.8	✓	23-06	Dom.	
R.Yaouya	22-06	22:10	Vag	✓	250	8,9	2651	37.8	✓	24-06	Dom.	



## Exercice pratique en rapport avec la mère

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexe A.2 et discuter des similitudes et des différences.

### Scénario relatif à la mère

Pendant une réunion de l'équipe d'amélioration, les lacunes dans la qualité des soins maternels sont discutées. Les membres de l'équipe n'ont pas conscience d'une sérieuse lacune dans la qualité. Le chef d'équipe suggère d'examiner les données récentes du Registre des accouchements pour déterminer s'il y a une lacune dans la qualité.

1. Utilisant l'exemple de Registre des accouchements (à la page 19), établir une liste des processus de soins et des résultats qui pourraient être utilisés comme indicateurs de la qualité des soins maternels.

Processus de soins	Résultats

2. Calculer la fréquence de deux processus de soins : administration d'ocytocine et mesure des pertes de sang.
3. Calculer la fréquence du résultat suivant pour la mère : hémorragie du post-partum (perte de sang > 500 ml).
4. Choisir la lacune dans la qualité à améliorer et enregistrer pourquoi vous avez choisi cette lacune.
5. Rédiger une déclaration d'objectif pour améliorer l'administration d'ocytocine après la naissance afin de prévenir une hémorragie du post-partum.

Quoi	
Qui	
Combien	
Quand	

## ***Discussion de groupe***

*Discuter des situations que vous pourriez rencontrer dans votre structure.*

*Utiliser les questions suivantes pour vous aider à planifier les actions de l'équipe d'amélioration.*

- Est-ce que votre autorité sanitaire a identifié des lacunes dans la qualité qui seraient prioritaires ?
- Avez-vous, ainsi que vos collègues, noté des lacunes évidentes dans la qualité ?
- Dans votre structure, où pouvez-vous trouver des données pour calculer les indicateurs ?
- Quels sont les indicateurs que votre structure rapporte régulièrement ?
- Est-ce qu'il serait difficile pour votre équipe d'amélioration de mesurer en permanence certains indicateurs de processus et/ou de résultat ? Pourquoi ?

## Actions de l'équipe d'amélioration

<b>Actions</b>	<b>Suggestions et techniques</b>
<p><b>Identifier les lacunes dans la qualité des soins en utilisant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les connaissances et l'expérience de l'équipe ;</li> <li>• Ou bien, un examen des données pour les indicateurs de processus et de résultat.</li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassembler les documents et/ou les données en rapport avec les lacunes que l'équipe a identifiées.</li> <li>• Parler des lacunes avec le personnel et les cadres de la structure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouver s'il existe des buts d'amélioration nationaux ou régionaux.</li> <li>• À ce stade, se concentrer uniquement sur l'identification de lacunes dans la qualité. Ne pas considérer les raisons des lacunes ou les solutions. Elles seront examinées par la suite.</li> </ul>
<p><b>Choisir ce qu'il faut améliorer sur la base des questions suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle sera l'importance de l'amélioration pour remédier à cette lacune :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les mères ?</li> <li>- Pour les nouveau-nés ?</li> <li>- Pour les prestataires de votre structure ?</li> <li>- Pour votre autorité sanitaire ?</li> </ul> </li> <li>• Pouvez-vous remédier suffisamment à la lacune pour faire une différence ?</li> <li>• Combien de mères ou de nouveau-nés seront affectés par cette amélioration ?</li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassembler les statistiques de la structure qui pourraient aider à établir un taux de référence pour le processus ou pour le résultat choisi en vue d'une amélioration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager la participation de tous les membres de l'équipe car ils pourraient représenter des groupes différents (prestataires, autres personnels, familles) et avoir des idées et des opinions différentes.</li> <li>• Il est préférable que les nouvelles équipes choisissent une lacune qu'elles auraient de bonnes chances de combler. Considérer les points suivants :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence — commencer avec des événements courants. Cela donne des opportunités d'apprentissage rapide.</li> <li>- Simplicité — améliorer les soins de routine (des choses dont ont besoin toutes les femmes et tous les nouveau-nés), plutôt que de travailler sur des soins complexes (nécessaires à quelques-uns seulement).</li> <li>- Données existantes, objectives — éviter des projets qui nécessitent un nouveau système de données ou qui exigent une observation pour obtenir des données. Utiliser des données objectives étroitement liées au résultat. Lien étroit entre le changement et le résultat — le résultat d'un changement devrait se produire peu après le changement et devrait être évident.</li> </ul> </li> <li>• Contrôle du système — travailler sur des projets qui sont sous le contrôle de l'équipe ou de collègues qui dirigent le travail.</li> <li>• Être patient ; c'est quelque chose d'essentiel. Reconnaître qu'il faudra peut-être plus d'une réunion pour décider ce qu'il faudra améliorer.</li> </ul>
<p><b>Exécuter une évaluation de référence du résultat ou du processus choisi pour une amélioration.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner les données des indicateurs, s'il y a lieu ;</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir de collecter des données supplémentaires si nécessaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager d'inclure dans cette activité un « coach » ou une personne ayant l'expérience des méthodes d'amélioration de cette activité.</li> </ul>

## Décider ce qu'il faut améliorer

Nos lacunes actuelles dans la qualité :

Processus de soins	Résultats

La lacune que nous améliorerons et pourquoi :

<b>Lacune :</b>	
<b>Pourquoi :</b>	<b>Quelle est l'importance du résultat ou du processus pour les familles ou pour l'autorité sanitaire ?</b>
	<b>Quelle est l'ampleur de l'amélioration qui est attendue d'un changement dans les soins ?</b>
	<b>Combien de mères ou de nouveau-nés ressentent le résultat ou font l'objet du processus de soins, et dans quelle mesure leur santé va-t-elle s'améliorer ?</b>
	<b>Autres raisons :</b>

Notre évaluation de référence :

<b>Indicateur (résultat/processus)</b>	
<b>Source des données</b>	
<b>Personne responsable</b>	
<b>Méthode pour obtenir les données</b>	
<b>Incidence du résultat ou taux d'exécution du processus</b>	

## Actions de l'équipe d'amélioration

<b>Actions</b>	<b>Actions de l'équipe d'amélioration</b>
<p><b>Rédiger une déclaration d'objectif.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuter des résultats de l'évaluation de référence.</li> <li>• Définir les éléments de votre déclaration d'objectif :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Quoi</b> — le résultat ou le processus qu'il faut améliorer.</li> <li>- <b>Qui</b> — le groupe de patients qui sera affecté.</li> <li>- <b>Combien</b> — le changement entre la base de référence et le résultat souhaité.</li> <li>- <b>Quand</b> — l'horizon du changement.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuter de votre déclaration d'objectif avec d'autres collègues de la structure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixer un but réaliste ; le but devrait être important mais vous voulez réussir à l'atteindre.</li> <li>• Demander : « Est-ce qu'il vaut la peine de passer du temps à essayer d'atteindre cet objectif ? Pourquoi ? » Si vous avez des doutes, changez de but.</li> <li>• Envisager de sensibiliser les autres membres du personnel à votre objectif en affichant votre déclaration d'objectif pour que tout le monde puisse la voir.</li> </ul>

FICHE DE TRAVAIL

## Décider ce qu'il faut améliorer

Notre déclaration d'objectif :

<b>Quoi</b>	
<b>Qui</b>	
<b>Combien</b>	
<b>Quand</b>	

# Étape 3

## Choisir les obstacles à surmonter



### **OBJECTIFS**

- *Comprendre les raisons courantes des lacunes dans la qualité des soins*
- *Identifier des obstacles au processus ou au résultat choisi pour une amélioration*
- *Choisir le ou les obstacles à surmonter*

## Connaissances fondamentales

### Comprendre les raisons courantes des lacunes dans la qualité des soins

La qualité des soins est définie par les résultats que ressentent les mères et les nouveau-nés. De bons résultats sont fonction de l'exécution correcte et régulière de processus. Pour que les processus soient exécutés correctement et régulièrement, il faut que les intrants essentiels soient disponibles. Les intrants sont les ressources nécessaires pour la prestation de soins de santé (Figure 3.1). Le manque d'intrants essentiels crée un obstacle au processus de soins.

OBSTACLES LIÉS AUX INTRANTS	DESCRIPTION	EXEMPLE
<i>Manque de connaissances et de compétences</i>	Le manque de connaissances peut résulter d'une mauvaise compréhension chez les prestataires de ce qu'il faudrait faire. Le manque de compétences peut résulter d'une formation insuffisante ou d'une pratique irrégulière de la compétence.	L'équipe détermine que certains nouveau-nés ne sont pas traités à la vitamine K car de nombreuses prestataires plus âgées de la structure croient que seuls les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes doivent être traités.
<i>Pénurie de personnel</i>	Peut résulter d'un manque de disponibilité de prestataires qualifiés ou d'un manque de fonds pour en recruter.	L'équipe veut réduire le taux élevé d'hémorragies du post-partum. Elle sait que de l'ocytocine est presque toujours administrée après l'accouchement. Toutefois, les infirmières ont tellement de patientes qu'elles surveillent rarement le tonus utérin ou s'il y a un saignement après l'accouchement.
<i>Fournitures insuffisantes</i>	Peut résulter de fonds insuffisants pour acheter des fournitures, de l'achat de fournitures ne convenant pas, ou d'un problème pour la distribution des fournitures.	L'équipe découvre que la nouvelle recommandation nationale pour l'application de chlorhexidine sur le cordon ombilical n'est pas suivie car la fiche indiquant la posologie correcte n'est pas disponible.
<i>Infrastructures défavorables</i>	Peut résulter de bâtiments mal conçus ou mal entretenus, ou d'autres aspects de l'environnement matériel dans lequel les soins sont dispensés.	L'équipe choisissant de réduire le taux élevé de nouveau-nés dont la température est basse découvrira peut-être que la zone de la salle d'accouchement est froide ; il n'est pas possible d'éliminer les courants d'air car il manque beaucoup de carreaux aux fenêtres.
<i>Ressources financières inadéquates</i>	Peut avoir un impact sur les autres intrants tels que les fournitures et le personnel.	L'équipe choisissant de réduire le taux élevé des hémorragies du post-partum découvre que de l'ocytocine est disponible auprès d'une pharmacie régionale. Toutefois, la structure n'a pas assez d'argent pour en acheter pour toutes les patientes. En conséquence, seules les mères qui peuvent acheter le médicament sont traitées.
<i>Traditions et croyances culturelles qui entravent les soins recommandés</i>	Peut résulter de traditions communautaires profondes qui entravent les processus de soins.	L'équipe conseille aux mères de ne rien mettre sur le cordon ombilical sauf de la chlorhexidine. Elle découvre qu'une pâte préparée à partir d'herbes est mise sur l'ombilic des nourrissons dont les mères habitent dans un certain village. Cette pratique est recommandée par un tradipraticien de l'endroit.

Même si les intrants essentiels sont disponibles, une lacune peut se produire en raison d'obstacles à l'exécution correcte et régulière du processus.

<b>OBSTACLES LIÉS À L'EXÉCUTION</b>	<b>DESCRIPTION</b>	<b>EXEMPLE</b>
<i>Processus mal organisés</i>	Peut se produire lorsque les actions effectuées ne se traduisent pas par une exécution correcte ou régulière du processus.	L'équipe veut améliorer le faible taux de la ventilation au ballon/masque des nouveau-nés qui ont été stimulés mais qui ne respirent pas dans la minute faisant suite à la naissance. Elle découvre que le ballon pour la ventilation est stocké dans une armoire fermée à clé. L'infirmière en chef a l'unique clé de l'armoire et elle n'est pas toujours disponible au moment d'une naissance.
<i>Incitations ne convenant pas</i>	Peut se produire lorsqu'une incitation pour une action ou un résultat souhaité se traduit par un résultat indésirable et qui en fait entrave l'exécution d'un processus.	L'équipe veut augmenter le nombre de mères qui passent une heure complète en contact peau à peau avec leur enfant après la naissance. Le responsable de la structure veut que la salle d'accouchement soit disponible pour de nouvelles admissions et encourage le transfert rapide des mères venant d'accoucher vers une salle de soins. Chaque mois, la sage-femme infirmière qui transfère le plus grand nombre de mères dans l'heure suivant l'accouchement reçoit une petite prime en espèces. Le transfert interrompt le soin peau à peau.
<i>Difficultés en rapport avec des cadres et des gestionnaires</i>	Peut résulter de demandes concurrentes auxquelles sont soumis les cadres et les gestionnaires. De telles demandes peuvent être le fait d'autres prestataires ou de l'autorité sanitaire. Des difficultés peuvent aussi venir de cadres et de gestionnaires qui n'ont pas les compétences, l'expérience ou la formation nécessaires.	L'équipe veut améliorer le faible taux du counseling en allaitement maternel. Le personnel comprend comment conseiller les mères mais il est découragé de le faire par le gestionnaire de la structure car le counseling prend du temps et prolongerait l'hospitalisation des mères.
<i>Convenance des prestataires</i>	Peut affecter négativement un processus de soins, en particulier lorsque les prestataires n'ont pas conscience des conséquences sur la santé de la mère ou du nouveau-né.	L'équipe veut améliorer le soin peau à peau précoce. Certaines accoucheuses font les soins des yeux, administrent de la vitamine K et pèsent le nouveau-né immédiatement après la naissance pour ne pas avoir à interrompre leur pause pour prodiguer ces soins par la suite.

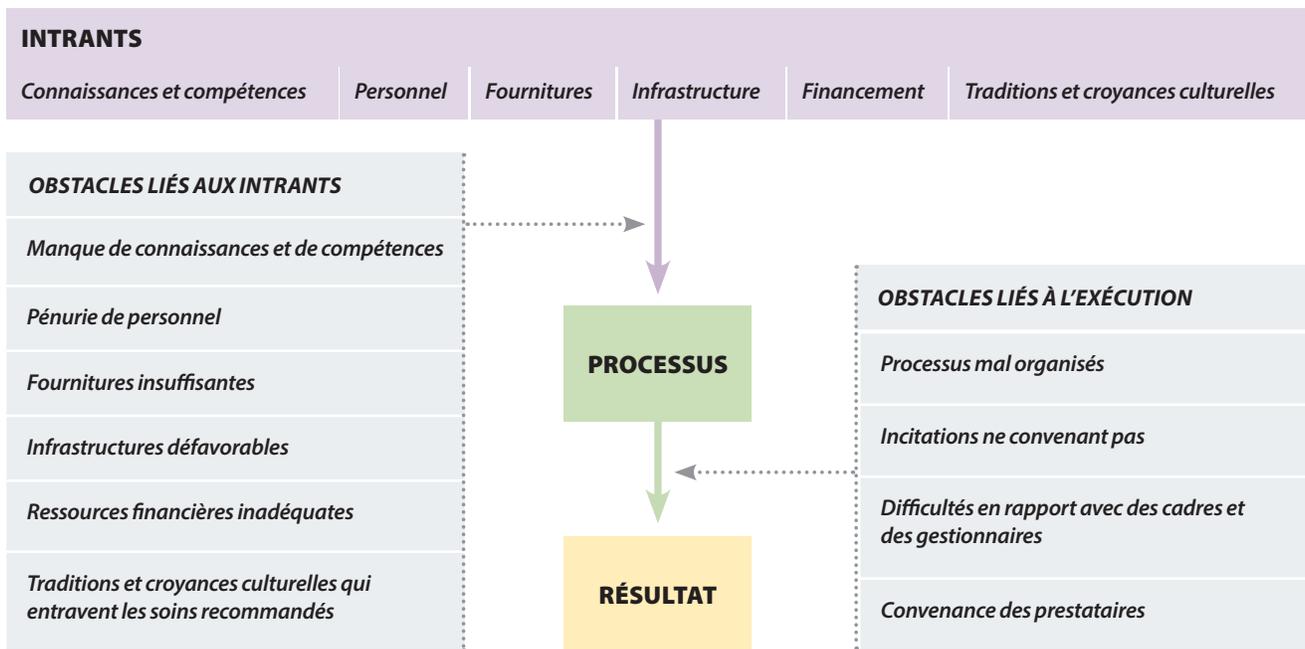


Figure 3.1 :

La figure illustre la manière dont un résultat dépend de tous les processus importants qui l'affectent et de la manière dont les intrants et les obstacles liés aux intrants affectent les processus et donc les résultats.

## Identifier les obstacles au processus ou au résultat choisi pour une amélioration

### Créer un environnement dans lequel le personnel peut exprimer librement ses pensées.

Il peut être difficile pour les prestataires de parler ouvertement de problèmes concernant l'infrastructure, les ressources ou la gestion d'une structure. Ils ont peut-être peur de perdre leur travail. Le chef d'équipe et les superviseurs de la structure doivent créer un environnement dans lequel le personnel peut parler librement et ouvertement des obstacles à la qualité des soins.

### Envisager d'utiliser les méthodes suivantes pour identifier les obstacles :

L'obstacle peut être évident pour l'équipe compte tenu de ce qu'elle sait des pratiques et des ressources de la structure. Si l'obstacle n'est pas évident, des outils ou des supports visuels peuvent être utilisés pour aider à déterminer la ou les causes profondes de la lacune dans la qualité.

#### 1) Utiliser la Figure 3.1 pour identifier la cause d'une lacune dans la qualité en :

- Identifiant tous les intrants qui sont cruciaux pour le processus, et déterminant si chacun est adéquat.
- Déterminant s'il y a des obstacles à l'exécution du processus.

#### 2) Utiliser un organigramme pour identifier tous les processus de soins ou les événements qui aboutissent au résultat choisi pour une amélioration ou qui pourraient avoir une incidence sur ce résultat.

- L'organigramme peut mettre en évidence un processus mal organisé. Des organigrammes peuvent être créés en utilisant les connaissances de l'équipe concernant les pratiques dans sa structure. Il est souvent utile d'observer les soins prodigués aux patients et d'enregistrer les actions au fur et à mesure qu'elles sont exécutées.

#### EXEMPLE :

L'équipe veut réduire le taux élevé des hémorragies du post-partum (HPP) dans son hôpital. Pour aider à comprendre la cause de cette lacune dans la qualité, elle crée l'organigramme suivant qui schématise les activités à partir de l'admission de la mère jusqu'à la période faisant suite immédiatement à l'accouchement (Figure 3.2).

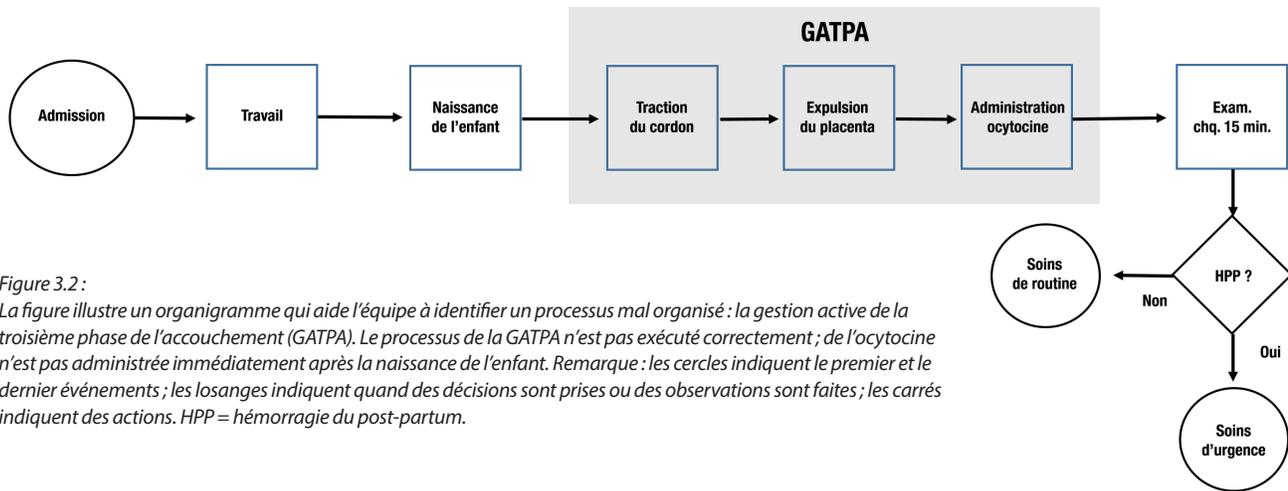


Figure 3.2 : La figure illustre un organigramme qui aide l'équipe à identifier un processus mal organisé : la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA). Le processus de la GATPA n'est pas exécuté correctement ; de l'ocytocine n'est pas administrée immédiatement après la naissance de l'enfant. Remarque : les cercles indiquent le premier et le dernier événements ; les losanges indiquent quand des décisions sont prises ou des observations sont faites ; les carrés indiquent des actions. HPP = hémorragie du post-partum.

On trouvera à l'Annexe B des exemples d'autres outils pour identifier des obstacles, tels que le diagramme en arête de poisson et la méthode des Cinq pourquoi.

## Choisir le ou les obstacles à surmonter

Lorsqu'il existe plus d'un obstacle, choisir le ou les obstacles à surmonter. Choisir plus d'un obstacle à surmonter si plusieurs obstacles contribuent de manière significative à une lacune dans la qualité.

Quand on choisit plus d'un obstacle, le temps nécessaire pour obtenir le changement et voir des résultats sera peut-être différent pour chacun.

### Plusieurs facteurs peuvent influencer le choix de l'obstacle à surmonter, notamment :

- 1) L'effet de surmonter l'obstacle
  - Dans quelle mesure le fait de surmonter l'obstacle améliorera-t-il le processus ou le résultat ?
- 2) Le coût de surmonter l'obstacle
  - Le coût de surmonter l'obstacle sera-t-il dans les limites des ressources de la structure ?
- 3) La faisabilité de surmonter l'obstacle
  - Quelles sont les chances que l'obstacle puisse être surmonté ?

#### EXEMPLE :

Le ministère a demandé aux structures de s'assurer que tous les nouveau-nés reçoivent des soins du cordon à la chlorhexidine. L'équipe sait qu'un obstacle à ce processus de soins est l'insuffisance de l'approvisionnement de ce produit. Une enquête auprès des prestataires révèle que seulement la moitié d'entre eux savent comment et quand appliquer la chlorhexidine. L'équipe décide qu'elle doit surmonter l'obstacle d'un approvisionnement insuffisant en chlorhexidine et l'obstacle d'un manque de connaissances au sujet de ce processus.



## Exercice pratique en rapport avec le nouveau-né

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexes A.1 et discuter des similitudes et des différences.

### Scénario relatif au nouveau-né

L'équipe a choisi d'améliorer le résultat de la basse température chez les nouveau-nés. Pour l'aider à comprendre pourquoi les enfants se refroidissent, elle examine toutes les actions des prestataires et/ou tous les processus de soins qui ont lieu dans l'heure faisant suite à la naissance et qui pourraient avoir une incidence sur la température du nouveau-né.

1. Établir une liste des processus de soins qui pourraient affecter le résultat d'une basse température chez le nouveau-né.

### Scénario relatif au nouveau-né (suite)

Pour déterminer si les processus de soins qui affectent la température du nouveau-né sont exécutés correctement et régulièrement, l'équipe recueille de plus amples renseignements. Premièrement, elle assiste à plusieurs naissances pour observer les soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés. Elle dessine un organigramme (voir page 32) et enregistre d'autres renseignements.

Elle apprend que :

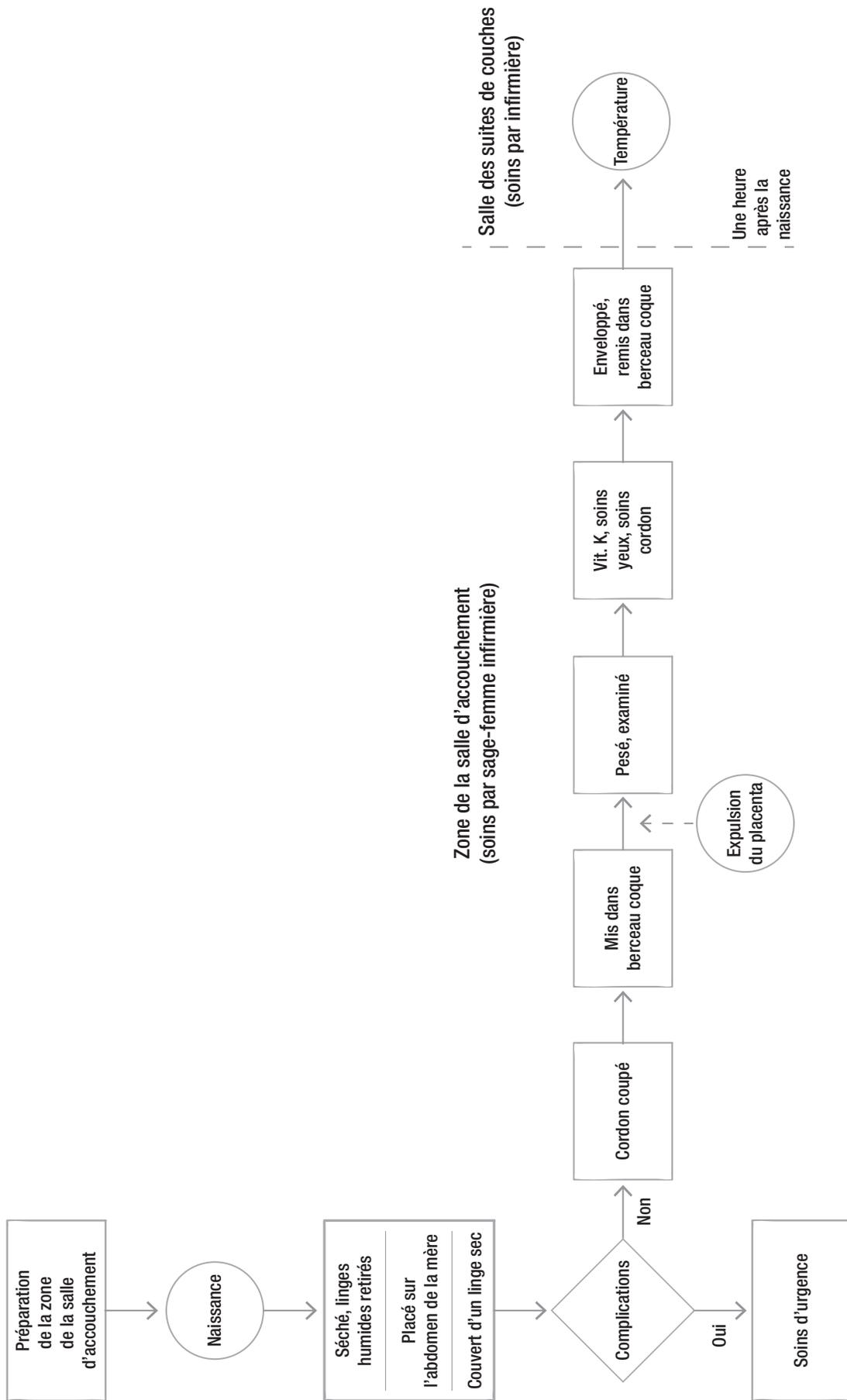
- La salle où accouchent les mères est préparée correctement.
- Immédiatement après la naissance, le nouveau-né est séché, les linges humides sont retirés, le nouveau-né est placé sur l'abdomen de la mère et recouvert d'un linge sec.
- Un chariot avec une balance pour nourrissons, de la vitamine K, de la pommade ophtalmique et de la chlorhexidine pour les soins du cordon se trouve dans la zone de la salle d'accouchement.
- Après l'expulsion du placenta, le nouveau-né est retiré de sur la mère, pesé, il reçoit de la vitamine K et des soins oculaires, et il est examiné. Le nouveau-né est ensuite enveloppé et placé dans un berceau coque, habituellement 30 minutes environ après la naissance.
- Environ une heure après la naissance, le nouveau-né et la mère sont transférés dans la salle des suites de couches. C'est dans cette zone que la température du nouveau-né est prise pour la première fois.
- Tous les soins dans la zone de la salle d'accouchement sont effectués par des sages-femmes infirmières. Les soins dans la salle des suites de couches sont assurés par des infirmières.

Ensuite, l'équipe examine les directives du ministère pour les soins intra-partum et les soins aux nouveau-nés, et elle compare les directives avec les soins représentés sur son organigramme.

2. Établir une liste des causes potentielles d'une basse température chez le nouveau-né.



### Organigramme des soins aux nouveau-nés autour de la naissance





### **Scénario relatif au nouveau-né (suite)**

*L'équipe détermine que le processus du soin peau à peau continu pendant l'heure qui suit la naissance n'est pas exécuté correctement car il est interrompu par d'autres pratiques de soins du nouveau-né. C'est une lacune dans la qualité des soins qui est peut-être la cause d'une basse température chez le nouveau-né. L'équipe décide d'améliorer ce processus de soins. Elle doit maintenant déterminer quels sont les obstacles à l'exécution correcte du soin peau à peau.*

*L'équipe interroge les infirmières, les sages-femmes infirmières et deux mères. Elle apprend que :*

- *Certaines prestataires ne sont pas au courant de la recommandation du ministère pour un contact peau à peau continu pendant l'heure qui suit la naissance.*
- *La responsabilité de la pesée, des soins oculaires et des soins du cordon, de l'administration de vitamine K et de l'examen du nouveau-né incombe aux sages-femmes infirmières. Elles veulent effectuer ces tâches immédiatement après la naissance en raison du nombre important d'accouchements et de la nécessité de s'occuper d'autres mères en travail.*
- *Le soin peau à peau n'est permis que lorsque des sages-femmes infirmières sont disponibles pour aider.*
- *Les mères veulent avoir un contact peau à peau avec leur enfant immédiatement après l'accouchement.*

*L'administrateur de la structure soutiendra les changements qui sont conformes aux recommandations du ministère mais l'équipe est informée qu'il n'y a pas de fonds pour recruter du personnel supplémentaire.*

3. *Utilisant le tableau de la page 34, identifier les obstacles aux soins qui pourraient empêcher de mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance et de les y laisser de manière continue pendant au moins une heure.*



<b>OBSTACLES LIÉS AUX INTRANTS</b>	<b>OBSTACLES AU PEAU À PEAU IDENTIFIÉS, LIÉS AUX INTRANTS</b>
<i>Manque de connaissances et de compétences</i>	
<i>Pénurie de personnel</i>	
<i>Fournitures insuffisantes</i>	
<i>Infrastructures défavorables</i>	
<i>Ressources financières inadéquates</i>	
<i>Traditions et croyances culturelles qui entravent les soins recommandés</i>	

<b>OBSTACLES LIÉS À L'EXÉCUTION</b>	<b>OBSTACLES AU PEAU À PEAU IDENTIFIÉS, LIÉS À L'EXÉCUTION</b>
<i>Processus mal organisés</i>	
<i>Incitations ne convenant pas</i>	
<i>Difficultés en rapport avec des cadres et des gestionnaires</i>	
<i>Convenance des prestataires</i>	

4. Choisir les obstacles à surmonter.

Prendre en compte l'effet escompté, le coût et la faisabilité de surmonter le ou les obstacles.



## Exercice pratique en rapport avec la mère

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexes A.2 et discuter des similitudes et des différences.

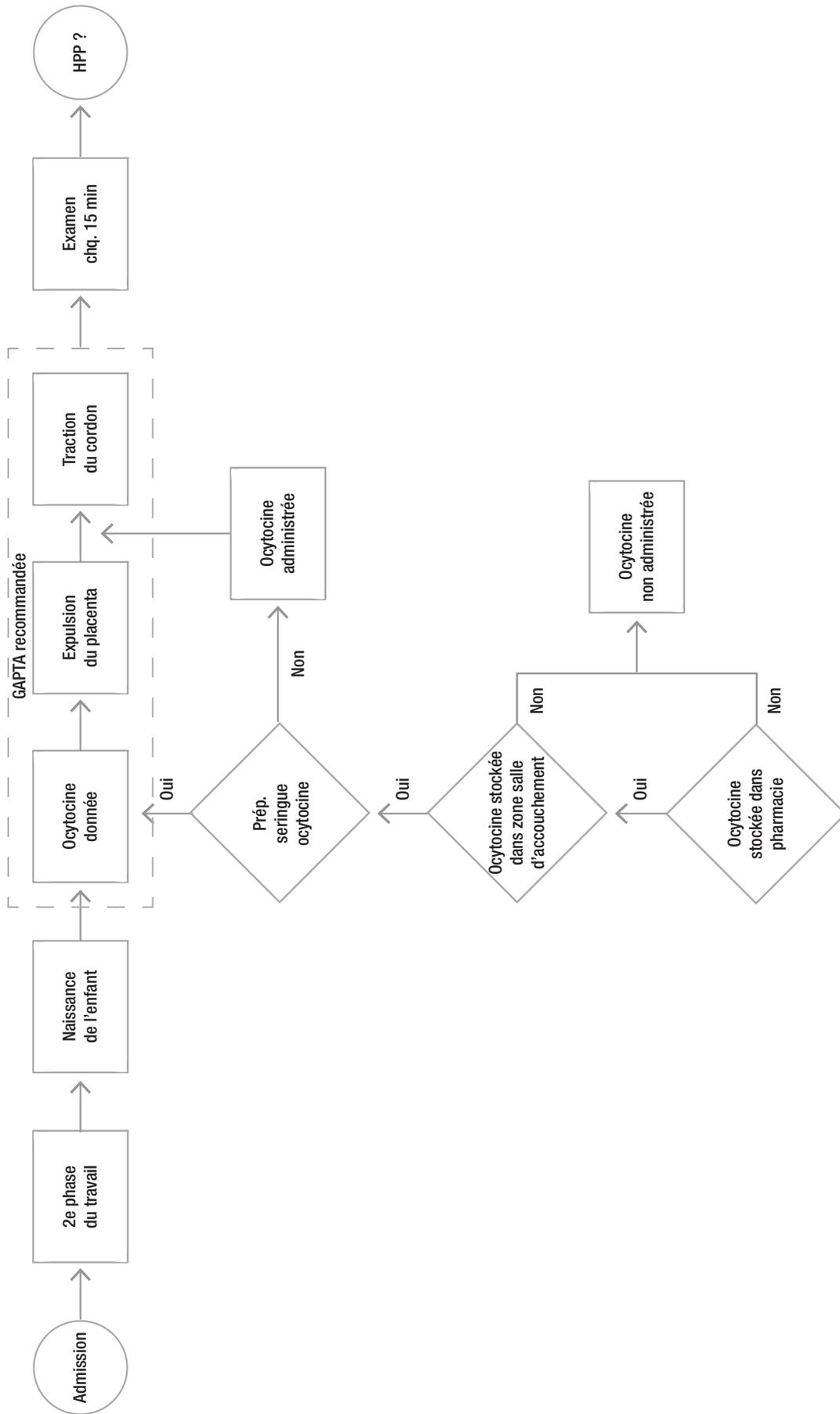
### Scénario relatif à la mère

L'équipe a choisi d'améliorer l'administration de l'ocytocine après la naissance pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. Pour l'aider à comprendre pourquoi cette pratique n'est pas exécutée après chaque naissance, elle observe plusieurs naissances et crée un organigramme des soins que les mères reçoivent au moment de l'accouchement (voir page 36). L'organigramme montre deux choses : 1) les événements et les actions qui concernent la mère avant et autour du moment de l'accouchement ; et 2) les actions requises pour s'assurer que de l'ocytocine parvienne au chevet des parturientes et qu'elle soit administrée rapidement après l'accouchement. L'équipe examine aussi les directives du ministère pour les soins des mères pendant la naissance.

1. Établir une liste des actions qui pourraient affecter l'administration recommandée d'ocytocine.



Organigramme des soins aux mères autour de la naissance





## Scénario relatif à la mère (suite)

L'équipe rassemble de plus amples renseignements au sujet de l'administration de l'ocytocine. Elle interroge deux sages-femmes, l'infirmière major principale et le pharmacien.

Elle apprend que :

### Approvisionnement de la structure en ocytocine

- L'ocytocine est fournie gratuitement par le ministère à l'hôpital et elle est toujours disponible à la pharmacie.

### Approvisionnement de la zone de la salle d'accouchement en ocytocine

- L'ocytocine et les seringues sont stockées dans une pièce adjacente à la salle d'accouchement. Le stock est reconstitué par l'infirmière en charge lorsqu'il ne reste plus de flacons dans l'armoire.

### Préparation de seringues pour l'injection

- Pendant la deuxième phase de l'accouchement, la sage-femme prépare une seringue d'ocytocine.
- Si le produit est préparé avant l'accouchement, il est presque toujours administré immédiatement après la naissance de l'enfant.
- Seules les sages-femmes sont autorisées à préparer l'ocytocine pour son administration. Le service est parfois tellement débordé que les sages-femmes n'ont pas le temps d'aller jusqu'à l'armoire et de préparer la seringue préalablement à une naissance.

### Autres difficultés

- Certaines sages-femmes ne sont pas au courant de la recommandation du ministère pour l'administration de l'ocytocine immédiatement après la naissance.
- Parfois, en particulier pendant la nuit, la sage-femme n'a pas le temps de préparer une seringue d'ocytocine car elle est la seule prestataire à couvrir la zone de la salle de travail/d'accouchement.
- Des aides-soignantes sont affectées à la zone de la salle de travail/d'accouchement en permanence, jour et nuit.
- L'administrateur de la structure soutiendra les changements qui sont conformes aux recommandations du ministère mais il n'y a pas de fonds pour recruter du personnel supplémentaire.



2. Utiliser le tableau ci-dessous pour identifier les obstacles qui pourraient entraver l'administration d'ocytocine immédiatement après la naissance.

<b>OBSTACLES LIÉS AUX INTRANTS</b>	<b>OBSTACLES À L'ADMINISTRATION D'OCYTOCYNE IDENTIFIÉS, LIÉS AUX INTRANTS</b>
<i>Manque de connaissances et de compétences</i>	
<i>Pénurie de personnel</i>	
<i>Fournitures insuffisantes</i>	
<i>Infrastructures défavorables</i>	
<i>Ressources financières inadéquates</i>	
<i>Traditions et croyances culturelles qui entravent les soins recommandés</i>	

<b>OBSTACLES LIÉS À L'EXÉCUTION</b>	<b>OBSTACLES À L'ADMINISTRATION D'OCYTOCYNE IDENTIFIÉS, LIÉS À L'EXÉCUTION</b>
<i>Processus mal organisés</i>	
<i>Incitations ne convenant pas</i>	
<i>Difficultés en rapport avec des cadres et des gestionnaires</i>	
<i>Convenance des prestataires</i>	

3. Choisir les obstacles à surmonter. Prendre en compte l'effet escompté, le coût et la faisabilité de surmonter le ou les obstacles.

### ***Discussion de groupe***

*Discuter des situations que vous pourriez rencontrer dans votre structure.*

*Utiliser les questions suivantes pour vous aider à planifier les actions de l'équipe d'amélioration.*

- Pourquoi votre équipe d'amélioration est-elle mieux à même de comprendre les obstacles à une meilleure qualité des soins que des personnes qui ne travaillent pas dans la structure ?
- Comment votre équipe d'amélioration peut-elle créer un environnement dans lequel les membres de l'équipe se sentent à l'aise pour discuter des obstacles à la qualité des soins ?
- Quels sont les obstacles les plus fréquents, au niveau des intrants et de l'exécution dans votre structure ?

## Actions de l'équipe d'amélioration

Actions	Suggestions et techniques
<p><b>Identifier les obstacles au/aux processus choisi(s) pour une amélioration.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser la Figure 3.1 de cette partie (ou l'un des outils de l'Appendice B) pour aider à identifier les obstacles.</li> <li>• Considérer ces obstacles liés aux intrants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de connaissances et de compétences</li> <li>- Pénurie de personnel</li> <li>- Fournitures insuffisantes</li> <li>- Infrastructures défavorables</li> <li>- Ressources financières inadéquates</li> <li>- Traditions et croyances culturelles qui entravent les soins</li> </ul> </li> <li>• Considérer ces obstacles liés à l'exécution : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Processus mal organisés</li> <li>- Incitations inappropriées</li> <li>- Difficultés en rapport avec des cadres et des gestionnaires</li> <li>- Convenance des prestataires</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collecter des données sur le coût de surmonter les obstacles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliquer tous les membres de l'équipe dans l'identification des obstacles. Étant donné que leurs rôles dans les soins peuvent être différents, leur aptitude à comprendre et à identifier les obstacles peut être unique.</li> <li>• Au début de la réunion, le chef d'équipe devrait encourager les membres à « se faire entendre » et à exprimer leurs idées au sujet des obstacles, sans se sentir menacés ou vulnérables.</li> <li>• Discuter des problèmes de manière objective et éviter de blâmer autrui. La plupart des obstacles résultent de problèmes au niveau des systèmes de soins plutôt que d'actions d'une personne.</li> <li>• Considérer les obstacles dont l'équipe a le contrôle, tels que des processus mal organisés, plutôt que de se concentrer uniquement sur des obstacles qu'il serait difficile de maîtriser, tels qu'une pénurie de fournitures ou un manque de personnel.</li> </ul>
<p><b>Choisir le ou les obstacles à surmonter.</b></p> <p>Est-ce qu'il y a plus d'un obstacle majeur au processus ou au résultat ?</p> <p>Si la réponse est oui, considérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'effet — est-ce que surmonter l'obstacle aura un effet important sur le processus ou le résultat ?</li> <li>• Coût — est-ce qu'il y a des ressources disponibles pour couvrir le coût estimé de surmonter l'obstacle ?</li> <li>• Faisabilité — est-ce qu'il y a de bonnes chances que l'obstacle puisse être surmonté ?</li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essayer de trouver d'autres structures qui ont surmonté des obstacles similaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander « pourquoi » lorsqu'on déclare qu'un obstacle est plus important que les autres.</li> <li>• Quand vous choisissez un obstacle, considérer « combien » (en nouvelles ressources) il faudra pour le surmonter. Un obstacle ne nécessitant que peu de nouvelles ressources peut être choisi de préférence à un obstacle qui en nécessite beaucoup (plusieurs nouveaux prestataires ou deux fois plus de fournitures), même si surmonter l'obstacle le plus important se traduirait par une amélioration plus conséquente.</li> <li>• Se concentrer sur les obstacles qui contribuent le plus au problème. Vous pouvez marquer les principaux obstacles sur l'outil que vous utilisez (Annexe B, Figure 2).</li> <li>• Choisir seulement un ou deux obstacles pour le premier effort d'amélioration.</li> <li>• Essayer de trouver un obstacle que tous les membres de l'équipe veulent surmonter. Si ce n'est pas possible, faire voter l'équipe.</li> </ul>

## Choisir les obstacles à surmonter

Obstacles liés aux intrants et/ou à l'exécution que vous avez identifiés :

Obstacles liés aux intrants	Description
Obstacles liés à l'exécution	Description

Joindre le ou les outils utilisés pour identifier les obstacles (Figure 3.1, un organigramme, un diagramme en arête de poisson et/ou un graphique des Cinq pourquoi).

Le ou les obstacles que nous surmonterons et pourquoi :

<b>Obstacle(s) :</b>	
<b>Pourquoi :</b>	<b>Est-ce que surmonter l'obstacle aura un effet important sur le processus ou le résultat ?</b>
	<b>Est-ce qu'il y a des ressources disponibles pour couvrir le coût estimé de surmonter l'obstacle ?</b>
	<b>Est-ce qu'il y a de bonnes chances que l'obstacle puisse être surmonté ?</b>

# Étape 4

## Planifier et tester le changement



### **OBJECTIFS**

- *Identifier et choisir des changements qui pourraient améliorer les soins*
- *Élaborer un plan pour le changement*
- *Tester les changements dans le plan*

## Connaissances fondamentales

### Identifier et choisir des changements qui pourraient améliorer les soins

Considérer les solutions qui conviendraient le mieux à la situation de votre structure. Les équipes peuvent s'inspirer de leurs expériences ainsi que des expériences de prestataires d'autres structures qui sont confrontés à des obstacles similaires.

Il est important que l'équipe crée un environnement ouvert dans lequel tous les membres se sentent libres d'exprimer leurs pensées au sujet de changements. Un environnement ouvert permet à une équipe d'utiliser toutes ses capacités créatives en réfléchissant à des solutions.

#### Considérer les points suivants pour surmonter des obstacles liés aux intrants :

<b>OBSTACLES LIÉS AUX INTRANTS</b>	<b>EXEMPLES DE CHANGEMENTS</b>
<i>Manque de connaissances et de compétences</i>	S'assurer qu'il existe des directives correctes pour la pratique et enseigner ces directives au personnel. Élaborer un système pour une pratique fréquente, réelle ou simulée des compétences par tous les prestataires.
<i>Pénurie de personnel</i>	Il n'est peut-être pas possible de recruter du personnel supplémentaire. Le changement peut comporter une redistribution des tâches ou la fusion de responsabilités pour que les processus de soins puissent être exécutés correctement et régulièrement.
<b>Fournitures insuffisantes</b>	Si une pénurie de fournitures est due à des achats inappropriés ou à une mauvaise distribution, le changement peut nécessiter que l'on travaille avec les responsables de la gestion des fournitures afin de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chercher à obtenir le matériel et les fournitures à un juste prix</li> <li>• Étudier la possibilité d'achats groupés en gros volumes</li> <li>• Renseigner les personnes qui achètent les fournitures au sujet du type et du nombre d'articles à acheter</li> <li>• Améliorer le système de distribution</li> </ul>
<b>Infrastructures défavorables</b>	De gros changements, par exemple de nouveaux bâtiments, peuvent dépasser les moyens de l'établissement. Des changements plus modestes et l'entretien courant du matériel et de la structure, par exemple remplacer des vitres cassées, peuvent être relativement simples et peu onéreux. Réorganiser les soins pour profiter au maximum de l'environnement existant peut constituer une solution plus immédiate et plus économique. Mettre de l'ordre, organiser le matériel et les fournitures, et modifier le parcours des patients peut permettre de surmonter cet obstacle.
<i>Ressources financières inadéquates</i>	Il peut être difficile de trouver de nouveaux fonds mais collecter des données décrivant le besoin peut constituer la première étape vers l'obtention de nouveaux fonds ou vers une nouvelle répartition des fonds existants.
<i>Traditions et croyances culturelles qui entravent les soins recommandés</i>	Surmonter les obstacles liés à des traditions et des croyances culturelles peut signifier l'implication de personnes au sein de la communauté qui ont une influence sur les croyances de la communauté (par exemple, un aîné d'un village ou des mères expérimentées de la communauté).

**Considérer les points suivants pour surmonter des obstacles en rapport avec l'exécution :**

<b>OBSTACLES LIÉS À L'EXÉCUTION</b>	<b>EXEMPLES DE CHANGEMENTS</b>
<i>Processus mal organisés</i>	Le changement peut impliquer que l'on restructure le processus pour suivre la pratique recommandée, que l'on informe les prestataires et que l'on documente le changement dans une directive nouvelle ou modifiée.
<i>Incitations ne convenant pas</i>	Des incitations sont habituellement créées par les gestionnaires ou les superviseurs, et de ce fait, s'attaquer à ce type d'obstacle à l'exécution nécessitera leur implication. Le changement peut nécessiter de sensibiliser le gestionnaire à la conséquence imprévue de l'incitation. Les changements devraient encourager le comportement désiré sans avoir de résultats indésirables.
<i>Difficultés en rapport avec des cadres et des gestionnaires</i>	Le changement peut impliquer que l'on fasse connaître l'intérêt du personnel pour une amélioration des soins, ainsi que la solution proposée par l'équipe. Mettre les superviseurs des échelons supérieurs au courant des mauvaises décisions de gestionnaires peut améliorer les soins en améliorant les décisions des gestionnaires, ou peut entraîner le licenciement des gestionnaires qui ne sont pas disposés à changer leurs mauvaises habitudes.
<i>Convenance des prestataires</i>	Le changement peut comprendre l'information des prestataires au sujet des conséquences de leurs choix et leur implication dans un plan pour changer leurs méthodes. L'exemple d'un collègue qui modifie son comportement peut être une incitation puissante à changer.

**En hiérarchisant les changements, l'équipe devrait considérer les facteurs qui sont déjà utilisés pour hiérarchiser les obstacles :**

- L'**effet escompté** du changement — est-ce que le changement fera une différence réelle dans l'exécution du processus ?
- Le **coût** du changement — est-ce que le coût du changement sera dans les limites des ressources de la structure ?
- La **faisabilité** du changement — quelle sont les chances que le changement se produise ?

L'équipe peut décider de choisir un ou plusieurs changements pour surmonter un obstacle particulier. Toutefois, il est plus facile d'effectuer un seul changement à la fois. Les équipes qui ont une expérience limitée en matière d'amélioration devraient envisager de commencer avec un changement facile à effectuer sur une brève période. Un succès rapide encouragera d'autres efforts ultérieurs.

## Élaborer un plan pour le changement

Lorsqu'on élabore un plan pour un changement afin d'améliorer les soins, considérer les cinq points suivants :

### 1) Décrire comment effectuer le changement en élaborant un plan qui comprendra :

- **Quelles sont les actions** à exécuter
- **Qui** est responsable de l'exécution de chacune des actions
- **Où** ont lieu les actions
- **Quand** commence et quand fini le plan
- **Quelles sont les ressources** nécessaires pour exécuter le changement

#### EXEMPLE :

L'équipe veut améliorer le processus de traitement à la vitamine K. Elle remarque que, pratiquement tous les jours, il y a moins de cinq flacons de vitamine K dans la zone de la salle d'accouchement à la fin de la journée. La pharmacie n'est informée qu'elle doit reconstituer le stock que quand il n'y a plus aucun flacon — ce qui se produit généralement la nuit, lorsque la pharmacie est fermée. L'équipe d'amélioration conclut que l'obstacle à cette pratique est un processus mal conçu. Elle élabore un plan pour que le personnel prévienne la pharmacie quand il ne reste plus que cinq flacons de vitamine K. Elle affiche une note de rappel sur le tiroir qui contient les flacons de vitamine K (*quelles actions* et *où*). L'infirmière gestionnaire et les accoucheuses seront chargées d'exécuter ce plan (*qui*). Elles commenceront au début du mois (*quand*). Aucune ressource supplémentaire ne sera nécessaire, mis à part le temps qu'il faudra pour suivre et évaluer le plan (*quelles ressources*).

### 2) Élaborer un plan pour mesurer le changement et décider quelles données devront être collectées.

- Collecter des données qui montrent si le plan est correctement exécuté.
- Ces données se trouvent rarement dans le dossier médical ; il faudra généralement que des données complémentaires soient recueillies.

#### EXEMPLE :

L'équipe a choisi d'améliorer le traitement de tous les nouveau-nés à la vitamine K. Son changement est un plan pour le remplacement des flacons de vitamine K dans la zone de la salle d'accouchement avant que le stock ne soit épuisé. Pour déterminer si le changement est exécuté, elle collecte des données sur le nombre de flacons disponibles dans la zone de la salle d'accouchement avant et après le changement. Cette information n'est pas régulièrement enregistrée. Plusieurs membres de l'équipe sont chargés de compter les flacons à la fin de chaque journée et d'enregistrer le chiffre sur des formulaires spéciaux de collecte de données.

### 3) Collecter des données pour déterminer si le changement produit l'effet souhaité.

- Si une lacune dans la qualité n'a été choisie sur la base de la mesure d'un indicateur, continuer de mesurer l'indicateur après le changement. L'équipe comparera l'aboutissement du processus ou du résultat au taux de référence dans sa déclaration d'objectif (voir Étape 5).
- Si un processus de soins a été choisi parce qu'on savait qu'il n'était pas exécuté correctement ou régulièrement, collecter des données pour déterminer la fréquence de l'exécution correcte du processus après le changement.

#### **EXEMPLE :**

En plus de compter le nombre de flacons de vitamine K (dans l'exemple précédent), l'équipe doit aussi savoir si les nouveau-nés reçoivent de la vitamine K pour déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration dans les soins.

### 4) Décider comment les données seront collectées et qui les collectera.

- Considérer les facteurs qui affectent la facilité et l'exactitude de la collecte de renseignements. De nombreux processus de soins et résultats seront documentés dans les dossiers médicaux. Les données relatives à certaines actions dans le plan ne seront généralement pas disponibles dans le dossier.
- Si les données sont déjà enregistrées, l'équipe voudra peut-être connaître la fréquence des dossiers incomplets ou inexacts. Si l'équipe découvre que les renseignements sur le processus qui l'intéresse font souvent défaut ou ne sont correctement enregistrés, il lui faudra peut-être compléter ces dossiers avec sa propre collecte de données.
- Si une collecte de données complémentaire est nécessaire, envisager de commencer par un petit échantillon de mères ou de nouveau-nés qui puisse illustrer l'exécution du processus pour toutes les mères et tous les nouveau-nés. On peut aussi collecter des données à des moments précis ou sur de courtes périodes.
- Confier la responsabilité de compiler et d'analyser les données à un ou à plusieurs membres de l'équipe.

### 5) Décider combien de temps durera chaque test d'un changement.

- Chaque test d'un changement devrait durer suffisamment longtemps pour qu'on puisse déterminer si le changement s'est produit et s'il a un effet.
- Éviter des tests sur de longues périodes, vers le début du processus d'amélioration. On évite ainsi de perdre du temps avec des changements qui ne sont pas réalisables ou qui n'améliorent pas les soins.
- Les tests vers le début du processus peuvent être très brefs, ne durer que le temps d'une garde ou une journée, et peuvent n'impliquer qu'un ou quelques prestataires seulement.

## Tester les changements dans le plan

Lorsque l'on teste les changements :

### 1) Commencer par déterminer si le changement est réalisable.

- Ce test peut se faire à une très petite échelle.
- Le but est de déterminer s'il sera possible de mettre en œuvre le changement à une plus grande échelle. Ce test limité n'a pas pour but de déterminer si l'amélioration se produit.
- En testant le changement d'abord à une petite échelle, l'équipe ne risque pas de gaspiller trop de temps ou de ressources si le changement n'est pas possible.

### 2) Si le changement est réalisable, le tester à une plus grande échelle en impliquant un plus grand nombre d'agents de santé ou en le testant sur une plus longue période.

- Si le test à une petite échelle démontre que le changement est possible, le test du changement peut continuer à une plus grande échelle.
- Les tests à une plus grande échelle impliquent un plus grand nombre de prestataires, de mères ou de nouveau-nés, et ils peuvent même impliquer tous les prestataires et toutes mères ou tous les nouveau-nés dans de petites structures.

### 3) Rechercher des soutiens pour les changements.

- Échanger avec les superviseurs et autres cadres sur les raisons du changement et les aspects cruciaux du plan (*quelles actions, qui, quand, où et quelles ressources seront requises*).
- S'assurer que les responsables soient d'accord sur les ressources qu'il faudra et sur qui les fournira, et qu'ils comprennent l'impact qu'auront les changements sur les autres services de la structure.
- Communiquer les détails du plan à toutes les personnes impliquées dans le changement ou affectées par le changement.

#### EXEMPLE :

L'équipe détermine que certaines mères ne sont pas traitées à l'ocytocine car souvent ce médicament n'est pas disponible dans la zone de la salle d'accouchement. Pour augmenter le nombre de mères traitées, elle prévoit de réorganiser le processus de réapprovisionnement en ocytocine dans la zone de la salle d'accouchement. Elle teste le plan à une petite échelle en impliquant le pharmacien et les sages-femmes infirmières qui travailleront le lundi suivant. Elle examine les données qui indiquent le nombre de flacons d'ocytocine se trouvant dans la zone de la salle d'accouchement et découvre qu'au moins cinq flacons sont disponibles en permanence. Du fait que le plan a réussi à une petite échelle, l'équipe l'a étendu afin d'inclure tous les pharmaciens et toutes les sages-femmes.

#### EXEMPLE :

Étant donné que le test limité a eu lieu un lundi, l'équipe n'est toujours pas certaine que le changement serait efficace tous les jours. Elle est particulièrement inquiète pour ce qui est des weekends. Avant de tester le changement sur une longue période, elle le teste d'abord sur une semaine et fait participer toutes les sages-femmes.



## Exercice pratique en rapport avec le nouveau-né

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexe A.1 et discuter des similitudes et des différences.

### Scénario relatif au nouveau-né

L'équipe décide de surmonter deux obstacles pour améliorer l'exécution du soin peau à peau. Premièrement, elle décide de réorganiser les pratiques de soins de routine du nouveau-né, de sorte que le processus du soin peau à peau puisse être exécuté correctement. Deuxièmement, elle décide d'enseigner à tout le personnel qui soigne les mères l'importance d'un contact peau à peau entre le nouveau-né et sa mère pendant l'heure qui suit la naissance.

1. Élaborer une liste des changements qui pourraient surmonter ces obstacles à l'exécution correcte du soin peau à peau. Choisir un ou plusieurs changements à tester.

### Scénario relatif au nouveau-né (suite)

L'équipe prévoit de réorganiser ce processus en maintenant les enfants en peau à peau avec leur mère pendant au moins une heure après la naissance. Les soins pendant cette heure seront supervisés par la sage-femme infirmière, avec l'aide d'élèves infirmières. Les soins aux nouveau-nés seront effectués après la première heure et après le transfert en salle des suites de couches par les infirmières qui s'y trouvent. L'équipe prévoit d'améliorer les connaissances au sujet du soin peau à peau précoce en parlant des recommandations lors d'une réunion avec le personnel et en affichant les directives pour ce soin sur le mur de la zone de la salle d'accouchement.

Ces changements proposés sont présentés au personnel ; plusieurs sages-femmes infirmières font part de leurs inquiétudes. Elles ne pensent pas que les mères veuillent vraiment être en contact peau à peau avec leur enfant immédiatement après la naissance, et elles ne sont pas convaincues que les élèves infirmières puissent aider pour ce soin. Elles ne sont pas convaincues non plus que les infirmières chargées du suivi post-accouchement exécuteront correctement les pratiques de soins du nouveau-né et qu'elles le feront pour chaque nouveau-né.

Avant de tester ce changement à une grande échelle, l'équipe veut s'assurer que le changement est possible. Elle décide de tester le changement à une petite échelle.

2. Décrire un test limité qui aiderait à déterminer si ce plan pour un changement est réalisable.



## Scénario relatif au nouveau-né (suite)

L'équipe teste le changement à une petite échelle avec une sage-femme infirmière pendant la durée d'une garde. Elle fait les observations suivantes :

- Une élève infirmière a aidé des mères après deux naissances, et les deux mères ont eu une heure ininterrompue de soin peau à peau.
- Une deuxième élève infirmière a aidé des mères après trois naissances, et deux des mères ont eu une heure ininterrompue de soin peau à peau.
- Les élèves infirmières ont apprécié d'avoir une responsabilité supplémentaire et de fournir une aide appropriée pour le soin peau à peau.
- Toutes les mères étaient contentes d'avoir un contact peau à peau avec leur enfant.
- Tous les enfants nés pendant la durée de cette garde ont reçu de la vitamine K, des soins oculaires et des soins du cordon, et ils ont été examinés.
- Trois nouveau-nés ont reçu ces soins de la sage-femme infirmière dans la zone de la salle d'accouchement car elle était justement disponible une heure après les naissances.
- Les deux autres nouveau-nés ont reçu ces soins de l'infirmière dans la salle des suites de couches.

Sur la base de ce test limité, l'équipe conclut que le changement semble possible et devrait être testé avec l'ensemble du personnel, mais qu'il devrait être légèrement modifié. Elle estime que toutes les pratiques de soins au nouveau-né devraient être effectuées dans la salle des suites de couches, de sorte que le chariot sur lequel se trouvent la balance pour nourrissons et les fournitures soit déplacé de la zone de la salle d'accouchement à la salle des suites de couches. Elle doit maintenant élaborer un plan pour tester le changement à une plus grande échelle.

3. Élaborer un plan pour tester le changement à une plus grande échelle. Déterminer quelles actions, qui, quand, où et quelles ressources sont nécessaires.

Quelles actions	
Qui	
Quand	
Où	
Quelles ressources	

4. Établir une liste des données à collecter pour comprendre les effets de la réorganisation du processus de soin peau à peau.
  - Quelles données montreront que les actions dans le changement se sont produites ? Comment l'équipe recueillera-t-elle ces données ?
  - Quelles données montreront que le changement a produit une amélioration ? À supposer que ces données ne se trouvent pas dans le dossier médical, comment l'équipe les collectera-t-elle ?



## Exercice pratique en rapport avec la mère

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexe A.2 et discuter des similitudes et des différences.

### Scénario relatif à la mère

L'équipe décide de surmonter deux obstacles pour améliorer l'administration de l'ocytocine. Premièrement, elle décide de réorganiser le processus d'administration de l'ocytocine en s'assurant que le médicament se trouve dans la salle d'accouchement et qu'il est préparé avant chaque naissance pour être injecté. Deuxièmement, elle décide d'améliorer les connaissances des prestataires au sujet de la recommandation du ministère pour l'administration de l'ocytocine immédiatement après la naissance.

1. Établir une liste des changements qui pourraient permettre de surmonter ces obstacles à l'administration de l'ocytocine. Choisir un ou plusieurs changements à tester.

### Scénario relatif à la mère (suite)

L'équipe prévoit de réorganiser ce processus. L'infirmière en charge sera responsable d'évaluer le stock d'ocytocine et de demander les flacons et seringues nécessaires pour chaque journée. Sur la base d'un examen du Registre des accouchements, l'équipe estime qu'il y a environ trois naissances par jour. Elle recommande donc qu'il y ait chaque matin un stock de quatre flacons et de quatre seringues dans l'armoire. L'aide-soignante qui est affectée à la zone de la salle de travail/d'accouchement, placera un flacon d'ocytocine et une seringue à côté de la trousse d'accouchement de chaque mère au moment de l'admission. L'infirmière en charge rencontrera l'aide-soignante au début de sa période de garde pour passer en revue avec elle ses responsabilités afin de s'assurer qu'un flacon et qu'une seringue soient placés avec la trousse d'accouchement. L'équipe envisage d'améliorer les connaissances au sujet de l'administration de l'ocytocine en parlant des recommandations lors d'une réunion du personnel et en affichant les directives sur le mur de la zone de la salle d'accouchement.

Ces changements proposés sont présentés au personnel ; plusieurs sages-femmes infirmières font part de leurs inquiétudes. Elles craignent qu'il n'y ait peut-être pas d'ocytocine disponible pour les femmes ayant une hémorragie du post-partum, si l'on donne de l'ocytocine à toutes les femmes. Elles craignent aussi qu'il n'y ait pas d'aides-soignantes disponibles, en particulier la nuit, et elles sont contrariées d'avoir à assumer des responsabilités supplémentaires.

Avant de tester ce changement à une grande échelle, l'équipe veut s'assurer que le changement est possible. Elle décide de le tester à une petite échelle.

2. Décrire un test limité qui aiderait à déterminer si le plan pour un changement est réalisable.



## Scénario relatif à la mère (suite)

L'équipe teste le changement à une petite échelle avec deux sages-femmes pendant une journée. Elle fait les observations suivantes :

- C'était une journée particulièrement chargée avec six naissances.
- De l'ocytocine était disponible au chevet des parturientes et quatre mères en ont reçu.
- Une naissance a eu lieu presque immédiatement après la précédente. La sage-femme a pu préparer la seringue et administrer de l'ocytocine car il y en avait de disponible au chevet des parturientes.
- L'équipe a interrogé les aides-soignantes. Celles-ci étaient contentes de leurs nouvelles responsabilités.

Sur la base de ce test limité, l'équipe a conclu que le changement semblait possible et devrait être testé avec l'ensemble du personnel, mais elle voulait d'abord modifier légèrement le plan. Elle savait qu'il fallait augmenter le stock d'ocytocine dans l'armoire pour faire face aux besoins lorsqu'il y avait de nombreuses naissances mais elle ne voulait pas avoir un stock trop important dans l'armoire. Étant donné que l'armoire n'est pas réfrigérée, les flacons qui y restent plus de 24 heures doivent être jetés. L'équipe envisage de porter l'approvisionnement quotidien à cinq flacons, et le stock dans l'armoire sera vérifié deux fois par jour par l'infirmière en charge. La date et l'heure auxquelles le flacon est mis dans l'armoire sont écrites sur chaque flacon. L'équipe doit maintenant élaborer un plan pour tester le changement à une plus grande échelle.

3. Élaborer un plan pour tester le changement à une plus grande échelle. Identifier quelles actions, qui, quand, où et quelles ressources sont nécessaires.

Quelles actions	
Qui	
Quand	
Où	
Quelles ressources	

- 4 Établir une liste des données à collecter pour comprendre les effets de la réorganisation du processus d'administration de l'ocytocine.

- Quelles données montreront que les actions dans le changement ont eu lieu ? Comment l'équipe collectera-t-elle ces données ?
- Quelles données montreront que le changement s'est traduit par une amélioration ? À supposer que ces données ne figurent pas dans le dossier médical, comment l'équipe les collectera-t-elle ?

### Discussion de groupe

Discuter des situations que vous pourriez rencontrer dans votre structure.

Utiliser les questions suivantes pour vous aider à planifier les actions de l'équipe d'amélioration.

- De quel soutien avez-vous besoin de la part de votre autorité sanitaire locale pour faire les changements et comment pouvez-vous obtenir ce soutien ?
- Quels sont les meilleurs moyens d'atténuer la résistance au changement parmi les prestataires de votre structure ?
- Quels avantages voyez-vous à impliquer des gestionnaires et des familles dans le changement ?

## Actions de l'équipe d'amélioration

Actions	Suggestions et techniques
<p><b>Identifier les changements qui pourraient améliorer les soins.</b></p> <p><b>Choisir les changements à tester sur la base de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'effet attendu — est-ce que le changement fera une différence importante dans le processus ?</li> <li>• Coût — est-ce que le coût vraisemblable du changement sera dans les limites des moyens dont pourrait disposer la structure ?</li> <li>• Faisabilité — est-ce que c'est réalisable ?</li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se renseigner sur des changements pour des obstacles semblables testés par d'autres structures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soyez créatif ! N'ayez pas peur de proposer de nouvelles idées.</li> <li>• Ne pas penser qu'un supplément de formation, de personnel ou de ressources soit le seul changement possible.</li> <li>• Envisager des changements qui se concentrent sur :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'élimination d'actions, temps, tests diagnostiques, médicaments, ressources humaines et financières qui ne sont pas nécessaires</li> <li>- La standardisation des actions de tous les prestataires</li> <li>- L'amélioration des expériences des patients</li> </ul> </li> <li>• Le premier changement choisi devrait :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir de bonnes chances de réussir !</li> <li>- Être facile à effectuer !</li> <li>- Ne pas exiger beaucoup de ressources !</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Élaborer un plan pour le changement.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles actions devront se produire pour tester le changement ?</li> <li>- Qui sera impliqué dans le changement ?</li> <li>- Où se produira le changement ?</li> <li>- Quand commencera-t-il et quand finira-t-il ?</li> <li>- Quelles ressources faudra-t-il pour tester le changement ?</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribuer les tâches pour les actions qui auront lieu.</li> <li>• Prévoir les données qui seront collectées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des changements à une petite échelle pour éviter un gaspillage de temps et de ressources si le changement ne marche pas.</li> <li>• Le test ne devrait pas commencer avant la mise en place du plan pour la collecte des données.</li> <li>• Le test initial limité peut être très court, voire même ne durer qu'un seul jour.</li> <li>• La date de fin ne signifie pas la fin du processus d'amélioration mais elle marque un point d'arrêt, de sorte que l'équipe puisse achever à cette date l'analyse et l'évaluation des données collectées.</li> </ul>
<p><b>Collecter des données pour : 1) mesurer si les actions dans le plan ont eu lieu ; et 2) déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer comment collecter les données :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles données seront collectées ?</li> <li>- Où pourra-t-on trouver les données ?</li> <li>- Qui collectera les données ?</li> <li>- Quelle sera la fréquence de la collecte des données ?</li> <li>- Où seront enregistrées les données ?</li> </ul> </li> <li>• Si des données ne sont pas disponibles dans les dossiers existants de la structure, mettre au point un autre outil de collecte de données.</li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribuer les responsabilités pour la collecte des données.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chercher des mesure utiles plutôt que parfaites.</li> <li>• Utiliser des données qui sont déjà enregistrées, lorsque ce sera possible.</li> <li>• Garder les mesures simples. Se concentrer seulement sur les facteurs importants. Davantage de données ne signifie pas nécessairement de meilleures données.</li> <li>• Incorporer l'enregistrement des données dans le travail quotidien régulier des prestataires et dans leur description de poste.</li> <li>• Si les données ne figurent pas dans les documents existants, envisager de prévoir dans les documents un petit espace pour la saisie de données pour permettre aux prestataires d'enregistrer des renseignements complémentaires.</li> <li>• La personne qui collecte les données devrait examiner de temps en temps les données pour s'assurer de leur cohérence et leur exactitude.</li> <li>• Envisager de collecter des données à partir d'un échantillon de dossiers si l'échantillon est représentatif de l'ensemble des dossiers.</li> </ul>

## Planifier et tester le changement

Le ou les changements qui pourraient surmonter le ou les obstacles que nous avons choisis :

<b>Description du changement :</b>	
<b>Pourquoi l'a-t-on choisi :</b>	<b>Est-ce que le changement fera une différence importante dans le processus ?</b>
	<b>Est-ce que le coût vraisemblable du changement est dans les limites des ressources dont la structure pourrait disposer ?</b>
	<b>Est-ce que c'est réalisable ?</b>

Notre plan pour un changement :

<b>Quelles actions seront exécutées ?</b>	
<b>Par qui ?</b>	
<b>Où aura-t-il lieu ?</b>	
<b>Pendant combien de temps sera-t-il testé ?</b>	
<b>Quelles ressources faudra-t-il ?</b>	

Notre plan pour collecter des données afin de mesurer si les actions dans le plan ont été exécutées :

<b>Quelles données seront collectées ?</b>	
<b>Où peut-on trouver les données ?</b>	
<b>Qui collectera les données ?</b>	
<b>Quelle sera la fréquence de la collecte des données ?</b>	
<b>Où seront enregistrées les données ?</b>	

Notre plan pour collecter des données afin de déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration :

<b>Quelles données seront collectées ?</b>	
<b>Où peut-on trouver les données ?</b>	
<b>Qui collectera les données ?</b>	
<b>Quelle sera la fréquence de la collecte des données ?</b>	
<b>Où seront enregistrées les données ?</b>	

## Actions de l'équipe d'amélioration

<b>Actions</b>	<b>Suggestions et techniques</b>
<p><b>Tester les changements à une petite échelle.</b></p> <p><b>Déterminer si le plan devrait être testé à une plus grande échelle.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tests initiaux à une petite échelle se concentreront sur l'apprentissage :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la nouvelle idée est possible dans votre situation ;</li> <li>- S'il faut l'adapter à votre situation ; ou</li> <li>- Si votre situation doit être adaptée pour soutenir la nouvelle idée.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Tester les changements à une plus grande échelle.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chercher à obtenir le soutien des administrateurs et des gestionnaires.</li> <li>• Décrire le plan aux personnes qui seront impliquées dans le plan ou qui seront affectées par celui-ci.</li> </ul> <p><b>Préparer l'activité suivante :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assembler les données à analyser.</li> <li>• Afficher les données pour le processus choisi en vue d'une amélioration (et le résultat, si on en a choisi un).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque vous passez à des tests plus importants, la question change, passant de « <i>Est-ce que c'est réalisable ?</i> » à « <i>Est-ce que c'est efficace ?</i> »</li> </ul>

## Planifier et tester le changement

Notre plan pour tester les changements à une petite échelle :

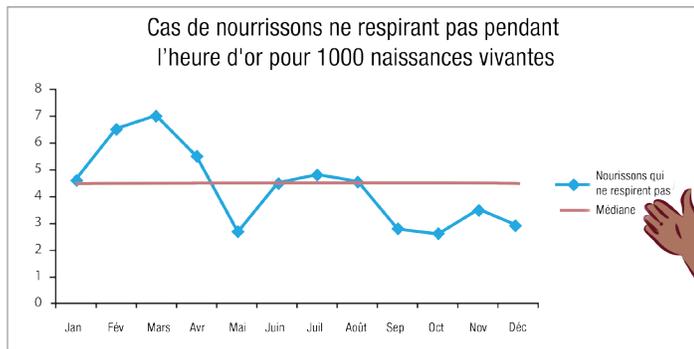
<b>Quelles actions seront exécutées ?</b>	
<b>Par qui ?</b>	
<b>Quand commencera-t-il et quand finira-t-il ?</b>	
<b>Où aura-t-il lieu ?</b>	
<b>Quelles ressources faudra-t-il ?</b>	
<b>Quel a été le résultat de ce test limité pour un changement ?</b>	
<b>Est-ce qu'il faudrait tester le changement à une plus grande échelle ? Avec des adaptations ?</b>	

Notre plan pour tester les changements à une plus grande échelle :

<b>Quelles actions seront exécutées ?</b>	
<b>Par qui ?</b>	
<b>Quand commencera-t-il et quand finira-t-il ?</b>	
<b>Où aura-t-il lieu ?</b>	
<b>Quelles ressources faudra-t-il ?</b>	
<b>Quel a été le résultat de ce test à une grande échelle pour un changement ?</b>	

# Étape 5

## Déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration



### OBJECTIFS

- Déterminer si les actions dans le changement ont eu lieu
- Déterminer si le changement a produit une amélioration
- Décider des étapes suivantes
- Commencer le cycle suivant d'amélioration

## Connaissances fondamentales

### Déterminer si les actions dans le changement ont eu lieu

Utiliser les données décrivant les actions dans le changement pour déterminer si elles ont réellement eu lieu.

### Déterminer si le changement a produit une amélioration

Pour déterminer si l'amélioration s'est produite, considérez les points suivants :

**1) Déterminer s'il y a une amélioration dans l'exécution du processus ou dans le résultat après le changement.**

- Comparer le processus ou le résultat choisi pour une amélioration avant et après le changement.

**2) Représenter les données dans un diagramme ou un graphique pour déterminer si le changement s'est produit.**

- Porter les données sur un graphique avec le temps sur l'axe horizontal (ligne foncée en bas) et le nombre ou le pourcentage de mères ou de nouveau-nés traités avec le processus (ou ressentant le résultat) sur l'axe vertical (ligne foncée sur la gauche).
- Les événements fréquents peuvent être représentés en pourcentage sur une courte période, par exemple en jours ou en semaines.
- Les événements moins fréquents peuvent être représentés en nombres entiers en comptant chaque événement sur des périodes plus longues, par exemple un mois.
- Au-dessus de chaque point dans le temps sur l'axe horizontal, marquer un point à la hauteur qui correspond au pourcentage ou au nombre (indiqué sur l'axe vertical). Relier ces points par une ligne.
- Ces graphiques sont souvent appelés graphiques de fréquence-temps.

**EXEMPLE :**

L'équipe a réorganisé le processus pour faire en sorte que de la vitamine K soit disponible dans la zone de la salle d'accouchement. Elle a informé tous les pharmaciens et toutes les accoucheuses du changement. L'équipe examine le nombre de flacons de vitamine K dans la zone de la salle d'accouchement tous les lundis pendant six semaines à la suite du changement. Elle trouve qu'au moins cinq flacons étaient disponibles tous les lundis, à une exception près. Elle en conclut que le changement a eu lieu.

**EXEMPLE :**

Étant donné que le changement consistant à augmenter la disponibilité de vitamine K dans la zone de la salle d'accouchement a eu lieu, l'équipe cherche à déterminer si le changement s'est traduit par un plus grand nombre de nouveau-nés recevant de la vitamine K. Un membre de l'équipe calcule le pourcentage de nouveau-nés qui reçoivent de la vitamine K chaque semaine en divisant le nombre de nouveau-nés ayant reçu de la vitamine K par le nombre total d'enfants nés vivants dans la structure, puis en multipliant par cent. La collecte des données commence trois semaines avant le changement et continue pendant six semaines après le changement.

**EXEMPLE :**

Ce graphique de fréquence-temps montre le pourcentage de nouveau-nés traités à la vitamine K sur l'axe vertical et les semaines sur l'axe horizontal (Figure 5.1).

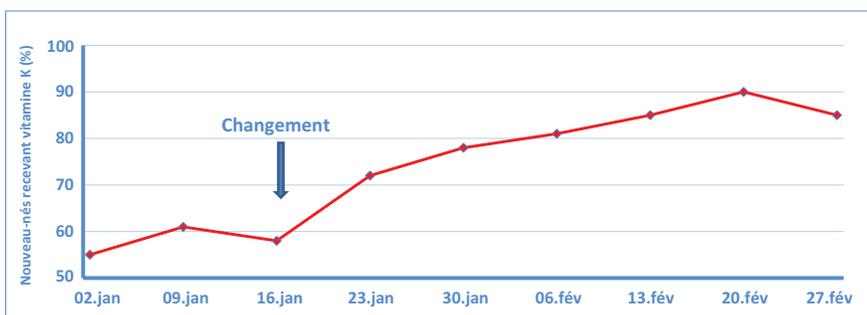


Figure 5.1 : Pourcentage de nouveau-nés recevant de la vitamine K en janvier et février (la flèche bleue indique quand s'est produit le changement pour l'amélioration).

### Analyser le graphique de fréquence-temps.

- Examiner d'abord le graphique pour déterminer s'il y a une différence après le début du test à une grande échelle du changement.
  - Comparer les points sur le graphique avant et après le début du changement. Il est utile de marquer le moment du changement sur le graphique.
- S'il semble qu'il y ait une amélioration, examiner le graphique pour déterminer si l'amélioration est réelle ou s'il s'agit d'une variabilité aléatoire.
  - Variabilité aléatoire signifie que les mouvements de la courbe vers le haut ou vers le bas sont le résultat d'un hasard et non de changements effectués par l'équipe.
  - Des méthodes statistiques peuvent être utilisées pour déterminer s'il y a eu une amélioration réelle ou s'il s'agit d'une variabilité aléatoire.
  - Il y a aussi des façons simples de confirmer si le changement s'est traduit par une amélioration réelle, par exemple en identifiant des décalages et des tendances.

#### Décalage (Figure 5.2) :

- L'amélioration peut être démontrée par un décalage sur la courbe dans le graphique de fréquence-temps. Un décalage se produit lorsqu'une courbe est constituée de six points de données consécutifs, ou plus, qui sont tous situés soit au-dessus, soit en dessous de la médiane.
- La médiane est le chiffre qui sépare la moitié supérieure de la moitié inférieure d'un ensemble de points de données.
- La flèche bleue indique le moment où s'est produit le changement.
- Avant le changement, 55, 61 et 58 pour cent des nouveau-nés avaient reçu de la vitamine K. L'équipe organise les chiffres par ordre croissant et trouve que la médiane est de 58. Elle indique la médiane par des pointillés noirs sur le graphique de fréquence-temps.
- Après le changement, il y a six points de données consécutifs au-dessus de la médiane, représentant un décalage dans le pourcentage de nouveau-nés qui reçoivent de la vitamine K.
- Cela indique que l'amélioration était réelle, et qu'il ne s'agissait pas d'une variabilité aléatoire.

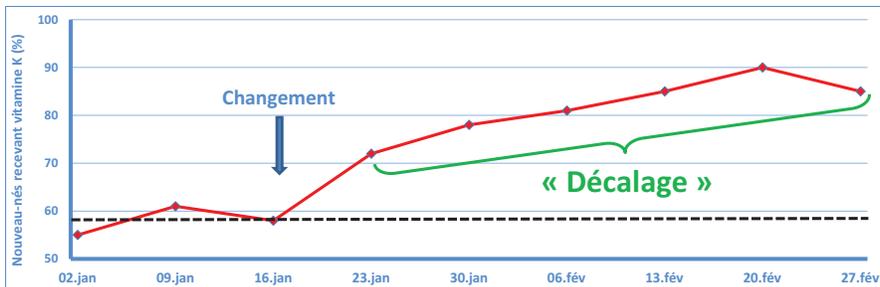


Figure 5.2 : Amélioration dans le pourcentage de nouveau-nés recevant de la vitamine K démontrée par le décalage.

#### Tendance (Figure 5.3) :

- Une tendance sur le graphique de fréquence-temps apparaît lorsque cinq points consécutifs ou plus évoluent tous vers le haut. Une tendance montre une amélioration réelle.
- Dans la Figure 5.3, il y a cinq points de données consécutifs évoluant tous vers le haut par rapport au point précédent.
- Cela indique une tendance et confirme qu'une amélioration s'est produite.

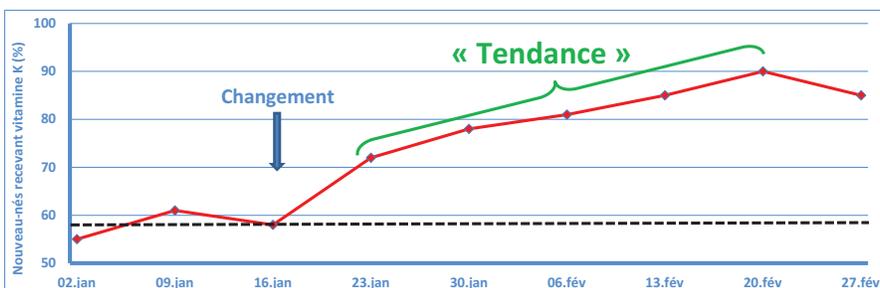


Figure 5.3 : Amélioration dans le pourcentage de nouveau-nés recevant de la vitamine K démontrée par la tendance.

## Décider des étapes suivantes

### Considérer s'il y a lieu d'adopter, d'adapter ou d'abandonner le changement.

- Si le changement s'est traduit par une amélioration, l'équipe peut l'**adopter** et l'appliquer à une échelle encore plus importante. Par exemple, l'équipe peut inclure un plus grand nombre de prestataires de soins, un plus grand nombre de services de l'hôpital ou davantage de jours de la semaine.

**EXEMPLE :**

L'équipe a mis le personnel de jour au courant de l'administration de la vitamine K. Après avoir analysé les données d'avant et d'après le changement, elle a trouvé que l'administration de la vitamine K s'était améliorée, passant de 15% à 95%, pour les naissances ayant lieu pendant la journée. Elle décide d'adopter et de mettre en œuvre ce changement à une plus grande échelle pour le personnel de nuit également.

- Si le changement ne se traduit pas par une amélioration, l'équipe peut décider de l'**adapter**. Il faudra peut-être adapter le changement si les actions dans le plan ne se sont pas produites comme prévu, ou si l'amélioration a été modeste.

**EXEMPLE :**

Les données collectées avant et après le changement pour le réapprovisionnement en vitamine K montrent une amélioration de la disponibilité de la vitamine K dans la zone de la salle d'accouchement durant la première semaine mais une disponibilité limitée après cette semaine. L'équipe trouve que le nombre d'accouchements a doublé au cours des dernières semaines. Lorsqu'il y avait beaucoup d'accouchements, à certains moments il n'y avait pas de vitamine K disponible. L'équipe décide que le nombre de cinq flacons de vitamine K dans la zone d'accouchement n'est pas suffisant pendant les périodes de forte activité. Elle adapte le changement ; elle prévoit d'informer le pharmacien quand il ne reste que dix flacons dans la zone d'accouchement. Elle va maintenant tester ce changement adapté.

- **Abandonner** le changement s'il n'y a pas d'amélioration ou si un résultat indésirable s'est produit. Parfois, des changements dans une pratique peuvent avoir des effets négatifs sur d'autres processus ou résultats, nécessitant peut-être l'abandon du changement.

**EXEMPLE :**

L'équipe décide d'améliorer les taux des nouveau-nés dont la température est basse dans l'heure qui suit la naissance. Elle construit une table spéciale, munie d'une lampe chauffante, sur laquelle les nouveau-nés seront placés immédiatement après la naissance. Après deux semaines d'utilisation, elle découvre que la température de 50% des nouveau-nés est trop élevée (> 37,5° C). Elle décide d'abandonner la table et la lampe chauffante en raison de l'effet indésirable d'une température trop élevée, et envisage d'autres moyens de garder les nouveau-nés au chaud.

## Commencer le cycle suivant d'amélioration

L'amélioration souhaitée dans un processus ou un résultat pourrait être obtenue par un seul changement, mais plus vraisemblablement il faudra plus d'un changement pour qu'elle parvienne au but de la déclaration d'objectif. C'est le plus souvent le cas lorsqu'un résultat est choisi pour une amélioration.

### Les raisons d'une amélioration inférieure à ce qu'on souhaitait sont notamment :

- Le processus ou le résultat est affecté par plus d'un obstacle, et un seul obstacle a été surmonté.
- Le changement est adopté par certains des prestataires mais pas par tous.

### Les activités en rapport avec chaque changement (planification, test, détermination de l'effet du changement et décision quant aux étapes suivantes) sont souvent appelées un « cycle de changement » (Figure 5.4) ou un cycle PDSA (Plan Do Study Act, soit Planifier, Faire, Étudier, Agir).

- Après chaque cycle, décider si le changement devrait être adopté, adapté ou abandonné.
- Si un petit changement se traduit par une amélioration, envisager de le porter à l'échelle.
- Si l'équipe décide d'adapter un changement, commencer un nouveau cycle avec le changement adapté.
- Si le changement est abandonné, envisager de nouvelles idées pour un changement et entamer un nouveau cycle avec le nouveau changement. Suivre les étapes décrites dans l'Étape 4 (Planifier et tester le changement) pour chaque cycle.

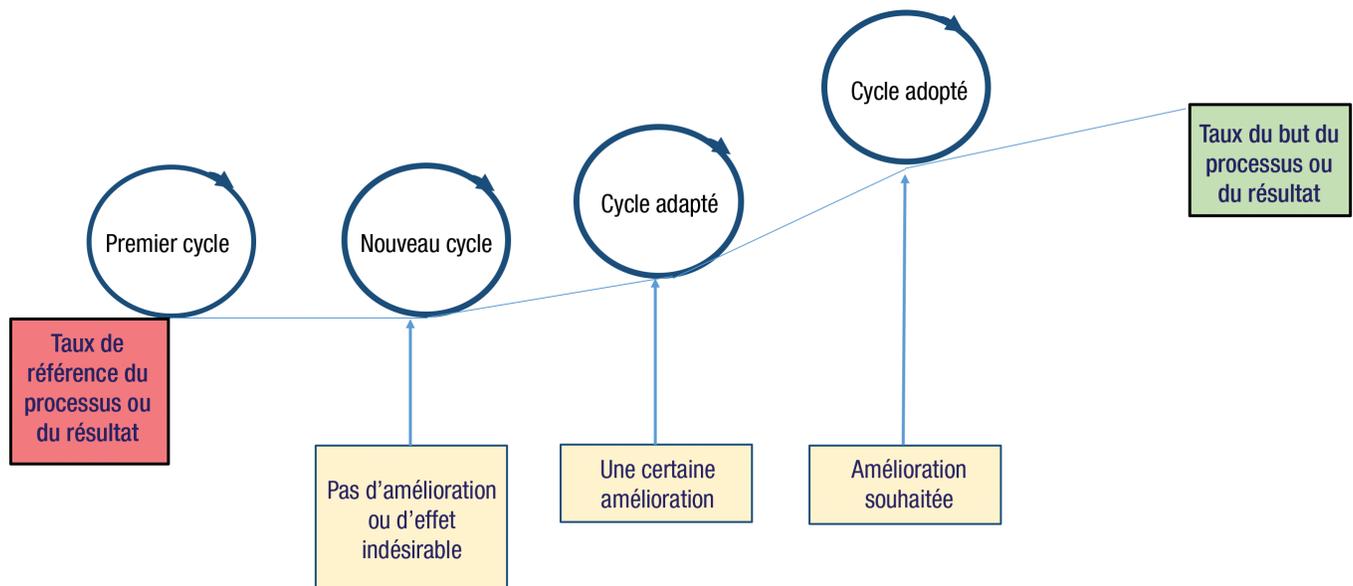


Figure 5.4 : La figure illustre comment une équipe peut utiliser quatre cycles de changement pour parvenir au but de sa déclaration d'objectif.



## Exercice pratique en rapport avec le nouveau-né

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexe A.1 et discuter des similitudes et des différences.

### Scénario relatif au nouveau-né

L'équipe a testé ses changements. Elle trouve qu'il y a eu des changements dans l'organisation des soins après la naissance et dans les connaissances des prestataires. Elle examine maintenant les données pour décider si les changements se sont traduits par une amélioration. L'équipe regarde le nombre de nouveau-nés recevant un soin peau à peau et le nombre de nouveau-nés dont la température est basse. Une nouvelle colonne a été ajoutée au Registre des accouchements dans laquelle les prestataires indiquent si la mère a fourni un soin peau à peau. Un membre de l'équipe indique dans le registre le nombre de nouveau-nés qui ont un soin peau à peau et le nombre de nouveau-nés dont la température est inférieure à 36,5°C, sur une période de neuf semaines (deux semaines avant le changement et sept semaines après le changement).

1. Utiliser les données collectées par le membre de l'équipe (tableau ci-dessous) pour évaluer l'effet des changements visant à améliorer le processus du soin peau à peau et le résultat pour la basse température chez le nouveau-né. Quel pourcentage d'enfants nés dans la structure chaque semaine a reçu un soin peau à peau pendant la première heure ? Quel pourcentage d'enfants nés dans la structure chaque semaine a eu une température inférieure à 36,5°C ?

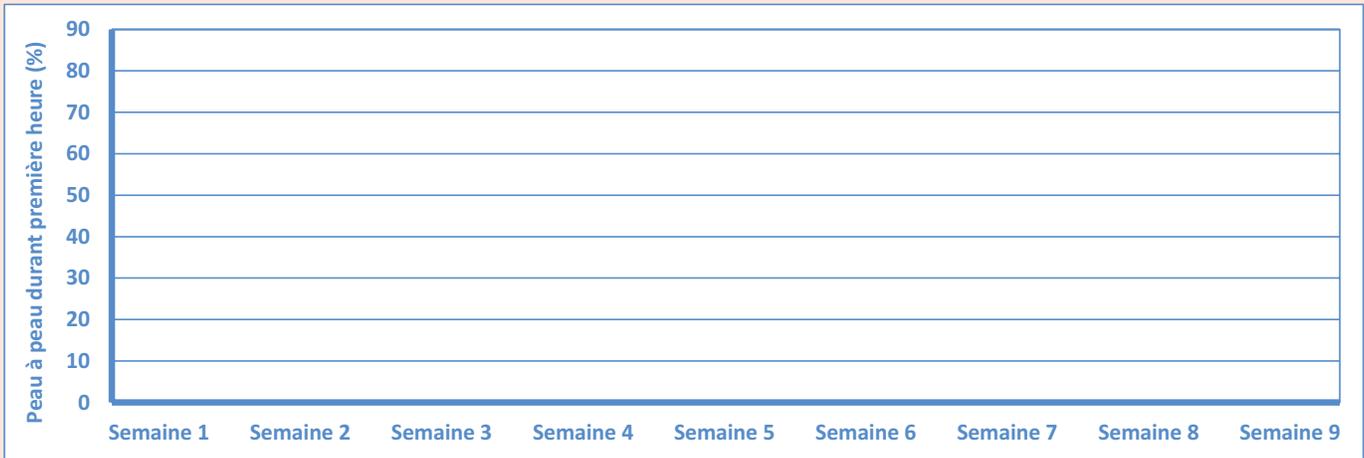
**Données pour neuf semaines consécutives indiquant le nombre de nouveau-nés recevant un soin peau à peau et leur première température**

Semaine	Nombre d'enfants nés vivants dans la structure	Nombre de nouveau-nés avec une température < 36,5°C	Nombre de nouveau-nés ayant reçu un soin peau à peau durant la première heure	% de nouveau-nés dont la température est basse	% de nouveau-nés ayant reçu un soin peau à peau durant la première heure
1	25	17	4		
2	18	12	3		
3	20	11	5		
4	24	12	13		
5	19	6	12		
6	16	5	11		
7	22	5	16		
8	24	4	18		
9	21	2	17		



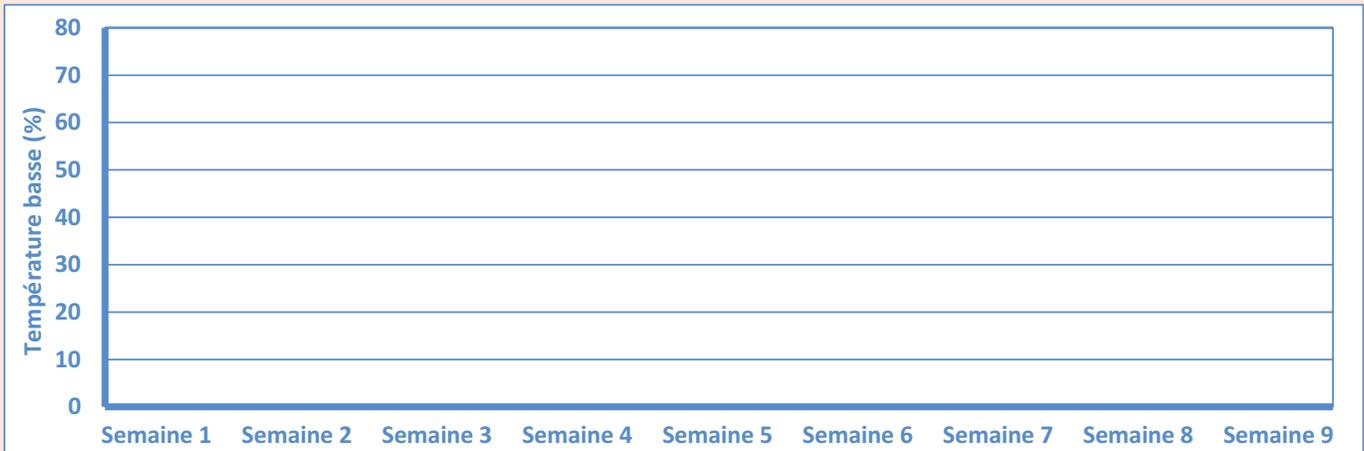
2. Créer un graphique de fréquence-temps pour le processus du soin peau à peau durant la première heure.

- Porter le moment du changement sur le graphique.
- Déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration réelle dans ce processus de soins.
- Déterminer s'il s'agit d'un décalage ou une tendance.



3. Créer un graphique de fréquence-temps pour le résultat d'une température basse chez le nouveau-né.

*Est-ce que le changement — une augmentation du soin peau à peau — a constitué un progrès vers l'atteinte du but de la déclaration d'objectif ?*



4. Rédiger une synthèse avec les conclusions du projet d'amélioration pour partager avec le personnel de la structure.

5. Décider si l'équipe devrait adopter, adapter ou abandonner les changements et pourquoi.

6. Supposer que ce changement ait résulté en une amélioration moins importante. Par exemple, supposer que le pourcentage de nouveau-nés ayant une basse température après le changement est de 35%, mais que la pratique du peau à peau est de 93%. Quelles sont les explications possibles de cette amélioration insuffisante pour ce qui est de la basse température chez le nouveau-né ?



## Exercice pratique en rapport avec la mère

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexe A.2 et discuter des similitudes et des différences.

### Scénario relatif à la mère

L'équipe a mis au point une fiche d'enregistrement sur laquelle les infirmières en charge notent la disponibilité des flacons d'ocytocine dans l'armoire au début de chaque période de garde. Un examen de ces fiches a confirmé qu'il y avait toujours de l'ocytocine disponible dans la zone de la salle d'accouchement. L'équipe a ajouté également sur la liste de contrôle de l'accouchement une case à cocher pour le flacon et la seringue d'ocytocine. L'examen de la liste de contrôle confirme qu'il y avait de l'ocytocine disponible pour pratiquement tous les accouchements. L'équipe en conclut que les changements ont eu lieu.

L'équipe examine ensuite les données pour déterminer si les changements se sont traduits par une amélioration. Elle doit décider si davantage de mères ont reçu de l'ocytocine et si moins de mères ont eu une hémorragie du post-partum. À partir du Registre des accouchements, un membre de l'équipe enregistre le nombre de femmes qui ont reçu de l'ocytocine et le nombre de femmes qui ont eu une hémorragie du post-partum sur une période de neuf semaines (deux semaines avant le changement et sept semaines après le changement) pour déterminer s'il y a eu une amélioration.

1. Utiliser les données collectées par le membre de l'équipe (tableau ci-dessous) pour évaluer l'effet du changement visant à améliorer le processus d'administration de l'ocytocine et le résultat pour l'hémorragie du post-partum. Quel pourcentage de femmes donnant naissance dans la structure chaque semaine a reçu de l'ocytocine ? Quel pourcentage de femmes donnant naissance dans la structure chaque semaine a eu une hémorragie du post-partum ?

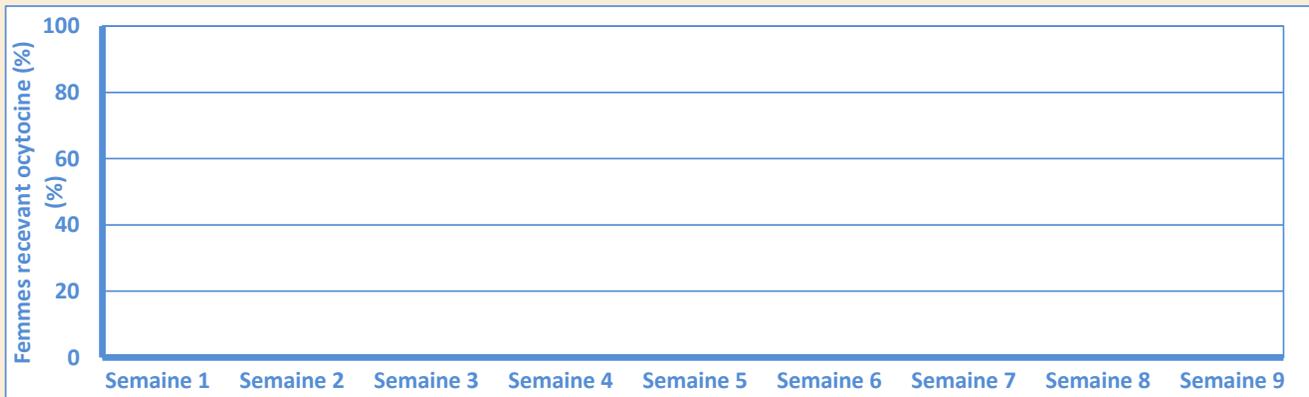
**Données pour neuf semaines consécutives indiquant le nombre de femmes recevant de l'ocytocine après la naissance et le nombre d'hémorragies du post-partum**

Semaine	Nombre de femmes qui accouchent	Nombre de femmes recevant de l'ocytocine	Nombre de femmes ayant une HPP	Nombre de femmes recevant de l'ocytocine	Pourcentage de femmes ayant une HPP
1	25	13	4		
2	18	8	3		
3	20	12	3		
4	24	17	3		
5	19	15	2		
6	16	14	1		
7	22	20	1		
8	24	21	2		
9	21	20	1		



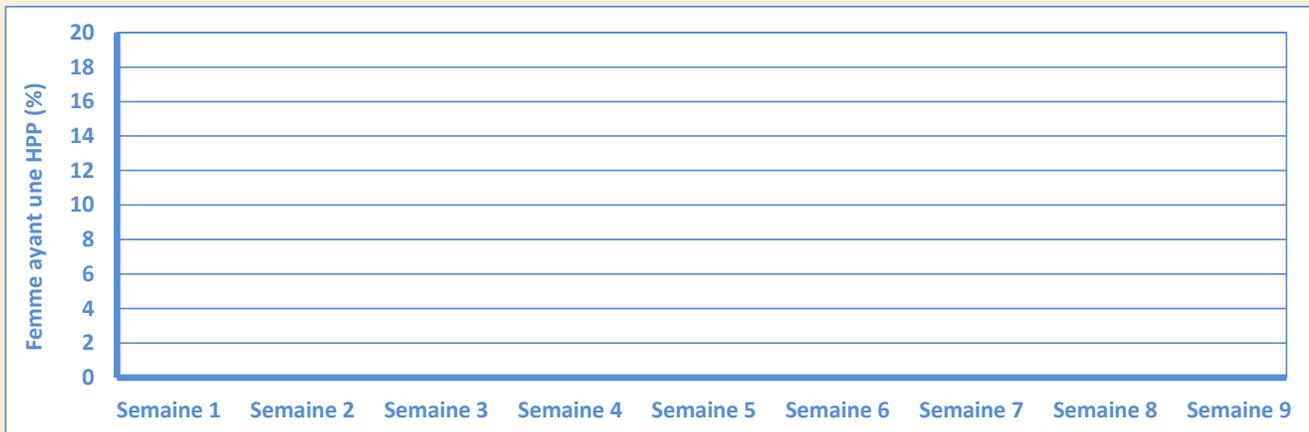
2. Créer un graphique de fréquence-temps pour le processus de l'administration de l'ocytocine.

- Porter le moment du changement sur le graphique.
- Déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration réelle dans ce processus de soins.
- Déterminer s'il s'agit d'un décalage ou d'une tendance.



3. Créer un graphique de fréquence-temps pour le résultat de l'hémorragie du post-partum.

*Est-ce que le résultat du changement — une diminution des hémorragies du post-partum — a constitué un progrès vers l'atteinte du but de la déclaration d'objectif ?*



4. Rédiger une synthèse avec les conclusions du projet d'amélioration pour les partager avec le personnel de la structure.

5. Décider si l'équipe devrait adopter, adapter ou abandonner les changements et pourquoi.

6. Supposer que le changement ait résulté en une amélioration moins importante. Par exemple, supposer que l'amélioration du traitement à l'ocytocine n'ait été que de 75%. Quelles sont les explications possibles de cette amélioration insuffisante ?

7. Supposer qu'il y ait eu une amélioration pour l'administration de l'ocytocine mais que le pourcentage de femmes ayant eu une hémorragie du post-partum n'ait pas diminué. Quelles sont les explications possibles de ce manque d'amélioration ?



## **Discussion de groupe**

*Discuter des situations que vous pourriez rencontrer dans votre structure.*

*Utiliser les questions suivantes pour vous aider à planifier les actions de l'équipe d'amélioration.*

- Est-ce que le personnel de votre structure prend habituellement des décisions sur la base de données ? Pourquoi pensez-vous qu'il en est ainsi ?
- Comment l'équipe d'amélioration pourrait-elle aider les prestataires à comprendre la valeur des données cliniques qu'elle collecte ?
- Après de qui l'équipe pourrait-elle obtenir un soutien supplémentaire pour l'aider à analyser les données ?

## Actions de l'équipe d'amélioration

<b>Actions</b>	<b>Suggestions et techniques</b>
<p><b>Déterminer si le test du changement a eu lieu comme prévu.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser les données décrivant les actions dans le changement pour déterminer si elles ont effectivement été exécutées.</li> </ul> <p><b>Déterminer si le changement a produit une amélioration.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner les graphiques de fréquence-temps pour l'amélioration associée au changement.</li> <li>Déterminer s'il y a eu de mauvais résultats imprévus associés au changement.</li> <li>Estimer les progrès faits vers le but de la déclaration d'objectif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter les graphiques de fréquence-temps pour que tous les membres de l'équipe puissent voir et comprendre plus facilement.</li> <li>Marquer le début du changement sur le graphique de fréquence-temps.</li> </ul>
<p><b>Décider des étapes suivantes.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Décider s'il faut adopter, adapter ou abandonner le changement.</li> <li>Rédiger une synthèse avec les conclusions du cycle d'amélioration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'il n'y a eu aucune amélioration ou si l'amélioration a été insuffisante, déterminer si le changement a été exécuté suffisamment bien ou s'il n'a simplement pas produit d'amélioration.</li> <li>Demander « pourquoi » l'équipe veut adopter, adapter ou abandonner le changement qui a été testé.</li> </ul>
<p><b>Commencer le cycle suivant d'amélioration.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si l'on adapte un changement, commencer un nouveau cycle avec le changement adapté. Revenir aux activités de l'Étape 4, en commençant avec « Élaborer un plan pour le changement ».</li> <li>Si l'on abandonne un changement, commencer le cycle suivant avec un nouveau changement. Revenir aux activités de l'Étape 4, en commençant avec « Identifier des changements qui pourraient améliorer les soins en surmontant l'obstacle que vous avez choisi ».</li> <li>Si l'on adopte un petit changement qui s'est traduit par une amélioration, envisager l'application de ce changement à une grande échelle, par exemple avec un plus grand nombre de prestataires. Passer aux activités de l'Étape 6.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discuter des rôles des membres de l'équipe en fonction de leurs points forts identifiés pendant le premier cycle de changement et redéfinir les rôles.</li> </ul>

FICHE DE TRAVAIL

## Déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration

Notre revue des données pour mesurer si les actions dans le plan ont été exécutées :

<b>Est-ce que les actions dans le plan ont été exécutées ?</b>	
<b>Si elles ne l'ont pas été, pourquoi?</b>	

Notre revue des données pour déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration :

<b>Quel était le taux de référence du résultat ou de l'exécution du processus choisi pour une amélioration ?</b>	
<b>Est-ce qu'il y a eu un décalage ou une tendance dans le graphique de fréquence-temps ? Si la réponse est oui, de combien ?</b>	
<b>S'il y a eu une amélioration, comment la comparer à l'amélioration figurant dans la déclaration d'objectif ?</b>	
<b>Le changement devrait-il être adopté, adapté ou abandonné ? Pourquoi ?</b>	

S'il est abandonné ou adapté, le changement suivant à tester :

<b>Quelles actions ont été effectuées ?</b>	
<b>Par qui ?</b>	
<b>Quand commencera-t-il et quand finira-t-il ?</b>	
<b>Où aura-t-il lieu ?</b>	
<b>Quelles ressources faudra-t-il ?</b>	

S'il est adopté, porter le plan à l'échelle :

<b>Quelles actions ont été effectuées ?</b>	
<b>Par qui ?</b>	
<b>Quand commencera-t-il et quand finira-t-il ?</b>	
<b>Où aura-t-il lieu ?</b>	
<b>Quelles ressources faudra-t-il ?</b>	

# Étape 6

## Faire de l'amélioration la norme



### **OBJECTIFS**

- **Communiquer les changements qui ont produit une amélioration**
- **Faciliter la pratique des changements**
- **Surmonter les objections au changement**
- **Faire de l'amélioration un aspect permanent de la routine de la structure**

## Connaissances fondamentales

Pour que les patients bénéficient d'une amélioration, il faut passer de l'expérience à une petite échelle d'une équipe d'amélioration à l'adoption des changements réussis par l'ensemble du personnel de la structure. Faire de l'amélioration un aspect permanent de la routine d'une structure pérennise l'effet positif. Répéter et partager le processus d'un changement positif crée une culture de l'amélioration et de la qualité des soins.

### Communiquer les changements qui ont produit une amélioration

**Partager ce qu'on a appris à propos des changements qui ont produit une amélioration avec tous les prestataires, responsables cliniques, administrateurs et avec la communauté.**

- Les prestataires doivent comprendre ce qui est en train de changer et en quoi le changement est bénéfique à leurs patients et à eux-mêmes.
- Afficher les graphiques de fréquence-temps là où ils peuvent être vus par tous les prestataires pour montrer les progrès qui sont faits.
- Partager des résultats positifs peut contribuer à des changements dans l'avenir.
- Discuter des résultats et décrire comment le changement sera étendu lors de réunions du personnel et dans des messages écrits.
- Au fur et à mesure que le changement prend de l'ampleur, continuer de communiquer au sujet des progrès et des revers.
- Partager les résultats avec les mères, les familles et la communauté.
- Les membres de l'équipe d'amélioration issus de la communauté peuvent aider à la conception d'affiches pour les cliniques et pour les services, et à faire passer le message à des groupes en dehors de la structure.

#### EXEMPLE :

L'équipe d'amélioration choisit comme but l'administration de la vitamine K à tous les nouveau-nés et l'administration d'un utérotonique à toutes les mères. Elle demande à l'infirmière gestionnaire de parler des graphiques de fréquence-temps lors d'une réunion du personnel et de souligner en quoi ces changements seront conformes aux nouvelles directives nationales. D'autres membres de l'équipe peuvent décrire les étapes du processus d'administration de ces médicaments aux nouveau-nés et aux mères au moment voulu. Les dossiers cliniques indiquant comment documenter correctement l'administration des médicaments peuvent être placés à côté du stock de médicaments. Un membre de l'équipe peut expliquer aux groupements de femmes de la communauté ce que fait la structure pour protéger les femmes et les nouveau-nés contre des pertes de sang.

### Faciliter la pratique des changements

- Identifier les membres de l'équipe d'amélioration qui dirigeront les autres prestataires dans la pratique des changements réussis.
- Faciliter la pratique pendant les tâches ordinaires en faisant travailler les membres de l'équipe d'amélioration aux côtés d'autres prestataires en tant que pairs éducateurs.
- Saisir l'opportunité de mettre en pratique de nouvelles compétences dans le cadre d'une pratique organisée, fréquente et régulière des compétences et des connaissances.
- S'assurer que toutes les fournitures et les formulaires requis pour effectuer un changement réussi soient disponibles.

#### EXEMPLE :

Les membres de l'équipe d'amélioration organisent un coin de compétences mettant en évidence la différence entre la dose de vitamine K pour un enfant prématuré (< 1 500 grammes) et celle pour un enfant né à terme. Au début de chaque période de garde les lundis, les prestataires pratiquent le prélèvement de la dose correcte et l'enregistrement de la dose.

## Surmonter les objections au changement

### Convaincre les prestataires des avantages pour les patients et pour eux-mêmes.

- Même les changements les plus réussis peuvent se heurter à une certaine résistance.
- Écouter attentivement les objections que soulèvent les prestataires. Affiner davantage le processus.
- Il est utile pour les prestataires de comprendre en quoi un changement leur fait économiser du temps ou des efforts, et bénéficie au patient.
- Célébrer les bons résultats avec des histoires et des photos, et féliciter les prestataires qui réussissent à changer de comportement.
- Établir un lien entre les changements et les croyances et valeurs des prestataires. Il est important que les prestataires se rendent compte qu'ils font ce qu'il y a lieu de faire et qu'ils éprouvent de la satisfaction et un sentiment d'accomplissement.

#### EXEMPLE 1 :

Une prestataire dit qu'elle comprend l'importance de la vitamine K mais qu'elle ne veut pas fournir ce soin au chevet de la mère lorsque celle-ci est en contact peau à peau avec son enfant. Une explication de la manière dont le contact peau à peau atténue la douleur chez le nouveau-né lui montre en quoi le changement est bénéfique aux patients. Travailler à ses côtés pour lui montrer qu'il est facile d'avoir toutes les fournitures nécessaires en un même endroit a fait d'elle une championne du nouveau système. Les nouveau-nés pleurent moins et il faut moins de temps pour leur prodiguer des soins.

### Faire de l'amélioration un aspect permanent de la routine de la structure

#### Une fois qu'un changement a été mis en œuvre à une plus grande échelle, il doit devenir un élément de la routine de la structure afin de perdurer.

- L'équipe d'amélioration peut diriger le processus de changement mais, pour que l'amélioration devienne permanente, il lui incombe de communiquer les recommandations aux responsables de la structure et du système de santé.
- Lorsqu'on leur fournit les preuves d'une amélioration et de stratégies prouvées pour un changement, les gestionnaires et les administrateurs peuvent aider à pérenniser l'amélioration.
- Les gestionnaires et les administrateurs peuvent incorporer le changement réussi dans les directives, les politiques et les procédures, les descriptions de poste et le matériel didactique qui ont été modifiés. Ils peuvent prévoir des fonds dans le budget de fonctionnement pour le personnel et les fournitures nécessaires afin de pérenniser les changements.
- Modifier les systèmes pour passer les commandes ou planifier facilite pour les prestataires l'application du changement, plutôt que de revenir aux vieilles méthodes.
- Enseigner au nouveau personnel le processus d'amélioration sert de rappel à l'ensemble des prestataires.
- Se débarrasser des formulaires, des numéros de nomenclature, du matériel ou des médicaments qui sont périmés élimine toute possibilité d'un retour à l'ancien système.

#### EXEMPLE 2 :

Une autre prestataire se plaint d'être la seule sage-femme dans la structure pendant la nuit et de n'avoir pas le temps souvent de se préparer correctement pour une naissance. Elle n'a pas le temps de trouver un utérotonique, de le prélever et de l'avoir prêt. L'équipe et les prestataires notent que si l'on met le flacon d'ocytocine et la seringue avec la trousse d'accouchement, on n'a plus à laisser une femme en travail seule pour aller chercher le médicament.

#### EXEMPLE :

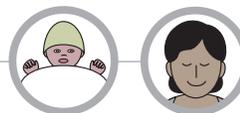
Les politiques et les procédures de soins des mères doivent être actualisées pour refléter le fait que toutes les mères reçoivent un utérotonique. L'administration d'une injection intramusculaire sera ajoutée à la description de poste des infirmières et des sages-femmes qui dispensent ce soin, ainsi qu'à l'orientation des nouvelles prestataires qui travaillent par roulement dans la zone de la salle d'accouchement. Des listes de contrôle pour les accouchements sont imprimées avec une case à cocher pour le flacon d'ocytocine et la seringue. Les nouveaux dossiers pour les accouchements ont un espace pour indiquer l'heure à laquelle l'ocytocine a été administrée. Les anciens formulaires sont recyclés.

**Un suivi continu est également important pour démontrer un changement durable.**

- L'équipe ne collecte peut-être pas les données aussi fréquemment que pendant les tests du changement mais un suivi de temps en temps lui indique si le changement est permanent.
  - Des variations normales à la hausse ou à la baisse se produisent lors de la mesure.
  - Les graphiques de fréquence-temps sont utiles pour faire la différence entre une variabilité normale et des changements réels pendant un suivi continu.
- Si les processus de soins ou les résultats retombent aux niveaux antérieurs indésirables, il faudra peut-être effectuer une promotion active de l'amélioration.
- Il faudra peut-être également d'autres changements et cycles d'amélioration pendant la mise à jour des directives.

**Partager les résultats d'un projet d'amélioration.**

- L'équipe d'amélioration peut aussi choisir de partager ces résultats avec d'autres personnes au sein du système de santé. Documenter soigneusement la voie à suivre vers un meilleur processus et/ou un meilleur résultat, et partager l'expérience avec d'autres structures de la région ou du pays, apporte de la reconnaissance et aide à diffuser le changement.
- Un groupe de structures, par exemple les centres de santé et l'hôpital d'un district, peut décider de former un collaboratif d'apprentissage. Les structures incluses dans le collaboratif apprennent les unes des autres et travaillent même ensemble sur les mêmes buts d'amélioration.
- Lorsque les activités d'amélioration font partie d'un système national pour la promotion de la qualité des soins, les ressources et les possibilités pour faire des changements durables augmentent.



## Exercice pratique

- Lire la suite du scénario dans un petit groupe et exécuter les activités numérotées qui figurent après le scénario.
- Enregistrer les réponses du groupe pour revue.
- Comparer vos réponses à celles fournies à l'Annexe A.1 ou à l'Annexe A.2 et discuter des similitudes et des différences.

### Scénario

*L'équipe était enthousiasmée par les améliorations qui ont résulté de son projet. La plupart des prestataires ont facilement adopté les changements mais d'autres ont résisté. L'équipe se réunit pour discuter de ce qu'elle doit faire ensuite.*

1. Discuter de la façon dont l'équipe pourrait communiquer les changements qui ont produit une amélioration.
2. Si l'équipe a choisi un processus pour une amélioration qui nécessite des compétences difficiles ou compliquées (par exemple, la ventilation au ballon et au masque), comment pourrait-elle faciliter la mise en pratique de cette compétence ?
3. Que peut faire l'équipe pour impliquer des personnes qui ont résisté au changement ? Avec un partenaire, faire un jeu de rôle sur la manière dont un membre de l'équipe pourrait convaincre un prestataire récalcitrant de changer et de participer avec le reste du personnel aux activités d'amélioration.
4. Quelles autres actions pourraient effectuer l'équipe pour pérenniser le changement ? Que pourrait-elle recommander aux responsables de la structure afin de pérenniser l'amélioration ?

### Discussion de groupe

*Discuter des situations que vous pourriez rencontrer dans votre structure.*

*Utiliser les questions suivantes pour vous aider à planifier les actions de l'équipe d'amélioration.*

- Comment l'équipe d'amélioration peut-elle communiquer efficacement avec le personnel au sujet des changements réussis ?
- Comment votre structure peut-elle exprimer sa reconnaissance et apporter une motivation lorsque des améliorations se produisent ?
- Quels sont les meilleurs moyens d'atténuer la résistance au changement dans votre structure ?
- Que peut faire l'équipe d'amélioration pour aider à pérenniser les changements réussis ?

## Actions de l'équipe d'amélioration

<b>Actions</b>	<b>Suggestions et techniques</b>
<p><b>Communiquer les changements qui ont produit une amélioration.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer les changements aux :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autres prestataires</li> <li>- Responsables cliniques</li> <li>- Administrateurs</li> <li>- Membres de la communauté</li> <li>- Structures participantes</li> </ul> </li> <li>• Partager une synthèse des conclusions du cycle d'amélioration avec des personnes extérieures à l'équipe d'amélioration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser des graphiques et des images dans votre synthèse.</li> <li>• Utiliser les occasions existantes, telles que des réunions techniques régulières, des ateliers, des bulletins, des conférences et autres événements semblables pour promouvoir les efforts d'amélioration.</li> </ul>
<p><b>Faciliter la pratique des changements.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentorat par des pairs</li> <li>• Pratique fréquente et brève des compétences</li> </ul>	
<p><b>Surmonter les objections au changement.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des opportunités d'écouter les prestataires.</li> <li>• Affiner davantage le processus pour surmonter les objections.</li> <li>• Démontrer les avantages pour les patients et les prestataires.</li> <li>• Récompenser les prestataires qui s'engagent dans le changement.</li> </ul>	<p><b>Pour surmonter les objections et obtenir un soutien pour le changement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner des exemples — expliquer pourquoi l'amélioration de la qualité est importante.</li> <li>• Lier l'amélioration aux résultats — démontrer comment l'amélioration affecte la santé des patients.</li> <li>• Rendre le changement public — reconnaître les difficultés et les réussites. Organiser une rencontre entre les champions de la qualité, les cadres de la structure et le nouveau personnel.</li> <li>• Informer d'autres personnes extérieures à la structure — communiquer les résultats des changements réussis aux structures voisines.</li> </ul>
<p><b>Faire de l'amélioration un aspect permanent de la routine de la structure.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer les recommandations aux responsables.</li> <li>• Promouvoir les projets d'amélioration dans toute la structure.</li> <li>• Aider à incorporer les changements réussis dans les directives et politiques modifiées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saisir toutes les opportunités de faire participer les responsables aux efforts d'amélioration.</li> <li>• Élaborer des aides de travail (affiches, aide-mémoire) qui incluent les changements réussis des projets.</li> <li>• Élaborer des supports décrivant les changements pour le nouveau personnel.</li> <li>• Lorsque l'équipe aura acquis davantage de compétences pour créer un changement dans la structure, elle pourra envisager de faire un plaidoyer au niveau du district ou au niveau national en faveur du changement.</li> </ul>

## Faire de l'amélioration la norme

Notre plan pour communiquer les changements :

<b>Aux prestataires</b>	
<b>Aux responsables cliniques</b>	
<b>Aux administrateurs</b>	
<b>Aux membres de la communauté</b>	
<b>Aux autres structures</b>	

Nos plans pour la pratique des changements :

Nos plans pour surmonter les objections au changement :

Nos plans pour faire du changement un aspect permanent de la routine de notre structure :

## Remerciements

*Améliorer les soins des mères et des nouveau-nés a été conçu par une équipe interdisciplinaire de médecins, sages-femmes infirmières et éducateurs de la Survive & Thrive Global Development Alliance.*

### *Directeur de la publication*

Carl Bose, MD  
University of North Carolina  
Chapel Hill, NC

### *Directeur-adjoint de la publication*

Jorge Hermida, MD  
University Research Co., LLC  
Quito, Équateur

### *Comité de rédaction*

Jennifer Breads, MSN, MPH  
Jhpiego  
Baltimore, MD

Tamar Chitashvili, MD, MPH&M  
University Research Co., LLC  
Bethesda, MD

Cherrie Evans, DrPH, CNM  
Jhpiego  
Baltimore, MD

Tyler Hartman, MD  
Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
Lebanon, NH

Beena Kamath-Rayne, MD, MPH  
Cincinnati Children's Hospital  
Medical Center  
Cincinnati, OH

Nigel Livesley, MD, MPH  
University Research Co., LLC  
New Delhi, Inde

Susan Niermeyer, MD, MPH  
University of Colorado  
Denver Aurora, CO

Jackie Patterson, MD  
University of North Carolina  
Chapel Hill, NC

Suzanne Stalls, CNM, MA  
American College of Nurse-Midwives  
Silver Spring, MD

### *Illustratrice/Directrice artistique*

Anne Jorunn Svalastog Johnsen  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norvège

### *Illustrateur*

Bjørn Mike Boge  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norvège

### *Rédacteur en chef*

Casey Lowman, MPH  
American Academy of Pediatrics  
Elk Grove Village, IL

### *Réviseur spécial*

Neena Khadka, MBBS, DCH, MA, MPH  
Maternal and Child Survival Program/  
Save the Children  
Washington, DC

*Survive & Thrive et le Comité de rédaction d'Améliorer les soins des mères et des nouveau-nés sont reconnaissants aux personnes suivantes pour le temps précieux qu'elles ont consacré à la revue des supports du programme :*

Sheena Currie, RM, MEd  
Jhpiego  
Baltimore, Maryland

Santorino Data, MD  
Mbarara University of Science and  
Technology  
Mbarara, Ouganda

Ashok Deorari, MD, FAMS  
All India Institute of Medical Sciences  
New Delhi, Inde

Bernhard Fassel, MD  
University of Utah  
Salt Lake City, Utah

Brynjar Foss, PhD  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norvège

Kathleen Hill, MD, MPH  
Maternal and Child Survival Program/  
Jhpiego  
Washington, DC

Lily Kak, PhD  
Mary Ellen Stanton, CNM, MSN, FACNM  
Agence des États-Unis pour le  
développement international  
Washington, DC

Douglas W. Laube, MD, MEd  
University of Wisconsin  
Madison, WI

Jerker Liljestrand, MD, PhD  
Bill and Melinda Gates Foundation  
Seattle, WA

Arti Maria, MD  
Dr. Ram Manohar Lohia Hospital  
New Delhi, Inde

Rajesh Mehta, MD  
Organisation mondiale de la Santé,  
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est  
New Delhi, Inde

Edward Moses, MScPM  
Maikhanda Trust  
Lilongwe, Malawi

Magdalena Serpa, MD, MPH  
PATH  
Washington, DC

Kim Ethier Stover, MA  
University Research Co., LLC  
Bethesda, MD

Michael Visick, MD  
LDS Charities  
Logan, UT

Steve Wall, MD, MS, MSW  
Saving Newborn Lives/  
Save the Children  
Washington, DC

Nabila Zaka, MBBS, PhD  
UNICEF  
New York, NY

### *Traduction par :*

Elizabeth Monnac  
Washington, DC

**Ce travail a été possible grâce aux efforts collaboratifs de la Survive & Thrive Global Development Alliance.**

Nous adressons des remerciements particuliers aux partenaires suivants qui nous ont fourni des conseils stratégiques pour l'élaboration de ces supports : l'American Academy of Pediatrics (AAP), l'American College of Nurse Midwives (ACNM), Jhpiego, Laerdal Global Health, Save the Children, University Research Co, LLC (URC) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).



**USAID**  
DU PEUPLE AMÉRICAIN

**PROJET ASSIST  
DE L'USAID**  
*Application de la Science pour le  
Renforcement et l'Amélioration des Systèmes*

American Academy  
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

  
AMERICAN COLLEGE  
of NURSE-MIDWIVES  
Avec les femmes, pour la vie®

innovating to save lives  
**Jhpiego**  
an affiliate of Johns Hopkins University



**Laerdal**  
helping save lives



**Save the Children®**

*Survive & Thrive est une alliance de partenaires gouvernementaux, d'associations de professionnels de la santé, de partenaires des secteur privé et à but non lucratif, travaillant aux côtés de gouvernements et de professionnels de la santé pour améliorer les résultats de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants grâce à une formation clinique, au renforcement de systèmes et au plaidoyer de politiques. En mettant à profit les ressources et l'expérience combinées d'organisations parmi les plus respectées aux États-Unis et dans le monde en matière de santé maternelle et infantile, Survive & Thrive est en mesure de dynamiser des interventions cruciales de soins de santé pendant la période où les mères et leurs enfants sont les plus vulnérables — de la grossesse à l'accouchement et de l'enfance jusqu'à l'âge de cinq ans — et d'avoir ainsi un impact réel pour l'élimination des décès évitables de mères et d'enfants dans le monde entier.*

*L'Alliance est constituée des organisations partenaires suivantes : USAID, AAP, ACNM, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Heart Association (AHA), Save the Children, International Pediatric Association (IPA), LDS Charities, Laerdal Global Health, Johnson & Johnson, Jhpiego, Project C.U.R.E., Millennium Villages, Global Health Media, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, et le projet Application de la science pour le renforcement et l'amélioration des systèmes (ASSIST) et le programme de Survie maternelle et infantile (MCSP), tous les deux de l'USAID.*

**survive & thrive**

professional associations, private sector and global health scholars  
saving mothers, newborns and children

*L'American Academy of Pediatrics et University Research Co., LLC ont le plaisir de mettre à disposition à des fins de santé publique ce Manuel d'amélioration de la qualité. Le manuel est sous copyright de l'American Academy of Pediatrics (AAP) et d'University Research Co., LLC (URC). Il a été financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) à travers le projet Application de la science pour le renforcement et l'amélioration des systèmes (ASSIST), un projet de l'USAID géré par URC, et en partie par Laerdal Global Health. L'USAID se réserve un droit non exclusif, irrévocable et en franchise de redevance de reproduire, publier ou utiliser ce travail à des fins fédérales et d'autoriser d'autres parties à en faire de même. Le manuel, sous sa forme originale, peut être gratuitement copié et distribué à des fins non commerciales mais il ne peut être utilisé, reproduit, exposé ou exploité pour un avantage commercial, bénéfice ou gain monétaire d'une partie quelconque. Le contenu peut être modifié et adapté sans autorisation, à condition que l'adaptation : 1) reconnaisse le travail original et ses auteurs ; 2) comprenne une déclaration stipulant qu'il s'agit d'un travail adapté et indiquant l'adresse web du travail original ; et 3) que le détenteur du copyright soit informé de l'adaptation. Le contenu du manuel est protégé par les lois de copyright américaines et internationales. Toute publication ou distribution du matériel sous forme électronique ou sur papier à des fins autorisées doit comprendre l'avis de copyright de l'AAP et d'URC et une indication de la source. Les utilisateurs ne peuvent falsifier ou supprimer des informations relatives à la gestion du copyright telles que le titre du document, les attributions d'auteur, l'avis de copyright, les désignations de propriété ou autres renseignements et éléments identifiants contenus dans un fichier qui est téléchargé.*

*survive*  *thrive*

---

professional associations, private sector and global health scholars  
saving mothers, newborns and children

# APPENDICES

---

Améliorer les soins des mères et des nouveau-nés®

**Appendice A.1.** Exercices pratiques en rapport avec le nouveau-né — Guide de l'utilisateur

**Appendice A.2.** Exercices pratiques en rapport avec la mère — Guide de l'utilisateur

**Appendice B.** Outils pour identifier les obstacles

**Appendice C.** Exemples d'indicateurs de processus et de résultat



## APPENDICE A.1

---

Exercices pratiques en rapport avec le nouveau-né — Guide de l'utilisateur

# Étape 1

## Créer une équipe d'amélioration

### Scénario

Après avoir rencontré Seetha et entendu les changements positifs intervenus dans son hôpital, Nirmala retourne sans sa propre structure avec une énergie nouvelle pour améliorer les soins. Chaque année, environ 1 000 enfants naissent à l'hôpital de Nirmala. Les sages-femmes infirmières fournissent des soins prénatals, obstétricaux de base et post-accouchement. Des infirmières diplômées d'État et des aides-soignantes aident pour les soins des suites de couches. Une infirmière gestionnaire major supervise le fonctionnement de la structure et elle est chargée notamment de commander les fournitures. Un pharmacien est sur place. Des élèves infirmières sont habituellement présentes dans la structure. Un médecin gère la salle de travail/d'accouchement, il est disponible pour les urgences mais il ne soigne que des femmes qui présentent des complications. Les mères et les nouveau-nés restent habituellement une heure dans la zone de la salle d'accouchement après la naissance, avant leur transfert en salle des suites de couches. Ils sont normalement autorisés à rentrer à leur domicile de 24 à 48 heures plus tard.

Nirmala veut devenir une championne de la qualité des soins et elle veut créer une équipe d'amélioration de la qualité.

1. **Discuter de la manière dont Nirmala devrait organiser une équipe pour améliorer les soins des mères et des nouveau-nés dans cette structure.**

**Faire la liste des membres de l'équipe et procéder à l'attribution des rôles.**

L'amélioration pourrait inclure des membres qui représentent tous les prestataires de soins aux mères et aux nouveau-nés dans la structure. Une équipe qui comprendrait des infirmières, des aides-soignantes, des élèves infirmières, des sages-femmes infirmières, le médecin et l'infirmière gestionnaire major serait sans doute trop vaste pour bien fonctionner. Une équipe d'amélioration de base plus restreinte (4 à 6 personnes) pourrait comprendre malgré tout un représentant de chaque catégorie de prestataires. D'autres membres pourraient être ajoutés à l'équipe lorsque des pratiques de soins spécifiques sont choisies pour être améliorées (voir Étape 3). Une mère qui a accouché à la structure ou un autre membre de la communauté pourrait représenter le point de vue des familles au sujet des soins.

Réfléchir à qui occuperait les divers rôles au sein de l'équipe. Un ou plusieurs membres de l'équipe peuvent être désignés ou seraient volontaires pour collecter des données, un autre pour prendre des notes ou documenter les activités d'amélioration, et un autre enfin pour communiquer plus largement le processus d'amélioration.

2. **Choisir un chef d'équipe idéal. Expliquer pourquoi vous l'avez choisi.**

Nirmala pourrait être un chef d'équipe idéal car elle veut être une championne de l'amélioration des soins. Un autre professionnel de la santé, par exemple l'infirmière gestionnaire major, pourrait diriger l'équipe. Le médecin serait peut-être moins désirable car il est moins souvent à la structure. Une sage-femme infirmière pourrait être le meilleur choix car elle prodigue des soins aux mères et aux nouveau-nés. Quelle que soit la personne choisie, elle doit être respectée par tous et il faut qu'on lui accorde du temps et des ressources pour assumer ce rôle.

# Étape 2

## Décider ce qu'il faut améliorer

### Scénario relatif au nouveau-né

Pendant une réunion de l'équipe d'amélioration à l'hôpital de Nirmala, les lacunes dans la qualité des soins sont discutées. Les membres de l'équipe n'ont pas conscience d'une sérieuse lacune dans la qualité. Le chef d'équipe suggère d'examiner les données récentes du Registre des accouchements pour déterminer s'il y a une lacune dans la qualité.

1. Utilisant l'exemple de Registre des accouchements (voir page 5), établir une liste des processus de soins et des résultats qui pourraient être utilisés comme indicateurs de la qualité des soins des nouveau-nés.

Processus de soins	Résultats
Pesée du nouveau-né	Faible poids à la naissance
Prise de la température	Température basse du nouveau-né
Administration de vitamine K	Décès du nouveau-né

2. Calculer la fréquence du processus de soins suivant : administration de vitamine K.

Onze nouveau-nés (11/17, soit 65%) ont reçu de la vitamine K. Du fait qu'on pouvait s'attendre à ce que tous les nouveau-nés en reçoivent, cela indique une lacune dans la qualité des soins.

3. Calculer la fréquence de deux résultats : température basse chez le nouveau-né et décès de nouveau-nés.

Des lacunes dans la qualité des soins peuvent également être identifiées en calculant la fréquence des résultats. Neuf nouveau-nés (9/17, soit 53%) avaient une température inférieure à 36,5° C ; un nouveau-né est décédé (1/17, soit 6%). Le pourcentage de nouveau-nés ayant une température basse était élevé, et probablement évitable. Cela représente une lacune dans la qualité des soins. Un décès sur 17 naissances est un chiffre élevé mais qui peut être trompeur compte tenu du petit nombre de naissances. Le décès unique peut être, ou ne pas être, la conséquence d'une lacune dans la qualité des soins.

4. Choisir la lacune dans la qualité à améliorer et enregistrer pourquoi vous avez choisi cette lacune.

L'équipe considère l'importance, le résultat attendu et l'impact de chaque lacune. Elle choisit d'améliorer la basse température chez les nouveau-nés. Elle estime que c'est important car une basse température peut être associée à un décès ou à d'autres complications sérieuses, et elle sait que le taux de décès chez les nouveau-nés dans son hôpital est élevé. Elle estime qu'il serait possible d'améliorer ce résultat et que la moitié de l'ensemble des nouveau-nés a une basse température. Elle prend en compte aussi l'importance et l'impact de l'amélioration de l'administration de la vitamine K. Un tiers seulement des nouveau-nés ne reçoit pas de vitamine K, et la conséquence de ne pas en recevoir, à savoir des saignements chez le nouveau-né, est relativement rare.

5. Rédiger une déclaration d'objectif pour améliorer la température basse chez le nouveau-né.

La déclaration d'objectif devrait inclure les éléments suivants : « qui » (quels patients), « quoi » (le processus ou le résultat amélioré), « combien » (la quantité de l'amélioration souhaitée) et « quand » (l'horizon de l'amélioration). Une déclaration d'objectif possible pour une amélioration en ce qui concerne la température basse chez les enfants nés dans la structure serait : **Nous ramènerons le pourcentage de nouveau-nés ayant une basse température (<36,5° C) de 53% à moins de 10% en six mois.**

« Qui » est le groupe auquel on s'intéresse (les nouveau-nés). « Quoi » est le résultat ou le processus à améliorer (température basse chez le nouveau-né). « Combien » est le changement entre le taux de référence du résultat (53% sur la base du registre) et le but (en l'occurrence, <10%). « Quand » est l'horizon pour le changement (sur une période de six mois dans cet exemple).

REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS												
Nom	Date de naissance	Heure de naissance	Voie d'accouchement	Ocytocine	Perte sang post-partum	Apgars 1,5 min.	Poids	Temp.	Vit. K	Date sortie	Destination nouveau-né	Notes
MSaidow	15-06	00:45	Vag	✓	250	8,9	3400	35.4	✓	15-06	Dom.	
C.Bidi	15-06	06:30	Cés.	✓	450	7,8	2400	34.5	✓	17-06	Dom.	
A.Boucar	15-06	14:30	Vag	✓	200	8,9	2350	35.2		16-06	Dom.	
S.Rashad	16-06	09:20	Vag	✓	200	6,8	3310	36.8	✓	17-06	Dom.	
Z.Salay	16-06	17:50	Vag		350	6,8	2670	37.1	✓	17-06	Dom.	
H.Alat	17-06	02:42	Vag		750	5,7	2740	37.9	✓	19-06	Référé	
C.Sidi	18-06	08:16	Vag	✓	150	8,9	2851	36.8		19-06	Dom.	
R.Aben	18-06	12:25	Vag		400	8,9	2780	37.1	✓	19-06	Dom.	
B.Azava	18-06	13:11	Vag	✓	300	7,8	3500	34.4	✓	20-06	Référé	
Z.Hadifa	19-06	11:13	Vag	✓	200	9,9	3215	35.2	✓	20-06	Dom.	
B.Bayou	20-06	04:07	Vag		750	7,8	2720	37.8		20-06	Dom.	
M.Secleh	20-06	11:48	Vag		150	7,8	1900	34.2		20-06	Décédé	Mère décédée
D.Djibri	21-06	07:38	Vag		350	8,9	2995	36.8		21-06	Dom.	
S.Bintou	21-06	14:26	Vag		1000	7,8	3620	36.4		22-06	Dom.	
S.Bevava	21-06	21:15	Cés.	✓	250	8,9	2780	36.7	✓	22-06	Dom.	
M.Bonou	22-06	18:20	Vag	✓	200	8,9	2618	35.8	✓	23-06	Dom.	
R.Yangre	22-06	22:10	Vag	✓	250	8,9	2651	37.8	✓	24-06	Dom.	

# Étape 3

## Choisir les obstacles à surmonter

### Scénario relatif au nouveau-né

*L'équipe a choisi d'améliorer le résultat de la basse température chez les nouveau-nés. Pour l'aider à comprendre pourquoi les enfants se refroidissent, elle examine toutes les actions des prestataires et/ou tous les processus de soins qui ont lieu dans l'heure faisant suite à la naissance et qui pourraient avoir une incidence sur la température du nouveau-né.*

#### 1. Établir une liste des processus de soins qui pourraient affecter le résultat d'une basse température chez le nouveau-né.

L'équipe réfléchit aux raisons pour lesquelles les nouveau-nés se refroidissent et elle identifie un certain nombre de possibilités. Elles comprennent : la préparation de la zone de la salle d'accouchement (augmenter la température de la salle, éliminer les courants d'air), sécher le nouveau-né immédiatement après la naissance et retirer les linges humides, couvrir le nouveau-né d'un linge sec et le mettre en contact peau à peau avec la mère pendant l'heure suivant la naissance.

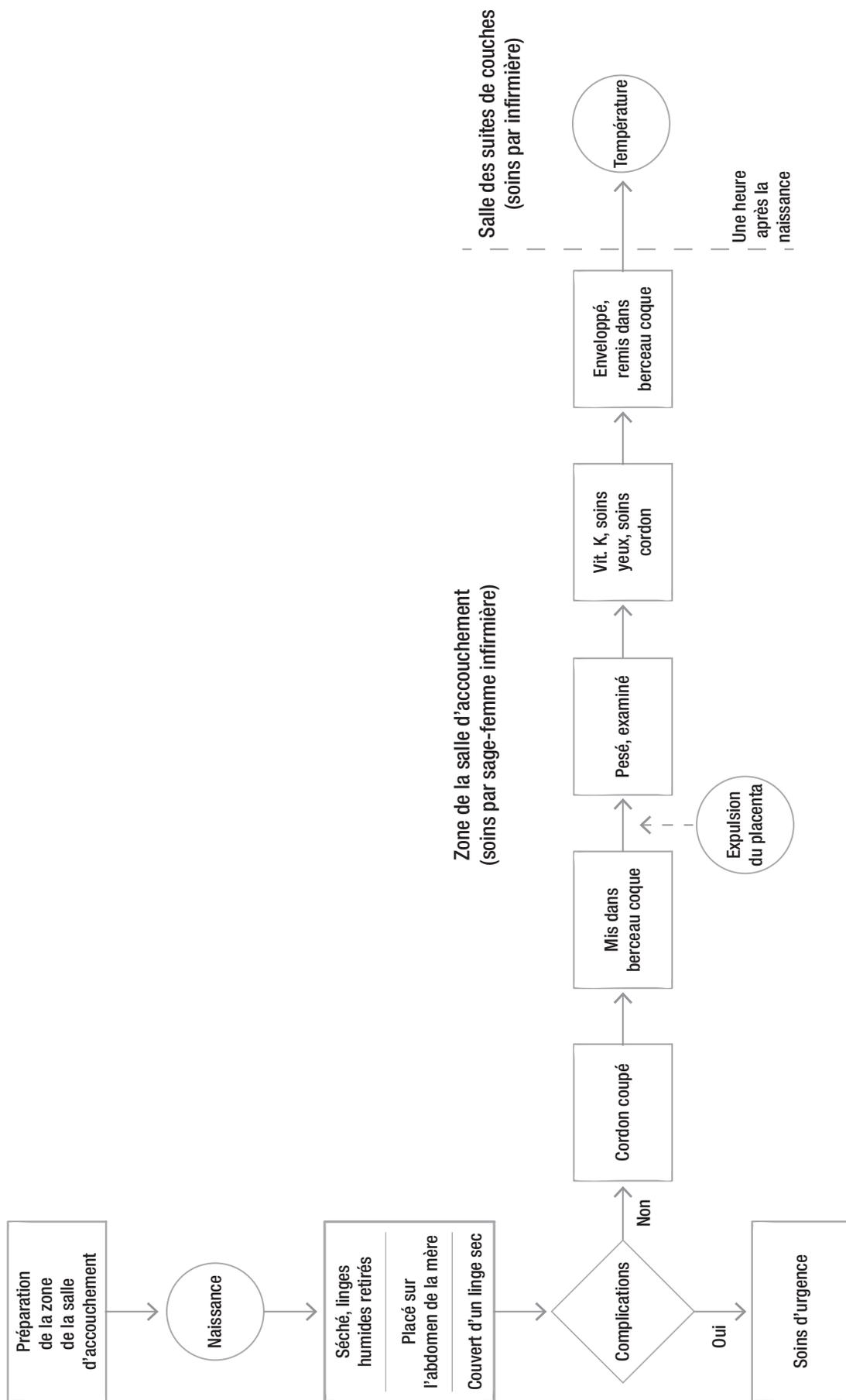
### Scénario relatif au nouveau-né (suite)

*Pour déterminer si les processus de soins qui affectent la température du nouveau-né sont exécutés correctement et régulièrement, l'équipe recueille de plus amples renseignements. Premièrement, elle assiste à plusieurs naissances pour observer les soins dispensés aux mères et aux nouveau-nés. Elle dessine un organigramme (voir page 7) et enregistre d'autres renseignements. Elle apprend que :*

- *La salle où accouchent les mères est préparée correctement.*
- *Immédiatement après la naissance, le nouveau-né est séché, les linges humides sont retirés, le nouveau-né est placé sur l'abdomen de la mère et recouvert d'un linge sec.*
- *Un chariot avec une balance pour nourrissons, de la vitamine K, de la pommade ophtalmique et de la chlorhexidine pour les soins du cordon se trouve dans la zone de la salle d'accouchement.*
- *Après l'expulsion du placenta, le nouveau-né est retiré de sur la mère, pesé, il reçoit de la vitamine K et des soins oculaires, et il est examiné. Le nouveau-né est ensuite enveloppé et placé dans un berceau coque, habituellement 30 minutes environ après la naissance.*
- *Environ une heure après la naissance, le nouveau-né et la mère sont transférés dans la salle des suites de couches. C'est dans cette zone que la température du nouveau-né est prise pour la première fois.*
- *Tous les soins dans la zone de la salle d'accouchement sont effectués par des sages-femmes infirmières. Les soins dans la salle des suites de couches sont assurés par des infirmières.*

*Ensuite, l'équipe examine les directives du ministère pour les soins intra-partum et les soins aux nouveau-nés, et elle compare les directives avec les soins représentés sur son organigramme.*

Organigramme des soins aux nouveau-nés autour de la naissance



## 2. Établir une liste des causes potentielles d'une basse température chez le nouveau-né.

L'équipe détermine que le soin peau à peau n'est pas exécuté correctement car il n'est pas dispensé pendant la première heure faisant suite à la naissance. Tous les autres aspects des soins semblent être dispensés correctement.

### **Scénario relatif au nouveau-né (suite)**

*L'équipe détermine que le processus du soin peau à peau continu pendant l'heure qui suit la naissance n'est pas exécuté correctement car il est interrompu par d'autres pratiques de soins du nouveau-né. C'est une lacune dans la qualité des soins qui est peut-être la cause d'une basse température chez le nouveau-né. L'équipe décide d'améliorer ce processus de soins. Elle doit maintenant déterminer quels sont les obstacles à l'exécution correcte du soin peau à peau.*

*L'équipe interroge les infirmières, les sages-femmes infirmières et deux mères. Elle apprend que :*

- *Certaines prestataires ne sont pas au courant de la recommandation du ministère pour un contact peau à peau continu pendant l'heure qui suit la naissance.*
- *La responsabilité de la pesée, des soins oculaires et des soins du cordon, de l'administration de vitamine K et de l'examen du nouveau-né incombe aux sages-femmes infirmières. Elles veulent effectuer ces tâches immédiatement après la naissance en raison du nombre important d'accouchements et de la nécessité de s'occuper d'autres mères en travail.*
- *Le soin peau à peau n'est permis que lorsque des sages-femmes infirmières sont disponibles pour aider.*
- *Les mères veulent avoir un contact peau à peau avec leur enfant immédiatement après l'accouchement.*

*L'administrateur de la structure soutiendra les changements qui sont conformes aux recommandations du ministère mais l'équipe est informée qu'il n'y a pas de fonds pour recruter du personnel supplémentaire.*

3. Utilisant le tableau ci-dessous, identifier les obstacles aux soins qui pourraient empêcher de mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance et de les y laisser de manière continue pendant au moins une heure.

<b>OBSTACLES LIÉS AUX INTRANTS</b>	<b>OBSTACLES AU PEAU À PEAU IDENTIFIÉS, LIÉS AUX INTRANTS</b>
<i>Manque de connaissances et de compétences</i>	<i>Certaines prestataires ne sont pas au courant de la recommandation du ministère concernant le soin peau à peau.</i>
<i>Pénurie de personnel</i>	<i>Les sages-femmes n'ont pas le temps à la fois d'assister aux accouchements, de repousser d'une heure les soins aux nouveau-nés et de superviser le soin peau à peau.</i>
<i>Fournitures insuffisantes</i>	<i>Aucun ; le soin peau à peau pendant la première heure ne nécessite pas de fournitures.</i>
<i>Infrastructures défavorables</i>	<i>Aucun</i>
<i>Ressources financières inadéquates</i>	<i>Il n'y a pas de fonds pour recruter du personnel supplémentaire.</i>
<i>Traditions et croyances culturelles qui entravent les soins recommandés</i>	<i>Aucun</i>

<b>OBSTACLES LIÉS À L'EXÉCUTION</b>	<b>OBSTACLES AU PEAU À PEAU IDENTIFIÉS, LIÉS À L'EXÉCUTION</b>
<i>Processus mal organisés</i>	<i>L'organisation des soins aux nouveau-nés (l'attribution des tâches) entrave l'exécution correcte du soin peau à peau.</i>
<i>Incitations ne convenant pas</i>	<i>Aucun</i>
<i>Difficultés en rapport avec des cadres et des gestionnaires</i>	<i>Aucun</i>
<i>Convenance des prestataires</i>	<i>Les sages-femmes infirmières n'ont pas toujours le temps de superviser le soin peau à peau pendant une heure.</i>

**4. Choisir les obstacles à surmonter. Prendre en compte l'effet escompté, le coût et la faisabilité de surmonter le ou les obstacles.**

L'équipe reconnaît que les sages-femmes ne sont peut-être pas toujours disponibles pour aider au soin peau à peau et qu'elles ne peuvent pas toujours retarder d'une heure après la naissance l'exécution des pratiques à l'intention des nouveau-nés. Le recrutement de davantage de sages-femmes permettrait de surmonter cet obstacle mais il n'y a pas de fonds pour embaucher du personnel supplémentaire. En conséquence, l'équipe choisit de réorganiser le processus du soin peau à peau. Elle estime que la réorganisation de ce processus aura un effet majeur sur le soin peau à peau, pour un coût très modique. Elle estime que ce serait faisable mais elle doit d'abord réfléchir de manière créative à la manière de procéder.

Toutes les sages-femmes infirmières ne sont pas au courant des avantages du soin peau à peau et des recommandations du ministère, et donc l'équipe choisit aussi d'améliorer les connaissances au sujet des avantages du soin peau à peau.

# Étape 4

## Planifier et tester le changement

### Scénario relatif au nouveau-né

*L'équipe décide de surmonter deux obstacles pour améliorer l'exécution du soin peau à peau. Premièrement, elle décide de réorganiser les pratiques de soins de routine du nouveau-né, de sorte que le processus du soin peau à peau puisse être exécuté correctement. Deuxièmement, elle décide d'enseigner à tout le personnel qui soigne les mères l'importance d'un contact peau à peau entre le nouveau-né et sa mère pendant l'heure qui suit la naissance.*

1. **Élaborer une liste des changements qui pourraient surmonter ces obstacles à l'exécution correcte du soin peau à peau. Choisir un ou plusieurs changements à tester.**

**L'équipe discute des options pour réorganiser les pratiques de soins aux nouveau-nés et le soin peau à peau :**

- Retarder les soins au nouveau-né (pesée, soins des yeux et du cordon, vitamine K et examen) jusqu'à ce que les mères et les nouveau-nés aient été transférés en salle des suites de couches. Transférer la responsabilité de ces pratiques aux infirmières de la salle des suites de couches.
- Lorsque la sage-femme n'est pas disponible, confier aux membres de la famille qui assistent à l'accouchement la responsabilité d'aider au soin peau à peau pendant la première heure.
- Lorsque la sage-femme n'est pas disponible, confier aux élèves infirmières la responsabilité de superviser le soin peau à peau pendant la première heure faisant suite à la naissance.

Parmi ces options, l'équipe choisit la première et la troisième car elles auront un effet majeur et qu'elles sont également réalisables. Il n'y a peut-être pas toujours de membres de la famille qui assistent à la naissance. Ils ne sont peut-être pas au courant du soin peau à peau ou ne se sentent pas à l'aise pour aider.

**L'équipe discute des options pour améliorer les connaissances des prestataires au sujet des directives pour le soin peau à peau :**

- Discuter des directives pour un soin peau à peau précoce, lors d'une réunion mensuelle du personnel.
- Afficher un graphique mural avec les directives dans la zone de la salle d'accouchement.
- Envoyer de temps en temps par SMS un rappel au sujet du soin peau à peau à toutes les prestataires de soins aux nouveau-nés.

L'équipe décide que la première et la deuxième options sont les meilleures et sont peu coûteuses. Ensemble, ses membres atteindront toutes les prestataires de soins aux nouveau-nés. Le troisième choix serait peu coûteux et réalisable mais il serait vraisemblablement moins efficace car quelques prestataires seulement disposent d'un téléphone mobile.

### **Scénario relatif au nouveau-né (suite)**

*L'équipe prévoit de réorganiser ce processus en maintenant les enfants en peau à peau avec leur mère pendant au moins une heure après la naissance. Les soins pendant cette heure seront supervisés par la sage-femme infirmière, avec l'aide d'élèves infirmières. Les soins aux nouveau-nés seront effectués après la première heure et après le transfert en salle des suites de couches par les infirmières qui s'y trouvent. L'équipe prévoit d'améliorer les connaissances au sujet du soin peau à peau précoce en parlant des recommandations lors d'une réunion avec le personnel et en affichant les directives pour ce soin sur le mur de la zone de la salle d'accouchement.*

*Ces changements proposés sont présentés au personnel ; plusieurs sages-femmes infirmières font part de leurs inquiétudes. Elles ne pensent pas que les mères veuillent vraiment être en contact peau à peau avec leur enfant immédiatement après la naissance, et elles ne sont pas convaincues que les élèves infirmières puissent aider pour ce soin. Elles ne sont pas convaincues non plus que les infirmières chargées du suivi post-accouchement exécuteront correctement les pratiques de soins du nouveau-né et qu'elles le feront pour chaque nouveau-né.*

*Avant de tester ce changement à une grande échelle, l'équipe veut s'assurer que le changement est possible. Elle décide de tester le changement à une petite échelle.*

#### **2. Décrire un test limité qui aiderait à déterminer si ce plan pour un changement est réalisable.**

Le test à petite échelle devrait porter sur les inquiétudes exprimées par certaines sages-femmes infirmières. Ce test pourrait impliquer, pendant la durée d'une garde, une sage-femme infirmière qui milite pour ce changement. Elle déléguerait la responsabilité d'aider au soin peau à peau à des élèves infirmières pendant cette garde. Après une heure de soin peau à peau continu, les nouveau-nés seraient transférés en salle des suites de couches. Les infirmières de cette salle seraient informées à l'avance qu'elles auraient à exécuter toutes les pratiques de soins aux nouveau-nés.

Les résultats de ce test à petite échelle pour un changement permettraient de déterminer si : 1) il y avait une heure de soin peau à peau après chaque accouchement ; 2) les mères étaient satisfaites du soin peau à peau ; 3) les élèves infirmières aidaient correctement à ce soin ; et 4) les pratiques de soins des nouveau-nés étaient exécutées par les infirmières des suites de couches. La réussite de ce test à petite échelle ne serait pas déterminée par le nombre de nouveau-nés ayant une température normale. Le but de ce test à petite échelle serait uniquement de déterminer si le changement est réalisable.

### Scénario relatif au nouveau-né (suite)

L'équipe teste le changement à une petite échelle avec une sage-femme infirmière pendant la durée d'une garde. Elle fait les observations suivantes :

- Une élève infirmière a aidé des mères après deux naissances, et les deux mères ont eu une heure ininterrompue de soin peau à peau. Une deuxième élève infirmière a aidé des mères après trois naissances, et deux des mères ont eu une heure ininterrompue de soin peau à peau. Les élèves infirmières ont apprécié d'avoir une responsabilité supplémentaire et de fournir une aide appropriée pour le soin peau à peau.
- Toutes les mères étaient contentes d'avoir un contact peau à peau avec leur enfant.
- Tous les enfants nés pendant la durée de cette garde ont reçu de la vitamine K, des soins oculaires et des soins du cordon, et ils ont été examinés.
- Trois nouveau-nés ont reçu ces soins de la sage-femme infirmière dans la zone de la salle d'accouchement car elle était justement disponible une heure après les naissances.
- Les deux autres nouveau-nés ont reçu ces soins de l'infirmière dans la salle des suites de couches.

Sur la base de ce test limité, l'équipe conclut que le changement semble possible et devrait être testé avec l'ensemble du personnel, mais qu'il devrait être légèrement modifié. Elle estime que toutes les pratiques de soins au nouveau-né devraient être effectuées dans la salle des suites de couches, de sorte que le chariot sur lequel se trouvent la balance pour nourrissons et les fournitures soit déplacé de la zone de la salle d'accouchement à la salle des suites de couches. Elle doit maintenant élaborer un plan pour tester le changement à une plus grande échelle.

3. **Élaborer un plan pour tester le changement à une plus grande échelle. Déterminer quelles actions, qui, quand et quelles ressources sont nécessaires.**

<b>Quelles actions</b>	Les élèves infirmières aideront les mères à fournir un soin peau à peau pendant la première heure faisant suite à la naissance si la sage-femme infirmière n'est pas disponible. Une sage-femme infirmière enseignera à toutes les élèves infirmières comment aider à l'exécution de ce soin. Au bout d'une heure, les mères et les nouveau-nés seront transférés en salle des suites de couches où les infirmières exécuteront toutes les pratiques de soins aux nouveau-nés. Tout le personnel sera mis au courant des changements au cours des deux réunions suivantes du personnel et un rappel sera affiché dans la zone de la salle d'accouchement.
<b>Qui</b>	Toutes les sages-femmes infirmières et les infirmières des suites de couches ; une sage-femme instruira les élèves infirmières.
<b>Quand</b>	À partir du premier du mois et pendant les sept semaines suivantes.
<b>Où</b>	La zone de la salle de travail/d'accouchement et la salle des suites de couches.
<b>Quelles ressources</b>	Les dépenses seront minimales. Il faudra le soutien des sages-femmes et de l'administrateur de la structure.

#### 4. Établir une liste des données à collecter pour comprendre les effets de la réorganisation du processus du soin peau à peau.

- Quelles données montreront que les actions dans le changement se sont produites ? Comment l'équipe recueillera-t-elle ces données ?
- Quelles données montreront que le changement a produit une amélioration ? À supposer que ces données ne figurent pas dans le dossier médical, comment l'équipe les collectera-t-elle ?

#### L'équipe doit d'abord déterminer si le changement s'est produit.

Cela impliquera la collecte d'informations au sujet des élèves infirmières qui aident les mères pour le soin peau à peau et au sujet de l'exécution des pratiques de soins au nouveau-né par les infirmières dans la salle des suites de couches.

- Les informations concernant l'assistance fournie pour le soin peau à peau pourraient être obtenues en interrogeant les élèves infirmières ou en leur faisant tenir une fiche pour cette activité.
- L'information au sujet du moment et de l'endroit où ont lieu les pratiques de soins aux nouveau-nés se trouvent habituellement dans le dossier médical.
- La documentation relative au poids, à l'administration de la vitamine K, aux soins des yeux et du cordon, et à l'examen est indiquée dans le registre avec le temps et le nom du prestataire.
- Un membre de l'équipe est chargé de collecter ces données pour les mères et les nouveau-nés pendant les deux semaines qui précèdent le changement et pendant sept semaines après le changement.

#### L'équipe doit ensuite déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration.

*Est-ce que le changement s'est traduit par une amélioration dans le processus de soins ? Est-ce que davantage de mères ont fourni un soin peau à peau continu pendant l'heure faisant suite à la naissance ?*

Si ces données ne figurent pas dans le dossier médical, l'équipe peut envisager de les collecter autrement :

- Observer des naissances et documenter si un soin peau à peau a été fourni pendant la première heure après la naissance. Étant donné qu'il n'est peut-être pas possible d'observer toutes les naissances, l'équipe pourrait observer un échantillon représentatif de naissances, par exemple un jour par semaine.
- Interroger les mères avant leur sortie et leur demander si les nourrissons ont été mis en contact peau à peau pendant une heure immédiatement après la naissance.
- Ajouter une colonne au Registre des accouchements de la structure pour documenter s'il y a eu un soin peau à peau après la naissance et demander au prestataire de saisir ces données.

*Est-ce que le changement a produit une amélioration en ce qui concerne le résultat d'un plus petit nombre d'enfants ayant une température basse ?*

Ces données se trouvent dans le Registre des accouchements.

#### Enfin, l'équipe doit aussi déterminer si le changement s'est accompagné d'effets négatifs.

Par exemple, elle voudra peut-être déterminer si les nouveau-nés continuent de recevoir de la vitamine K, des soins des yeux, des soins du cordon, et s'ils sont examinés et pesés. L'équipe peut décider de collecter des informations sur seulement une ou deux de ces pratiques. Pour simplifier la collecte de données, on choisira peut-être les pratiques qui sont documentées dans le Registre des accouchements.

# Étape 5

## Déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration

### Scénario relatif au nouveau-né

L'équipe a testé ses changements. Elle trouve qu'il y a eu des changements dans l'organisation des soins après la naissance et dans les connaissances des prestataires. Elle examine maintenant les données pour décider si les changements se sont traduits par une amélioration. L'équipe regarde le nombre de nouveau-nés recevant un soin peau à peau et le nombre de nouveau-nés dont la température est basse. Une nouvelle colonne a été ajoutée au Registre des accouchements dans laquelle les prestataires indiquent si la mère a fourni un soin peau à peau. Un membre de l'équipe indique dans le registre le nombre de nouveau-nés qui ont un soin peau à peau et le nombre de nouveau-nés dont la température est inférieure à 36,5° C, sur une période de neuf semaines (deux semaines avant le changement et sept semaines après le changement).

1. Utiliser les données collectées par le membre de l'équipe (tableau ci-dessous) pour évaluer l'effet des changements visant à améliorer le processus du soin peau à peau et le résultat en rapport avec la basse température chez le nouveau-né. Quel pourcentage d'enfants nés dans la structure chaque semaine a reçu un soin peau à peau pendant la première heure ? Quel pourcentage d'enfants nés dans la structure chaque semaine a eu une température inférieure à 36,5° C ?

Données pour neuf semaines consécutives indiquant le nombre de nouveau-nés recevant un soin peau à peau et leur première température

Semaine	Nombre d'enfants nés vivants dans la structure	Nombre de nouveau-nés avec une température < 36,5° C	Nombre de nouveau-nés ayant reçu un soin peau à peau durant la première heure	% de nouveau-nés dont la température est basse	% de nouveau-nés ayant reçu un soin peau à peau durant la première heure
1	25	17	4	68%	16%
2	18	12	3	66,7%	16,7%
3	20	11	5	55%	25%
4	24	12	13	50%	54,1%
5	19	6	12	31,5%	63,1%
6	16	5	11	31,3%	68,8%
7	22	5	16	22,7%	72,7%
8	24	4	18	16,7%	75%
9	21	2	17	9,7%	81%

Pour déterminer l'effet du **changement** sur l'**exécution** du processus du soin peau à peau, diviser le nombre de nouveau-nés ayant reçu un soin peau à peau chaque semaine par le nombre total d'enfants nés vivants pendant cette semaine.

Pour déterminer l'effet du **changement** sur le **résultat** d'une température basse chez le nouveau-né, diviser le nombre de nouveau-nés ayant une température inférieure à 36,5° C pendant une semaine par le nombre total d'enfants nés vivants dans la structure pendant cette semaine.

**2. Créer un graphique de fréquence-temps pour le processus du soin peau à peau durant la première heure.**

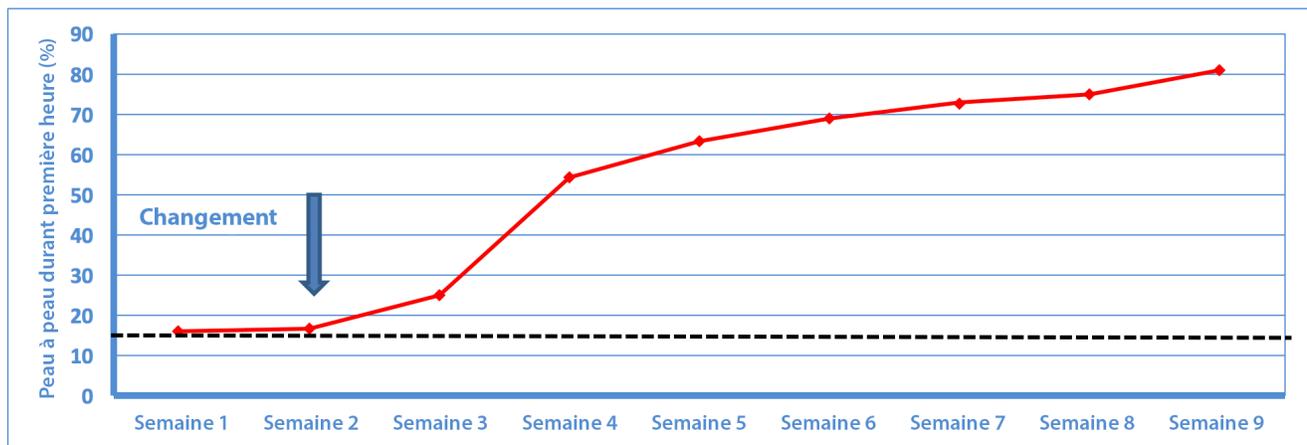
- Porter le moment du changement sur le graphique.
- Déterminer si le changement s’est traduit par une amélioration réelle dans ce processus de soins.
- Déterminer s’il y a un décalage ou une tendance.

**Créer un graphique de fréquence-temps** en portant le pourcentage de nouveau-nés recevant un soin peau à peau sur l’axe vertical et les semaines sur l’axe horizontal. Représenter chaque chiffre dans la colonne appelée « % de nouveau-nés ayant reçu un soin peau à peau pendant la première heure » au moyen d’un point au-dessus de la semaine correspondante sur l’axe horizontal et relier les points par une ligne. Indiquer sur le graphique le moment où le changement s’est produit (après la deuxième semaine). Remarquer que la courbe commence à s’infléchir vers le haut avec le troisième point (la semaine après le changement). Cela semble indiquer une amélioration significative dans le processus mais l’équipe veut faire un test pour confirmer ce qu’elle pense.

**Déterminer s’il y a un décalage** en calculant la médiane avant le changement et en comptant le nombre de points au-dessus de la médiane. Étant donné qu’il n’y a que deux points avant le changement, il n’est pas possible de déterminer exactement une médiane. Toutefois, une valeur d’environ 16% serait une estimation raisonnable de la médiane. Tracer une ligne à ce niveau sur le graphique. Il y a plus de six points au-dessus de la ligne après le changement. Une amélioration a donc été documentée par un décalage dans la courbe.

**Déterminer s’il y a une tendance** après le changement. Une tendance est présente dans ce graphique car il y a cinq points continus sur la courbe qui sont plus élevés que le point après le changement. L’équipe peut conclure qu’il y a eu une amélioration dans le processus de soins.

**Graphique de fréquence-temps du pourcentage de nouveau-nés recevant un soin peau à peau**



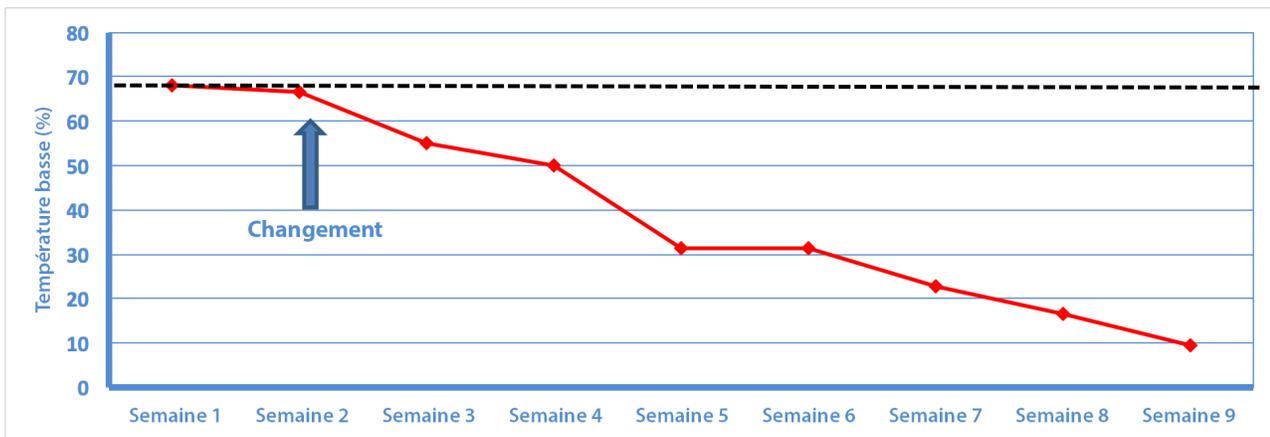
3. **Créer un graphique de fréquence-temps pour le résultat d'une température basse chez le nouveau-né.**  
*Est-ce que le changement — une augmentation du soin peau à peau — a constitué un progrès vers l'atteinte du but de la déclaration d'objectif ?*

**Créer un graphique de fréquence-temps** en portant le pourcentage de nouveau-nés ayant une basse température sur l'axe vertical et les semaines sur l'axe horizontal. Représenter chaque chiffre dans la colonne appelée « % de nouveau-nés ayant une basse température » au moyen d'un point au-dessus de la semaine correspondante sur l'axe horizontal et relier les points par une ligne. Indiquer sur le graphique le moment où le changement s'est produit. Remarquer que la ligne commence à s'infléchir vers le bas avec le troisième point (la semaine après le changement). Le moment de cette amélioration correspond à l'amélioration dans le processus et semble signaler aussi une amélioration significative dans le résultat mais l'équipe utilise les mêmes tests pour confirmer ce qu'elle pense.

**Déterminer s'il y a un décalage** en calculant la médiane avant le changement et en comptant le nombre de points en dessous de la médiane. Utiliser 67% comme estimation de la médiane. Il y a plus de six points en dessous de la médiane après le changement. L'amélioration a donc été documentée par un décalage dans la courbe.

**Déterminer s'il y a une tendance** après le changement. Il y a cinq points continus sur la courbe qui sont tous orientés vers le bas après le changement. En conséquence, l'amélioration a été documentée par une tendance sur la courbe. L'équipe peut donc conclure qu'il y a eu une amélioration dans le résultat.

**Graphique de fréquence-temps du pourcentage de nouveau-nés ayant une température basse**



#### 4. Rédiger une synthèse avec les conclusions du projet d'amélioration pour partager avec le personnel de la structure.

Cette synthèse devrait faire ressortir les points importants concernant ce cycle d'amélioration, résumer les changements qui ont été faits pour améliorer le soin peau à peau et indiquer quelle a été l'ampleur de l'amélioration. L'équipe décide d'afficher les graphiques de fréquence-temps dans la zone de la salle d'accouchement pour que le personnel de la structure puisse apprécier l'amélioration.

---

#### 5. Décider si l'équipe devrait adopter, adapter ou abandonner les changements et pourquoi.

L'organisation du processus du soin peau à peau et l'enseignement aux prestataires de son importance se sont traduits par une amélioration significative du nombre de nourrissons recevant un tel soin pendant la première heure, et par une baisse du taux de nouveau-nés ayant une température basse à la structure. L'équipe adoptera ces changements puisqu'ils ont amélioré le résultat et permis de progresser vers le but de la déclaration d'objectif.

---

#### 6. Supposer que ce changement ait résulté en une amélioration moins importante. Par exemple, supposer que le pourcentage de nouveau-nés ayant une basse température après le changement est de 35%, mais que la pratique du soin peau à peau est de 93%. Quelles sont les explications possibles de cette amélioration insuffisante pour ce qui est de la basse température chez le nouveau-né ?

Il ne serait pas inhabituel qu'un seul cycle de changement produise une certaine amélioration, sans que l'amélioration atteigne le niveau spécifié dans la déclaration d'objectif. Au nombre des explications possibles :

- Les données décrivant le soin peau à peau sont inexactes. Il est possible que les mères n'aient pas mis le nouveau-né en contact peau à peau aussi souvent que rapporté.
- Des élèves infirmières ne sont parfois pas disponibles pour aider les mères avec le soin peau à peau.
- Le soin peau à peau est interrompu pour d'autres processus de soins tel que la pesée ou l'examen du nouveau-né.
- Les températures ne sont pas prises ou ne sont pas enregistrées de manière exacte.
- Les nouveau-nés se refroidissent pour d'autres raisons. Par exemple, ils ne sont pas complètement séchés ou des linges mouillés ne sont pas retirés de sur le nouveau-né.

Ces possibilités devraient être examinées. Un nouveau changement peut être planifié et testé afin d'améliorer le résultat.

# Étape 6

## Faire de l'amélioration la norme

### Scénario

*L'équipe était enthousiasmée par les améliorations qui ont résulté de son projet. La plupart des prestataires ont facilement adopté les changements mais d'autres ont résisté. L'équipe se réunit pour discuter de ce qu'elle doit faire ensuite.*

#### 1. Discuter de la façon dont l'équipe pourrait communiquer les changements qui ont produit une amélioration.

L'équipe décide de partager les résultats de son projet d'amélioration avec les autres prestataires lors d'une réunion du personnel. Elle choisit d'exposer les graphiques de fréquence-temps dans un endroit bien placé où le personnel peut les voir. L'équipe montre aussi ses graphiques de fréquence-temps à l'administrateur de la structure. Elle espère que cela encouragera l'administrateur à célébrer et à reconnaître sa réussite, et peut-être aussi à trouver pour elle des ressources complémentaires pour le travail d'amélioration. L'administrateur voudra peut-être aussi informer le Ministère de la santé de l'amélioration. Le ministère voudra peut-être lier la structure sanitaire qui réussit avec une structure qui a du mal à améliorer ce résultat pour permettre aux deux structures de collaborer et d'apprendre l'une de l'autre.

#### 2. Si l'équipe a choisi un processus pour une amélioration qui nécessite des compétences difficiles ou compliquées (par exemple, la ventilation au ballon et au masque), comment pourrait-elle faciliter la mise en pratique de cette compétence ?

Les membres de l'équipe d'amélioration peuvent travailler aux côtés d'autres prestataires dans la structure et servir de modèles pour le processus de soins choisi en vue d'une amélioration. L'équipe peut organiser des séances de pratique brèves et fréquentes des compétences. Par exemple, les prestataires peuvent pratiquer la ventilation au ballon et au masque par groupe de deux au début de chaque période de garde. Si les prestataires ont du mal avec cette compétence, l'équipe pourrait arranger une supervision de soutien de cette activité par un prestataire plus expérimenté, une fois par semaine pendant un mois.

#### 3. Que peut faire l'équipe pour impliquer des personnes qui ont résisté au changement ? Avec un partenaire, faire un jeu de rôle sur la manière dont un membre de l'équipe pourrait convaincre un prestataire récalcitrant de changer et de participer avec le reste du personnel aux activités d'amélioration.

Commencer par écouter attentivement les raisons pour lesquelles le prestataire ne soutient pas les changements. Aider le prestataire à comprendre pourquoi les changements bénéficient aux mères, aux nouveau-nés et aux prestataires eux-mêmes. Expliquer pourquoi les changements économisent du temps et facilitent le travail. Les prestataires qui tardent à adopter le changement peuvent également être persuadés par le nombre des autres membres du personnel qui modifient leurs pratiques. Célébrer les bons résultats avec des histoires et des images et féliciter les prestataires qui réussissent à changer de comportement peut contribuer à renforcer le soutien en faveur du changement. Les mères qui ont bénéficié du changement peuvent le faire savoir à d'autres mères de la communauté et les encourager à participer à la nouvelle activité.

#### 4. Quelles autres actions pourrait effectuer l'équipe pour pérenniser le changement ? Que pourrait-elle recommander aux responsables de la structure afin de pérenniser l'amélioration ?

L'équipe voudra communiquer les résultats de son projet d'amélioration et ses recommandations aux responsables de la structure. Par exemple, pour soutenir l'amélioration, elle peut recommander d'ajouter de nouveaux éléments à la liste de contrôle des accouchements utilisée par le personnel. L'équipe pourrait aussi recommander que l'on modifie la description de poste des sages-femmes infirmières, des infirmières et autres personnels pour refléter le changement dans leurs responsabilités. Elle pourrait inclure l'enseignement de leurs responsabilités pour tous les nouveaux employés et stagiaires. L'équipe peut continuer de suivre ses progrès au moyen de graphiques de fréquence-temps pour s'assurer que les taux améliorés ne diminuent pas.



## APPENDICE A.2

---

Exercices pratiques en rapport avec la mère — Guide de l'utilisateur

# Étape 1

## Créer une équipe d'amélioration

### Scénario

Après avoir rencontré Seetha et entendu les changements positifs intervenus dans son hôpital, Nirmala retourne sans sa propre structure avec une énergie nouvelle pour améliorer les soins. Chaque année, environ 1 000 enfants naissent à l'hôpital de Nirmala. Les sages-femmes infirmières fournissent des soins prénatals, obstétricaux de base et post-accouchement. Des infirmières diplômées d'État et des aides-soignantes aident pour les soins des suites de couches. Une infirmière gestionnaire major supervise le fonctionnement de la structure et elle est chargée notamment de commander les fournitures. Un pharmacien est sur place. Des élèves infirmières sont habituellement présentes dans la structure. Un médecin gère la salle de travail/d'accouchement, il est disponible pour les urgences mais il ne soigne que des femmes qui présentent des complications. Les mères et les nouveau-nés restent habituellement une heure dans la zone de la salle d'accouchement après la naissance, avant leur transfert en salle des suites de couches. Ils sont normalement autorisés à rentrer à leur domicile de 24 à 48 heures plus tard.

Nirmala veut devenir une championne de la qualité des soins et elle veut créer une équipe d'amélioration de la qualité.

1. **Discuter de la manière dont Nirmala devrait organiser une équipe pour améliorer les soins des mères et des nouveau-nés dans cette structure. Faire la liste des membres de l'équipe et procéder à l'attribution des rôles.**

L'amélioration pourrait inclure des membres qui représentent tous les prestataires de soins aux mères et aux nouveau-nés dans la structure. Une équipe qui comprendrait des infirmières, des aides-soignantes, des élèves infirmières, des sages-femmes infirmières, le médecin et l'infirmière gestionnaire major serait sans doute trop vaste pour bien fonctionner. Une équipe d'amélioration de base plus restreinte (4 à 6 personnes) pourrait comprendre malgré tout un représentant de chaque catégorie de prestataires. D'autres membres pourraient être ajoutés à l'équipe lorsque des pratiques de soins spécifiques sont choisies pour être améliorées (voir Étape 3). Une mère qui a accouché dans la structure ou un autre membre de la communauté pourrait représenter le point de vue des familles au sujet des soins.

Réfléchir à qui occuperait les divers rôles au sein de l'équipe. Un ou plusieurs membres de l'équipe peuvent être désignés ou seraient volontaires pour collecter des données, un autre pour prendre des notes ou documenter les activités d'amélioration, et un autre enfin pour communiquer plus largement le processus d'amélioration.

2. **Choisir un chef d'équipe idéal. Expliquer pourquoi vous l'avez choisi.**

Nirmala pourrait être un chef d'équipe idéal car elle veut être une championne de l'amélioration des soins. Un autre professionnel de la santé, par exemple l'infirmière gestionnaire major, pourrait diriger l'équipe. Le médecin serait peut-être moins désirable car il est moins souvent à la structure. Une sage-femme infirmière pourrait être le meilleur choix car elle prodigue des soins aux mères et aux nouveau-nés. Quelle que soit la personne choisie, elle doit être respectée par tous et il faut qu'on lui accorde du temps et des ressources pour assumer ce rôle.

# Étape 2

## Décider ce qu'il faut améliorer

### Scénario relatif à la mère

Pendant une réunion de l'équipe d'amélioration, les lacunes dans la qualité des soins maternels sont discutées. Les membres de l'équipe n'ont pas conscience d'une sérieuse lacune dans la qualité. Le chef d'équipe suggère d'examiner les données récentes du Registre des accouchements pour déterminer s'il y a une lacune dans la qualité.

1. Utilisant l'exemple de Registre des accouchements (ci-dessous), établir une liste des processus de soins et des résultats qui pourraient être utilisés comme indicateurs de la qualité des soins maternels.

### Exemple de Registre des accouchements

REGISTRE DES ACCOUCHEMENTS												
Nom	Date de naissance	Heure de naissance	Voie d'accouchement	Ocytocine	Perte sang post-partum	Apgars 1,5 min.	Poids	Temp.	Vit. K	Date sortie	Destination nouveau-né	Notes
MSaidou	15-06	00:45	Vag	✓	250	8,9	3400	35.4	✓	15-06	Dom.	
C.Bidi	15-06	06:30	Cés.	✓	450	7,8	2400	34.5	✓	17-06	Dom.	
A.Boucar	15-06	14:30	Vag	✓	200	8,9	2350	35.2		16-06	Dom.	
S.Rashed	16-06	09:20	Vag	✓	200	6,8	3310	36.8	✓	17-06	Dom.	
Z.Salou	16-06	17:50	Vag		350	6,8	2670	37.1	✓	17-06	Dom.	
H.Alati	17-06	02:42	Vag		750	5,7	2740	37.9	✓	19-06	Référé	
C.Sidi	18-06	08:16	Vag	✓	150	8,9	2851	36.8		19-06	Dom.	
R.Abou	18-06	12:25	Vag		400	8,9	2780	37.1	✓	19-06	Dom.	
B.Azava	18-06	13:11	Vag	✓	300	7,8	3500	34.4	✓	20-06	Référé	
Z.Halifa	19-06	11:13	Vag	✓	200	9,9	3215	35.2	✓	20-06	Dom.	
B.Bayou	20-06	04:07	Vag		750	7,8	2720	37.8		20-06	Dom.	
M.Seclab	20-06	11:48	Vag		150	7,8	1900	34.2		20-06	Décédé	Mère décédée
D.Djibri	21-06	07:38	Vag		350	8,9	2995	36.8		21-06	Dom.	
S.Bintou	21-06	14:26	Vag		1000	7,8	3620	36.4		22-06	Dom.	
S.Berara	21-06	21:15	Cés.	✓	250	8,9	2780	36.7	✓	22-06	Dom.	
M.Bonou	22-06	18:20	Vag	✓	200	8,9	2618	35.8	✓	23-06	Dom.	
R.Yaouya	22-06	22:10	Vag	✓	250	8,9	2651	37.8	✓	24-06	Dom.	

La page de l'exemple du Registre des accouchements comprend 12 catégories de renseignements (champs de données), à partir desquelles on peut identifier des indicateurs de résultat et de processus. Le registre comprend deux processus de soins maternels : l'administration d'ocytocine et les pertes de sang post-partum (indiquant qu'une estimation du volume des pertes de sang a été faite). Deux résultats en rapport avec les mères figurent dans le Registre des accouchements : les décès maternels et la voie d'accouchement (accouchement vaginal ou par césarienne). Les mères ayant une hémorragie du post-partum peuvent également être identifiées par le fait qu'elles ont perdu plus de 500 ml de sang après l'accouchement.

<b>Processus de soins</b>	<b>Résultats</b>
Administration d'ocytocine	Hémorragie du post-partum
Estimation des pertes de sang post-partum	Voie d'accouchement
	Décès maternel

**2. Calculer la fréquence de deux processus de soins : administration d'ocytocine et mesure des pertes de sang.**

Les lacunes dans la qualité des soins peuvent être identifiées en calculant la fréquence à laquelle les processus de soins sont effectués correctement. Dix mères (10/17, soit 59%) ont reçu de l'ocytocine. Toutes les mères devraient recevoir de l'ocytocine et ces données indiquent donc une lacune dans la qualité des soins.

**3. Calculer la fréquence du résultat suivant pour la mère : hémorragie du post-partum (perte de sang > 500 ml).**

Des lacunes dans la qualité des soins peuvent être identifiées en calculant la fréquence à laquelle se produit le résultat. Trois mères (3/17, soit 18%) ont eu des pertes de sang estimées à plus de 500 ml et elles ont donc eu une hémorragie du post-partum. Ce pourcentage de mères ayant une hémorragie du post-partum est élevé et ce résultat pourrait probablement être évité. En conséquence, il représente une lacune dans la qualité des soins.

**4. Choisir la lacune dans la qualité à améliorer et enregistrer pourquoi vous avez choisi cette lacune.**

L'équipe envisage des critères pour choisir une lacune dans la qualité à améliorer : le résultat attendu, l'importance et l'impact. Elle choisit d'améliorer l'administration d'ocytocine immédiatement après la naissance car elle estime qu'il sera possible d'améliorer ce processus de soins. Ce processus est important car le traitement à l'ocytocine est connu pour diminuer l'hémorragie du post-partum qui peut entraîner un décès ou d'autres complications graves. Elle sait aussi qu'il y a plus d'une hémorragie du post-partum par semaine dans son hôpital et que c'est la principale cause de décès maternels.

**5. Rédiger une déclaration d'objectif pour améliorer l'administration d'ocytocine après la naissance afin de prévenir une hémorragie du post-partum.**

La déclaration d'objectif devrait comprendre les éléments suivants : « qui » (quels patients), « quoi » (le processus ou le résultat amélioré), « combien » (la quantité de l'amélioration souhaitée) et « quand » (l'horizon de l'amélioration). Une déclaration d'objectif possible pour l'administration de l'ocytocine après toutes les naissances serait :

**Nous porterons le pourcentage de femmes qui reçoivent de l'ocytocine immédiatement après la naissance de 59% à 95% en six mois.**

« Qui » est la population concernée (femmes). « Quoi » est le résultat ou le processus à améliorer (administration d'ocytocine après la naissance). « Combien » est le changement entre la base de référence du résultat (59% sur la base de l'échantillon décrit dans le registre) et un but pour l'administration (par exemple, 95%). « Quand » est l'horizon pour le changement (par exemple, sur une période de six mois en l'occurrence).

# Étape 3

## Choisir les obstacles à surmonter

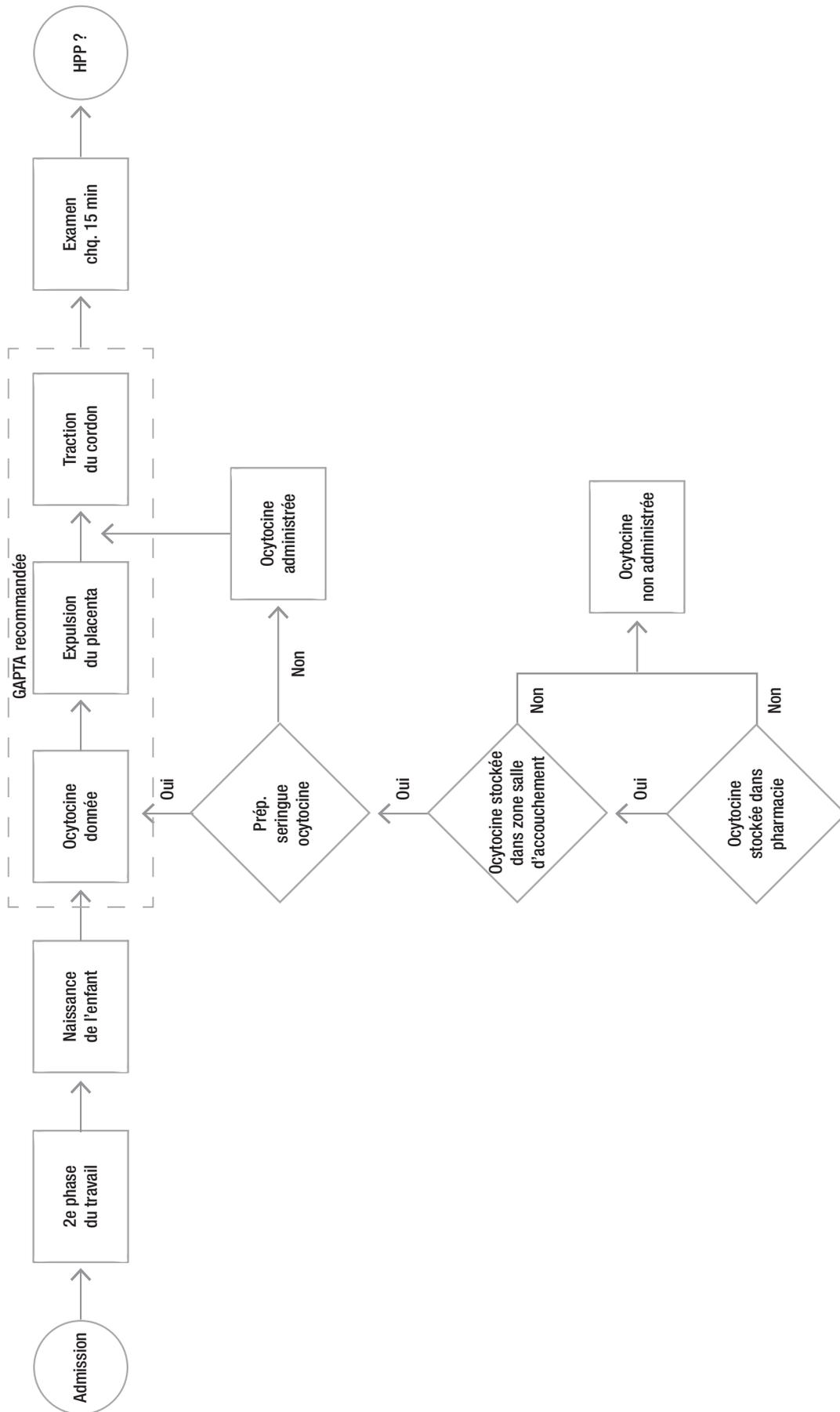
### Scénario relatif à la mère

*L'équipe a choisi d'améliorer l'administration de l'ocytocine après la naissance pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. Pour l'aider à comprendre pourquoi cette pratique n'est pas exécutée après chaque naissance, elle observe plusieurs naissances et crée un organigramme des soins que les mères reçoivent au moment de l'accouchement (voir page 25). L'organigramme montre deux choses : 1) les événements et les actions qui concernent la mère avant et autour du moment de l'accouchement ; et 2) les actions requises pour s'assurer que de l'ocytocine parvienne au chevet des parturientes et qu'elle soit administrée rapidement après l'accouchement. L'équipe examine aussi les directives du ministère pour les soins des mères pendant la naissance.*

#### 1. Établir une liste des actions qui pourraient affecter l'administration recommandée d'ocytocine.

Sur la base du soin qui est illustré dans l'organigramme, l'équipe pourrait identifier un nombre d'actions qui empêchent que toutes les mères soient traitées à l'ocytocine au moment approprié. Ces éléments comprennent : 1) la disponibilité d'ocytocine à la pharmacie ; 2) le maintien d'un stock d'ocytocine dans la zone de la salle d'accouchement ; 3) la préparation de la seringue d'ocytocine en temps voulu ; et 4) l'administration d'ocytocine immédiatement après la naissance d'un enfant.

Organigramme des soins aux mères autour de la naissance



## Scénario relatif à la mère (suite)

L'équipe rassemble de plus amples renseignements au sujet de l'administration de l'ocytocine. Elle interroge deux sages-femmes, l'infirmière major principale et le pharmacien.

Elle apprend que :

### Approvisionnement de la structure en ocytocine

- L'ocytocine est fournie gratuitement par le ministère à l'hôpital et elle est toujours disponible à la pharmacie.

### Approvisionnement de la zone de la salle d'accouchement en ocytocine

- L'ocytocine et les seringues sont stockées dans une pièce adjacente à la salle d'accouchement. Le stock est reconstitué par l'infirmière en charge lorsqu'il ne reste plus de flacons dans l'armoire.

### Préparation de seringues pour l'injection

- Pendant la deuxième phase de l'accouchement, la sage-femme prépare une seringue d'ocytocine.
- Si le produit est préparé avant l'accouchement, il est presque toujours administré immédiatement après la naissance de l'enfant.
- Seules les sages-femmes sont autorisées à préparer l'ocytocine pour son administration. Le service est parfois tellement débordé que les sages-femmes n'ont pas le temps d'aller jusqu'à l'armoire et de préparer la seringue préalablement à une naissance.

### Autres difficultés

- Certaines sages-femmes ne sont pas au courant de la recommandation du ministère pour l'administration de l'ocytocine immédiatement après la naissance.
- Parfois, en particulier pendant la nuit, la sage-femme n'a pas le temps de préparer une seringue d'ocytocine car elle est la seule prestataire à couvrir la zone de la salle de travail/d'accouchement.
- Des aides-soignantes sont affectées à la zone de la salle de travail/d'accouchement en permanence, jour et nuit.
- L'administrateur de la structure soutiendra les changements qui sont conformes aux recommandations du ministère mais il n'y a pas de fonds pour recruter du personnel supplémentaire.

**2. Utiliser le tableau ci-dessous pour identifier les obstacles qui pourraient entraver l'administration d'ocytocine immédiatement après la naissance.**

<b>OBSTACLES LIÉS AUX INTRANTS</b>	<b>OBSTACLES À L'ADMINISTRATION D'OCYTOCYNE IDENTIFIÉS, LIÉS AUX INTRANTS</b>
<i>Manque de connaissances et de compétences</i>	Certaines prestataires ne sont pas au courant de l'utilisation recommandée d'ocytocine.
<i>Pénurie de personnel</i>	Du fait de leurs autres responsabilités, les sages-femmes n'ont parfois pas le temps de préparer des seringues d'ocytocine avant un accouchement.
<i>Fournitures insuffisantes</i>	Aucun ; la pharmacie a toujours de l'ocytocine.
<i>Infrastructures défavorables</i>	Aucun
<i>Ressources financières inadéquates</i>	Il n'y a pas de fonds pour recruter du personnel supplémentaire.
<i>Traditions et croyances culturelles qui entravent les soins recommandés</i>	Aucun

<b>OBSTACLES LIÉS À L'EXÉCUTION</b>	<b>OBSTACLES À L'ADMINISTRATION D'OCYTOCYNE IDENTIFIÉS, LIÉS À L'EXÉCUTION</b>
<i>Processus mal organisés</i>	Deux aspects de l'administration d'ocytocine ne sont pas bien organisés : l'approvisionnement de la zone de la salle d'accouchement et la préparation de seringues avant chaque naissance.
<i>Incitations ne convenant pas</i>	Aucun
<i>Difficultés en rapport avec des cadres et des gestionnaires</i>	Aucun
<i>Convenance des prestataires</i>	Aucun

**3. Choisir les obstacles à surmonter. Prendre en compte l'effet escompté, le coût et la faisabilité de surmonter le ou les obstacles.**

L'équipe choisit deux des obstacles : le manque de connaissances et la mauvaise organisation du processus. Elle estime que surmonter ces obstacles aura un effet important sur l'administration de l'ocytocine. Ces obstacles ne seront pas coûteux à surmonter et l'équipe estime qu'ils pourraient être surmontés. Elle sait qu'il n'est pas possible de recruter davantage de personnel et elle essaie donc d'améliorer le traitement à l'ocytocine sans changement dans les effectifs.

# Étape 4

## Planifier et tester le changement

### Scénario relatif à la mère

*L'équipe décide de surmonter deux obstacles pour améliorer l'administration de l'ocytocine. Premièrement, elle décide de réorganiser le processus d'administration de l'ocytocine en s'assurant que le médicament se trouve dans la salle d'accouchement et qu'il est préparé avant chaque naissance pour être injecté. Deuxièmement, elle décide d'améliorer les connaissances des prestataires au sujet de la recommandation du ministère pour l'administration de l'ocytocine immédiatement après la naissance.*

1. *Établir une liste des changements qui pourraient permettre de surmonter ces obstacles à l'administration de l'ocytocine. Choisir un ou plusieurs changements à tester.*

*L'équipe discute d'options pour réorganiser les actions requises pour préparer une seringue d'ocytocine pour chaque naissance, notamment :*

- *L'infirmière en charge fera le point des fournitures dans l'armoire chaque matin pour s'assurer qu'il y a suffisamment d'ocytocine disponible pour la journée et pour la nuit. L'équipe d'amélioration examinera le Registre des accouchements pour estimer le nombre moyen de naissances par 24 heures pour aider à déterminer la quantité d'ocytocine qu'il faudrait normalement.*
- *L'aide-soignante affectée à la zone de la salle de travail/accouchement sera chargée de mettre un flacon d'ocytocine et une seringue à côté de la trousse d'accouchement pour chaque mère au moment de l'admission.*
- *L'équipe d'amélioration passera en revue les directives du ministère et les preuves qui soutiennent l'utilisation d'ocytocine lors des deux réunions suivantes du personnel.*

*L'équipe décide que chacune de ces options est réalisable.*

### Scénario relatif à la mère (suite)

*L'équipe prévoit de réorganiser ce processus. L'infirmière en charge sera responsable d'évaluer le stock d'ocytocine et de demander les flacons et seringues nécessaires pour chaque journée. Sur la base d'un examen du Registre des accouchements, l'équipe estime qu'il y a environ trois naissances par jour. Elle recommande donc qu'il y ait chaque matin un stock de quatre flacons et de quatre seringues dans l'armoire. L'aide-soignante qui est affectée à la zone de la salle de travail/d'accouchement, placera un flacon d'ocytocine et une seringue à côté de la trousse d'accouchement de chaque mère au moment de l'admission. L'infirmière en charge rencontrera l'aide-soignante au début de sa période de garde pour passer en revue avec elle ses responsabilités afin de s'assurer qu'un flacon et qu'une seringue soient placés avec la trousse d'accouchement. L'équipe envisage d'améliorer les connaissances au sujet de l'administration de l'ocytocine en parlant des recommandations lors d'une réunion du personnel et en affichant les directives sur le mur de la zone de la salle d'accouchement.*

*Ces changements proposés sont présentés au personnel ; plusieurs sages-femmes infirmières font part de leurs inquiétudes. Elles craignent qu'il n'y ait peut-être pas d'ocytocine disponible pour les femmes ayant une hémorragie du post-partum, si l'on donne de l'ocytocine à toutes les femmes. Elles craignent aussi qu'il n'y ait pas d'aides-soignantes disponibles, en particulier la nuit, et elles sont contrariées d'avoir à assumer des responsabilités supplémentaires.*

*Avant de tester ce changement à une grande échelle, l'équipe veut s'assurer que le changement est possible. Elle décide de le tester à une petite échelle.*

## 2. Décrire un test limité qui aiderait à déterminer si le plan pour un changement est réalisable.

Le plan pour tester à une petite échelle les changements proposés devrait cibler les préoccupations exprimées par certaines des sages-femmes et la faisabilité des changements. Ce test devrait impliquer deux sages-femmes qui militent pour ce changement, les infirmières en charge et les aides-soignantes pendant deux périodes de garde. L'infirmière en charge pour la garde de jour mettrait dans l'armoire quatre flacons d'ocytocine et quatre seringues. Elle rappellerait à l'aide-soignante qu'il lui incombe de mettre un flacon et une seringue à côté de la trousse d'accouchement pour chaque mère.

Le résultat de ce test à petite échelle serait déterminé sur la base des points suivants : 1) la disponibilité du médicament dans l'armoire ; 2) sa préparation et sa disponibilité dans la salle d'accouchement ; 3) son administration. Ce test à petite échelle a pour but simplement de déterminer si le changement est réalisable, et non pas si le traitement a été effectué après toutes les naissances ou s'il y a une diminution des hémorragies du post-partum.

### **Scenario relatif à la mère (suite)**

*L'équipe teste le changement à une petite échelle avec deux sages-femmes pendant une journée. Elle fait les observations suivantes :*

- *C'était une journée particulièrement chargée avec six naissances.*
- *De l'ocytocine était disponible au chevet des parturientes et quatre mères en ont reçu.*
- *Une naissance a eu lieu presque immédiatement après la précédente. La sage-femme a pu préparer la seringue et administrer de l'ocytocine car il y en avait de disponible au chevet des parturientes.*
- *L'équipe a interrogé les aides-soignantes. Celles-ci étaient contentes de leurs nouvelles responsabilités.*

*Sur la base de ce test limité, l'équipe a conclu que le changement semblait possible et devrait être testé avec l'ensemble du personnel, mais elle voulait d'abord modifier légèrement le plan. Elle savait qu'il fallait augmenter le stock d'ocytocine dans l'armoire pour faire face aux besoins lorsqu'il y avait de nombreuses naissances mais elle ne voulait pas avoir un stock trop important dans l'armoire. Étant donné que l'armoire n'est pas réfrigérée, les flacons qui y restent plus de 24 heures doivent être jetés. L'équipe envisage de porter l'approvisionnement quotidien à cinq flacons, et le stock dans l'armoire sera vérifié deux fois par jour par l'infirmière en charge. La date et l'heure auxquelles le flacon est mis dans l'armoire sont écrites sur chaque flacon. L'équipe doit maintenant élaborer un plan pour tester le changement à une plus grande échelle.*

**3. Élaborer un plan pour tester le changement à une plus grande échelle. Identifier quelles actions, qui, quand, où et quelles ressources sont nécessaires.**

<b>Quelles actions</b>	L'infirmière en charge chaque jour placera les cinq flacons et seringues dans l'armoire de la zone de la salle d'accouchement chaque jour ; l'infirmière en charge pour la soirée s'assurera qu'un stock suffisant est disponible pour le service de nuit. Elle informera l'aide-infirmière qu'elle devra mettre un flacon et une seringue à côté de la trousse d'accouchement de chaque nouvelle admission.
<b>Qui</b>	Toutes les sages-femmes infirmières, les infirmières en charge et les aides-soignantes.
<b>Quand</b>	À partir du premier du mois, en pendant les sept semaines suivantes.
<b>Où</b>	Le service de maternité.
<b>Quelles ressources</b>	Pas de nouvelles ressources. On cherchera à obtenir le soutien des sages-femmes, du dispensaire et de l'administrateur de la structure.

**4. Établir une liste des données à collecter pour comprendre les effets de la réorganisation du processus d'administration de l'ocytocine.**

- Quelles données montreront que les actions dans le changement ont eu lieu ? Comment l'équipe collectera-t-elle ces données ?
- Quelles données montreront que le changement s'est traduit par une amélioration ? À supposer que ces données ne figurent pas dans le dossier médical, comment l'équipe les collectera-t-elle ?

**L'équipe doit d'abord déterminer si le changement s'est produit.** Cela comprendra la collecte d'informations concernant la disponibilité de flacons d'ocytocine dans l'armoire et au chevet des parturientes au moment de l'accouchement. Ces données ne figurent dans aucun des dossiers existants. L'équipe pourrait décider d'élaborer une fiche d'enregistrement qui serait placée dans l'armoire. L'infirmière en charge indiquerait le nombre de flacons qui se trouvent dans l'armoire au début de la période de garde et combien de flacons ont été ajoutés au stock. Une liste de contrôle pourrait être placée au chevet de la parturiente avec la trousse d'accouchement, et la disponibilité d'ocytocine et d'une seringue pourrait y être ajoutée. Un membre de l'équipe d'amélioration serait chargé de collecter ces données pendant les deux semaines qui précèdent le changement et pendant sept semaines après le changement.

**L'équipe doit ensuite déterminer si le changement s'est traduit par une augmentation du pourcentage de mères recevant de l'ocytocine.** Ces données existent dans le Registre des accouchements.

**L'équipe voudra aussi savoir si le changement s'est traduit par une diminution du pourcentage de mères ayant une hémorragie du post-partum.** Ces données se trouvent dans le Registre des accouchements.

**Enfin, l'équipe doit aussi déterminer si le changement a eu des effets négatifs.** Par exemple, elle voudra peut-être déterminer combien d'ocytocine a été jetée. Elle pourrait obtenir cette information en comparant le nombre total de flacons fournis à la zone de la salle d'accouchement au nombre total de mères traitées. Elle voudra peut-être aussi s'assurer que le traitement de toutes les femmes n'ait pas épuisé le stock d'ocytocine dans la pharmacie et que l'augmentation de l'ocytocine utilisée n'ait pas occasionné de difficultés budgétaires pour la pharmacie.

# Étape 5

## Déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration

### Scénario relatif à la mère

L'équipe a mis au point une fiche d'enregistrement sur laquelle les infirmières en charge notent la disponibilité des flacons d'ocytocine dans l'armoire au début de chaque période de garde. Un examen de ces fiches a confirmé qu'il y avait toujours de l'ocytocine disponible dans la zone de la salle d'accouchement. L'équipe a ajouté également sur la liste de contrôle de l'accouchement une case à cocher pour le flacon et la seringue d'ocytocine. L'examen de la liste de contrôle confirme qu'il y avait de l'ocytocine disponible pour pratiquement tous les accouchements. L'équipe en conclut que les changements ont eu lieu.

L'équipe examine ensuite les données pour déterminer si les changements se sont traduits par une amélioration. Elle doit décider si davantage de mères ont reçu de l'ocytocine et si moins de mères ont eu une hémorragie du post-partum. À partir du Registre des accouchements, un membre de l'équipe enregistre le nombre de femmes qui ont reçu de l'ocytocine et le nombre de femmes qui ont eu une hémorragie du post-partum sur une période de neuf semaines (deux semaines avant le changement et sept semaines après le changement) pour déterminer s'il y a eu une amélioration.

1. Utiliser les données collectées par le membre de l'équipe (tableau ci-dessous) pour évaluer l'effet du changement visant à améliorer le processus d'administration de l'ocytocine et le résultat pour l'hémorragie du post-partum. Quel pourcentage de femmes donnant naissance à la structure chaque semaine a reçu de l'ocytocine ? Quel pourcentage de femmes donnant naissance à la structure chaque semaine a eu une hémorragie du post-partum ?

**Données pour neuf semaines consécutives indiquant le nombre de femmes recevant de l'ocytocine après la naissance et le nombre d'hémorragies du post-partum**

Semaine	Nombre de femmes qui accouchent	Nombre de femmes recevant de l'ocytocine	Nombre de femmes ayant une HPP	Pourcentage de femmes recevant de l'ocytocine	Pourcentage de femmes ayant une HPP
1	25	13	4	52%	16%
2	18	8	3	44%	16,6%
3	20	12	3	60%	15%
4	24	17	3	71%	12,5%
5	19	15	2	78,9%	10,5%
6	16	14	1	87,5%	6,2%
7	22	20	1	90,9%	4,5%
8	24	21	2	87,5%	8,3%
9	21	20	1	95,2%	4,7%

## 2. Créer un graphique de fréquence-temps pour le processus de l'administration de l'ocytocine.

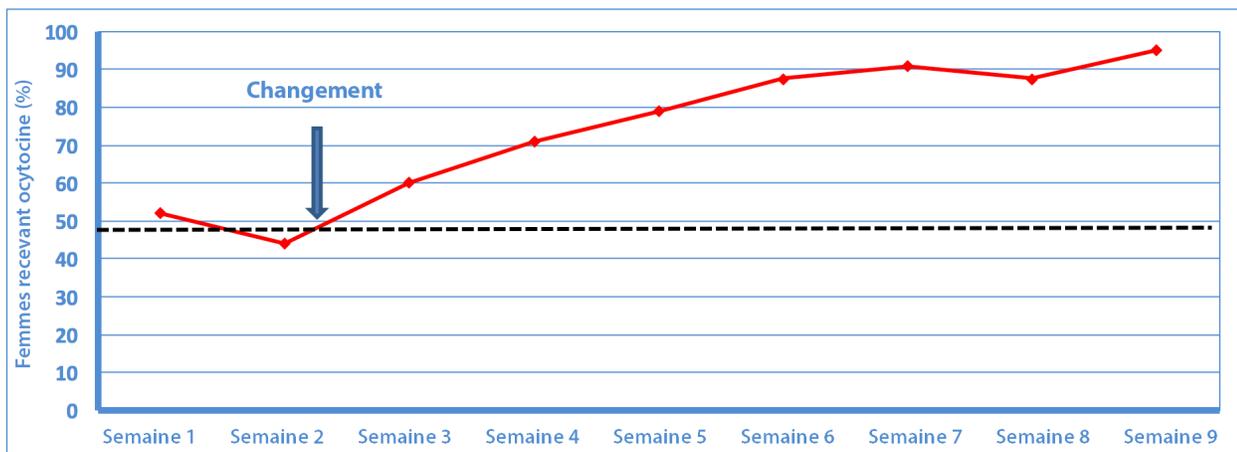
- Marquer sur le graphique le moment du changement.
- Déterminer si le changement s'est traduit par une amélioration réelle dans ce processus de soins.
- Déterminer s'il s'agit d'un décalage ou d'une tendance.

**Créer un graphique de fréquence-temps** en portant sur l'axe vertical le pourcentage de femmes recevant de l'ocytocine et les semaines sur l'axe horizontal. Représenter chacun des chiffres dans la colonne appelée « % de femmes recevant de l'ocytocine » au moyen d'un point au-dessus de la semaine correspondante sur l'axe horizontal et relier les points par une ligne. Indiquer sur le graphique le moment où s'est produit le changement (après la deuxième semaine). Remarquer que la courbe commence à s'infléchir vers le haut avec le troisième point (la semaine après le changement). Cela semble indiquer une amélioration significative dans le processus mais l'équipe veut faire un test pour confirmer ce qu'elle pense.

**Déterminer s'il y a un décalage** en calculant la médiane avant le changement et en comptant le nombre de points au-dessus de la médiane. Étant donné qu'il n'y a que deux points avant le changement, il n'est pas possible de déterminer exactement une médiane. Toutefois, une valeur d'environ 48% serait une estimation raisonnable de la médiane, à mi-chemin entre les deux valeurs. Tracer une ligne à ce niveau sur le graphique. Il y a plus de six points au-dessus de la courbe après le changement. Une amélioration a donc été documentée par un décalage dans la courbe.

**Déterminer s'il y a une tendance** après le changement. Une tendance est présente dans ce graphique car il y a cinq points continus sur la courbe qui sont plus élevés que le point après le changement. L'équipe peut conclure qu'il y a eu une amélioration dans le processus de soins.

### Graphique de fréquence-temps du pourcentage de femmes recevant de l'ocytocine



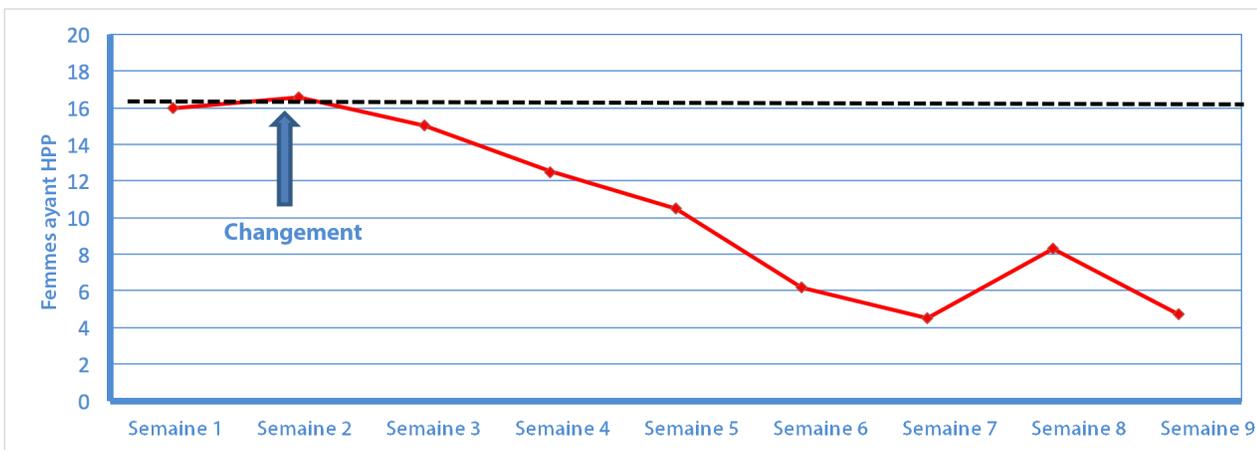
**3. Créer un graphique de fréquence-temps pour le résultat de l'hémorragie du post-partum. Est-ce que le résultat du changement — une diminution des hémorragies du post-partum — a constitué un progrès vers l'atteinte du but de la déclaration d'objectif ?**

**Créer un graphique de fréquence-temps** en portant sur l'axe vertical le pourcentage de femmes ayant une hémorragie du post-partum et les semaines sur l'axe horizontal. Représenter chacun des chiffres dans la colonne appelée « % de femmes ayant une hémorragie du post-partum » au moyen d'un point au-dessus de la semaine correspondante sur l'axe horizontal et relier les points par une ligne. Indiquer sur le graphique le moment où le changement s'est produit. Remarquer que la courbe commence à s'infléchir vers le bas avec le troisième point (la semaine après le changement). Le moment de cette amélioration correspond à l'amélioration du processus et semble indiquer également une amélioration significative dans le processus, mais l'équipe peut utiliser les mêmes tests pour confirmer ce qu'elle pense.

**Déterminer s'il y a un décalage** en calculant la médiane avant le changement et en comptant le nombre de points en dessous de la médiane. Utiliser 16% comme estimation de la médiane. Il y a plus de six points en dessous du pourcentage après le changement. Une amélioration a donc été documentée par un décalage dans la courbe.

**Déterminer s'il y a une tendance** après le changement. Il y a cinq points continus sur la courbe qui sont tous orientés vers le bas après le changement. Une amélioration a donc été documentée par une tendance sur la courbe. L'équipe peut conclure qu'il y a eu une amélioration dans le résultat.

**Graphique de fréquence-temps du pourcentage de femmes ayant une hémorragie du post-partum**



**4. Rédiger une synthèse avec les conclusions du projet d'amélioration pour les partager avec le personnel de la structure.**

La synthèse devrait faire ressortir les points importants concernant ce cycle d'amélioration, résumer les changements qui ont été faits pour améliorer l'administration de l'ocytocine après la naissance, et indiquer quelle a été l'ampleur de l'amélioration. L'équipe pourrait décider d'afficher le graphique de fréquence-temps dans la zone de la salle d'accouchement pour que le personnel puisse apprécier l'amélioration.

**5. Décider si l'équipe devrait adopter, adapter ou abandonner les changements et pourquoi.**

L'organisation du processus d'administration de l'ocytocine et l'enseignement aux prestataires de son importance ont produit une amélioration significative du nombre de femmes recevant de l'ocytocine et diminué le pourcentage des hémorragies du post-partum dans la structure. L'équipe adoptera ces changements puisqu'ils ont amélioré le résultat et permis de progresser vers le but de la déclaration d'objectif.

**6. Supposer que le changement ait résulté en une amélioration moins importante. Par exemple, supposer que l'amélioration du traitement à l'ocytocine n'ait été que de 75%. Quelles sont les explications possibles de cette amélioration insuffisante ?**

Il ne serait pas inhabituel qu'un seul cycle de changement produise une certaine amélioration, sans que l'amélioration atteigne le niveau d'amélioration spécifié dans la déclaration d'objectif. Au nombre des explications possibles :

- Les données qui documentent l'administration de l'ocytocine se sont pas exactes.
- Une aide-soignante n'est peut-être pas disponible pour toutes les périodes de garde.
- Certaines des aides-soignantes, mais pas toutes, comprennent qu'il leur incombe d'avoir à mettre un flacon et une seringue à côté de la trousse d'accouchement.
- Même lorsque les fournitures se trouvent au chevet des parturientes au moment de la naissance, les sages-femmes n'ont pas toujours le temps de prélever et d'injecter le produit.

**7. Supposer qu'il y ait eu une amélioration pour l'administration de l'ocytocine mais que le pourcentage de femmes ayant eu une hémorragie du post-partum n'ait pas diminué. Quelles sont les explications possibles de ce manque d'amélioration ?**

Avec un seul cycle de changement, les chances d'une amélioration du résultat sont moindres. On trouvera ci-après des explications possibles à ce manque d'amélioration pour ce qui est de l'hémorragie du post-partum :

- Les pertes de sang sont surestimées ; il y a eu en réalité moins d'hémorragies du post-partum que rapporté.
- L'ocytocine était habituellement administrée plus d'une minute après la naissance.
- D'autres pratiques qui diminuent le risque d'une hémorragie du post-partum (par exemple, le massage utérin et la surveillance du tonus utérin après la naissance) n'étaient pas exécutées.

Ces possibilités devraient être examinées. Un nouveau changement peut être planifié et testé afin d'améliorer le résultat.

# Étape 6

## Faire de l'amélioration la norme

### Scénario

*L'équipe était enthousiasmée par les améliorations qui ont résulté de son projet. La plupart des prestataires ont facilement adopté les changements mais d'autres ont résisté. L'équipe se réunit pour discuter de ce qu'elle doit faire ensuite.*

#### 1. Discuter de la façon dont l'équipe pourrait communiquer les changements qui ont produit une amélioration.

L'équipe décide de partager les résultats de son projet d'amélioration avec les autres prestataires lors d'une réunion du personnel. Elle choisit d'exposer les graphiques de fréquence-temps dans un endroit bien placé où le personnel peut les voir. L'équipe montre aussi ses graphiques de fréquence-temps à l'administrateur de la structure. Elle espère que cela encouragera l'administrateur à célébrer et à reconnaître sa réussite, et peut-être aussi à trouver pour elle des ressources complémentaires pour le travail d'amélioration. L'administrateur voudra peut-être aussi d'informer le Ministère de la santé de l'amélioration. Le ministère voudra peut-être lier la structure sanitaire qui réussit à une structure qui a du mal à améliorer ce résultat pour permettre aux deux structures de collaborer et d'apprendre l'une de l'autre.

#### 2. Si l'équipe a choisi un processus pour une amélioration qui nécessite des compétences difficiles ou compliquées (par exemple, la ventilation au ballon et au masque), comment pourrait-elle faciliter la mise en pratique de cette compétence ?

Les membres de l'équipe d'amélioration peuvent travailler aux côtés d'autres prestataires dans la structure et servir de modèle pour le processus de soins choisi en vue d'une amélioration. L'équipe peut organiser des séances de pratique brèves et fréquentes des compétences. Par exemple, les prestataires peuvent pratiquer la ventilation au ballon et au masque par groupe de deux au début de chaque période de garde. Si les prestataires ont du mal avec cette compétence, l'équipe pourrait arranger une supervision de soutien de cette activité par un prestataire plus expérimenté, une fois par semaine pendant un mois.

#### 3. Que peut faire l'équipe pour impliquer des personnes qui ont résisté au changement ? Avec un partenaire, faire un jeu de rôle sur la manière dont un membre de l'équipe pourrait convaincre un prestataire récalcitrant de changer et de participer avec le reste du personnel aux activités d'amélioration ?

Commencer par écouter attentivement les raisons pour lesquelles le prestataire ne soutient pas les changements. Aider le prestataire à comprendre en quoi les changements bénéficient aux mères aux nouveau-nés et aux prestataires eux-mêmes. Expliquer en quoi les changements économisent du temps et facilitent le travail. Les prestataires qui tardent à adopter le changement peuvent également être persuadés par le nombre des autres membres du personnel qui changent leurs pratiques.

Célébrer les bons résultats avec des histoires et des images et féliciter les prestataires qui réussissent à changer de comportement peut contribuer à renforcer le soutien en faveur du changement. Les mères qui ont bénéficié du changement peuvent le faire savoir à d'autres mères de la communauté et les encourager à participer à la nouvelle activité.

**4. Quelles autres actions pourrait effectuer l'équipe pour pérenniser le changement ? Que pourrait-elle recommander aux responsables de la structure afin de pérenniser l'amélioration ?**

L'équipe voudra communiquer les résultats de son projet d'amélioration et ses recommandations aux responsables de la structure. Par exemple, pour soutenir l'amélioration, elle peut recommander d'ajouter de nouveaux éléments à la liste de contrôle des accouchements utilisée par le personnel. L'équipe pourrait aussi recommander que l'on modifie la description de poste des sages-femmes infirmières, des infirmières et autres personnels pour refléter le changement dans leurs responsabilités. Elle pourrait inclure l'enseignement de ces responsabilités pour tous les nouveaux employés et stagiaires. L'équipe peut continuer de suivre ses progrès au moyen de graphiques de fréquence-temps pour s'assurer que les taux améliorés ne diminuent pas.

## **A P P E N D I C E B**

---

**Appendice B.1.** Le diagramme en arête de poisson

**Appendice B.2.** Analyse de la cause fondamentale par la méthode des Cinq pourquoi

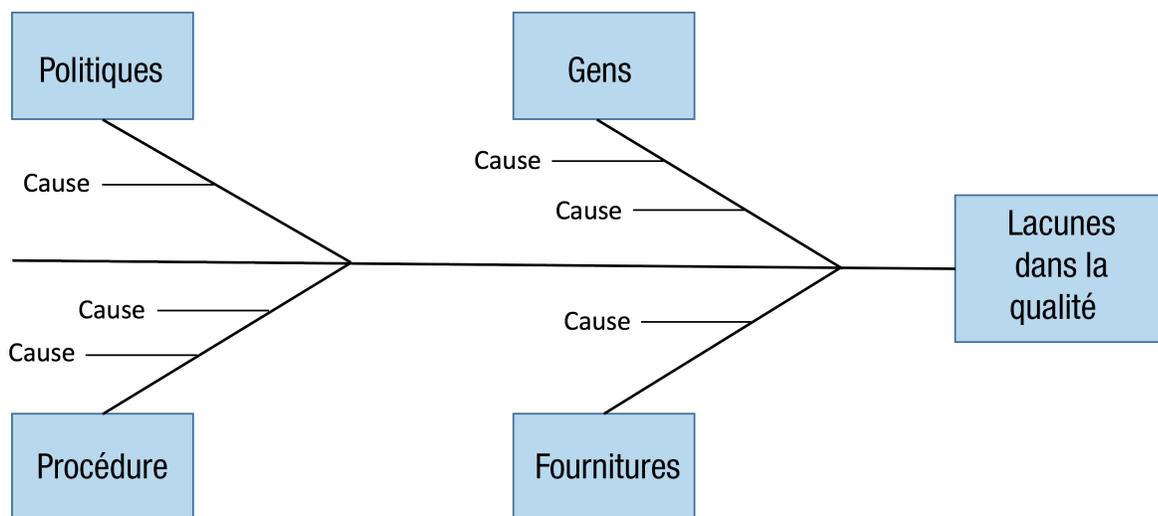
## Appendice B: Outils pour identifier les obstacles

### Appendice B.1. Le diagramme en arête de poisson

Le diagramme en arête de poisson est utilisé pour identifier les causes d'une lacune dans la qualité des soins. Il est particulièrement utile lorsqu'une lacune a plusieurs causes ou obstacles contribuant à un problème. Cet outil trie les causes potentielles par domaines typiques ou aspects généraux des soins (par exemple, les politiques, les gens, les procédures et les fournitures). Les équipes utilisent l'outil en listant les causes ou les obstacles potentiels qui contribuent à la lacune dans la qualité pour chaque domaine. Ces éléments constituent les petites arêtes du poisson. Une fois que toutes les causes potentielles auront été listées, celles qui pourraient avoir l'impact le plus important ou qui sont les plus faciles à corriger peuvent être identifiées.

#### Comment élaborer un graphique en arête de poisson :

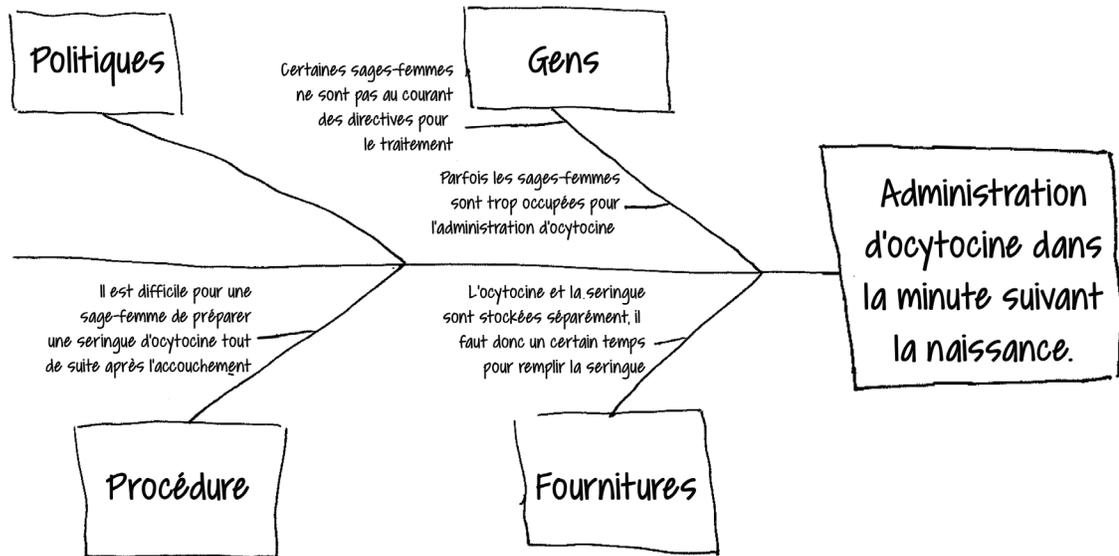
1. Tracer une ligne horizontale. À un bout (correspondant à la « tête » du poisson), écrire la lacune dans la qualité que vous voulez améliorer.
2. Tracer ensuite des lignes diagonales (« arêtes ») à partir de la ligne horizontale jusqu'aux cases. Dans chaque case, écrire le nom du domaine ou de l'aspect majeur des soins (voir figure).
3. Pour chaque domaine, identifier un ou plusieurs problèmes ou obstacles potentiels qui pourraient provoquer la lacune que vous cherchez à améliorer.



#### EXEMPLE :

Les sages-femmes d'un hôpital de district ont récemment passé en revue les soins fournis aux mères autour de la période de la naissance. Elles ont découvert que seulement la moitié des mères étaient traitées avec un utérotonique (ocytocine) dans la minute faisant suite à la naissance. Elles dessinent un diagramme en arête de poisson pour les aider à identifier les obstacles au traitement. (voir page suivante).

## Diagramme en arête de poisson : Obstacles au traitement à l'ocytocine après la naissance



L'équipe identifie plusieurs obstacles à l'administration d'ocytocine dans la minute faisant suite à la naissance :

- Manque de connaissances concernant le traitement
- Personnel insuffisant pour permettre aux sages-femmes de prodiguer des soins aux mères et aux nouveau-nés et de toujours administrer de l'ocytocine
- Processus de traitement mal organisé : l'ocytocine et la seringue ne sont pas stockées au même endroit ; la seringue n'est remplie d'ocytocine qu'après l'accouchement

L'identification de ces obstacles aidera l'équipe à élaborer un plan pour améliorer le traitement à l'ocytocine.

## Appendice B.2. Analyse d'une cause fondamentale par la méthode des Cinq pourquoi

*La technique des « Cinq pourquoi » est utilisée pour identifier la cause fondamentale d'une lacune dans la qualité des soins. Elle est parfois utilisée avec d'autres outils, par exemple un organigramme, pour aider à découvrir la cause la plus vraisemblable de la lacune.*

### **Comment utiliser les Cinq pourquoi :**

1. Commencer par demander pourquoi vous avez un problème.
2. Demander ensuite le pourquoi de la réponse donnée et continuer de répéter ces questions jusqu'à ce que vous découvriez la cause fondamentale du problème.
3. Élaborer un plan pour remédier à cette cause fondamentale.

### **Remarques :**

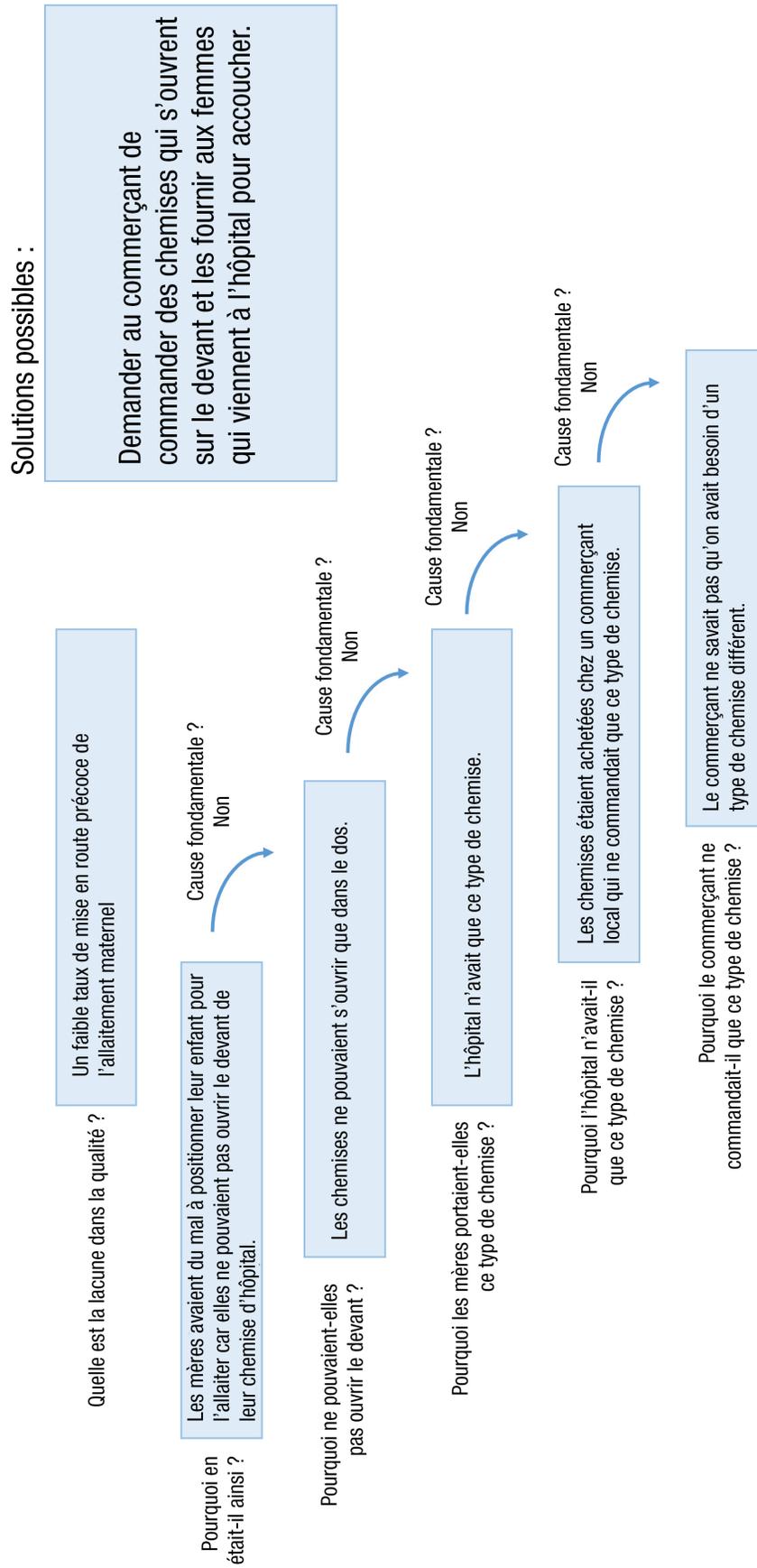
- Il n'y a rien de curieux à demander pourquoi cinq fois de suite. Continuer de demander jusqu'à ce que vous soyez sûr d'avoir découvert la cause fondamentale du problème. Il faudra peut-être poser la question moins de cinq fois, ou parfois plus de cinq fois.
- Une difficulté possible à laquelle vous pourriez vous heurter en utilisant cet outil est qu'il n'aboutit pas toujours à une réponse utile ou qu'il pourrait vous amener à identifier des problèmes qui échappent à votre contrôle et ne peuvent être résolus.

### **Exemple (adapté de « Improving Quality of Healthcare ; Implementation Guide » par ASSIST Inde<sup>1</sup>) :**

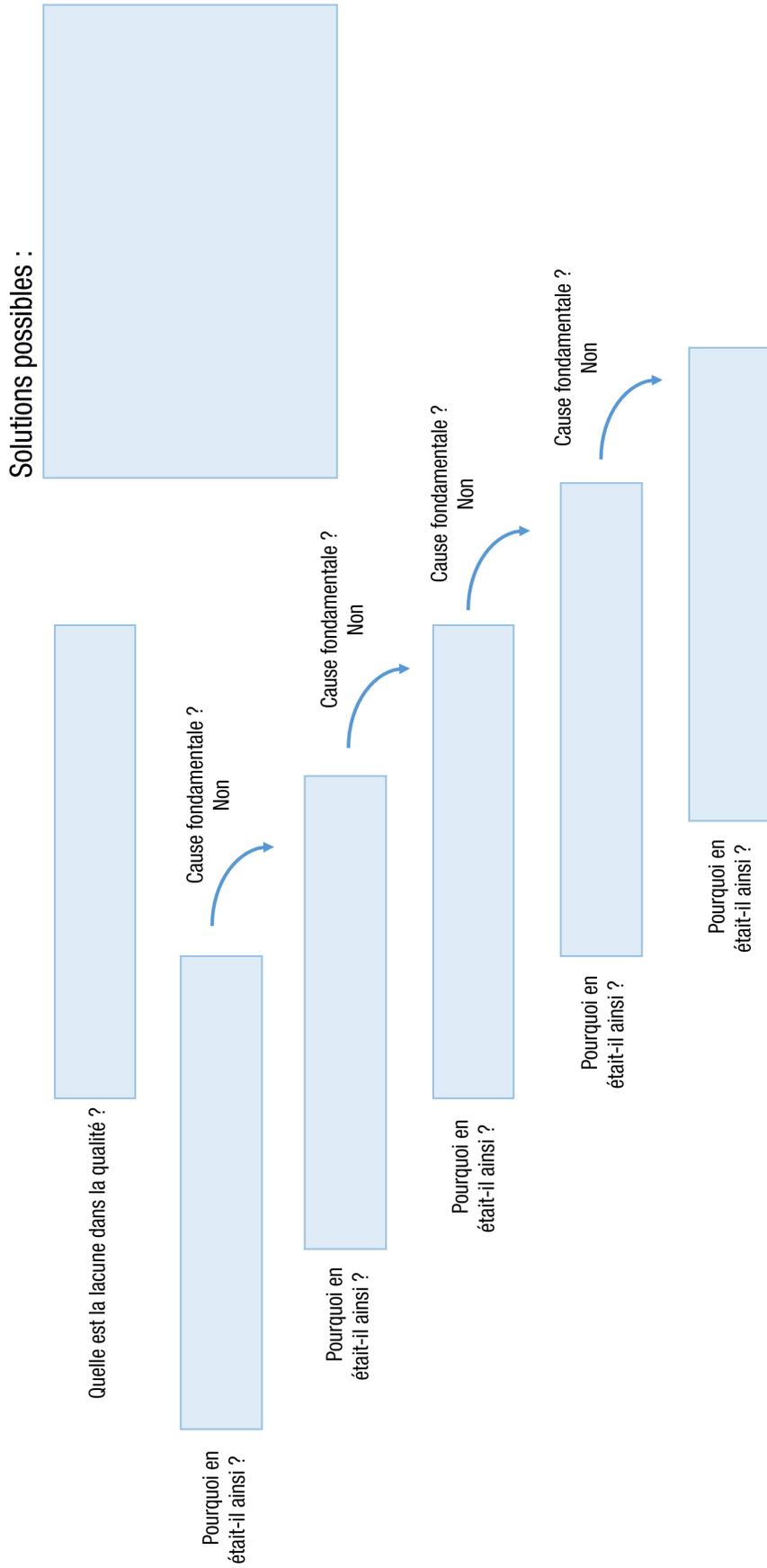
Les mères qui accouchent dans un petit hôpital de district ont un faible taux de mise en route précoce de l'allaitement maternel, bien qu'on leur en ait expliqué l'importance. Pour identifier la cause de ce faible taux, l'équipe d'amélioration a utilisé l'analyse des Cinq pourquoi. Elle a d'abord demandé aux femmes pourquoi elles n'avaient pas initié l'allaitement maternel peu après la naissance. Elle a appris que les mères ne pouvaient pas positionner facilement leur nourrisson au sein car elles ne pouvaient pas ouvrir le devant de leur chemise d'hôpital. Lorsque l'équipe a appris cette réponse, elle a posé quatre questions supplémentaires et découvert la cause fondamentale de cette lacune dans la qualité (voir graphique de la page suivante). La cause fondamentale suggère une solution simple au problème).

<sup>1</sup>Singh R, Singh M, Jha R, Sharma P, Livesley N. 2016. *Improving Quality in Healthcare : A practical guide for health care providers. Technical report. Publié par le projet ASSIST de l'USAID. Bethesda, MD : University Research Co., LLC (URC).*

## Appendice B.2. Analyse d'une cause fondamentale par la méthode des Cinq pourquoi



### Appendice B.2. Feuille d'analyse d'une cause fondamentale par la méthode des Cinq pourquoi



## **APPENDICE C.**

---

Exemples d'indicateurs de processus et de résultat

Type d'indicateur	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Pertinence par rapport aux cadres de suivi mondiaux
<b>Évaluation et traitement de routine des femmes</b>				
<i>Indicateur de processus</i>	% de toutes les femmes accouchant à la structure sanitaire dont la progression du travail a été correctement suivie et documentée au moyen d'un partogramme avec un plan d'action de 4 heures <sup>1</sup>	Nombre de femmes accouchant à la structure sanitaire dont la progression du travail a été correctement suivie et documentée au moyen d'un partogramme avec un plan d'action de 4 heures	Nombre total de femmes accouchant à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 7 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.1a)
<i>Indicateur de processus</i>	% de toutes les femmes accouchant à la structure sanitaire qui ont reçu de l'ocytocine dans la minute faisant suite à la naissance de leur enfant	Nombre de femmes accouchant à la structure sanitaire qui ont reçu de l'ocytocine dans la minute faisant suite à la naissance de leur enfant	Nombre total de femmes accouchant à la structure durant la période étudiée	Indicateur de résultat n° 9 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.1a)
<i>Indicateur de résultat</i>	Taux mortinaissances	Nombre d'enfants sans signes de vie, d'un poids d'au moins 1 000 grammes, ou à plus de 28 semaines de gestation	Pour un total de 1 000 naissances (vivantes et mortinaissances) à la structure sanitaire	Indicateur d'impact ENAP (Plan d'action Chaque nouveau-né)
<i>Indicateur de résultat</i>	Taux mortalité néonatale	Nombre d'enfants nés vivants, par an, décédés avant 28 jours révolus	Pour 1 000 naissances vivantes à la structure sanitaire	Indicateur d'impact ENAP
<i>Indicateur de résultat</i>	Taux de mortalité néonatale très précoce	Enfants nés vivants qui sont décédés avant la sortie (ou dans les 24 heures faisant suite à la naissance)	Pour 1 000 naissances vivantes à la structure sanitaire	Initiative menée par l'USAID « Aider 100 000 nouveau-nés à survivre et à s'épanouir »
<i>Indicateur de résultat</i>	Ratio de mortalité maternelle institutionnelle	Nombre de décès maternels à la structure pendant la période étudiée	Pour 100 000 femmes accouchant à la structure sanitaire	100 indicateurs de santé de base de l'OMS
<b>Soins de routine au nouveau-né immédiatement après la naissance</b>				
<i>Indicateur de processus</i>	% de tous les nouveau-nés qui ont été maintenus en contact peau à peau (avec corps et tête couverts) avec leur mère durant au moins la première heure faisant suite à leur naissance	Nombre de nouveau-nés mis immédiatement en contact peau à peau durant au moins une heure après la naissance	Nombre total de naissances vivantes à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 8 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.1b)
<i>Indicateur de processus</i>	% de tous les nouveau-nés qui ont été mis au sein dans l'heure faisant suite à la naissance	Nombre de nouveau-nés mis au sein dans l'heure faisant suite à la naissance	Nombre total de naissances vivantes à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 10 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.1b)

<sup>1</sup> La surveillance correcte est définie comme suit : commencer à noter quand le cervix est dilaté à  $\geq 4$  cm, le cervix devrait ensuite se dilater de  $\geq 1$  cm/h, toutes les 30 minutes noter le rythme cardiaque (RC), les contractions, le RC du fœtus, température toutes les 2 heures et tension artérielle toutes les 4 heures.

Type d'indicateur	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Pertinence par rapport aux cadres de suivi mondiaux
<i>Indicateur de processus</i>	% de nouveau-nés dont le cordon a été nettoyé à la chlorhexidine (CHX)	Nombre de nouveau-nés auxquels on a administré au moins une dose de CHX (71%) sur le cordon le premier jour après la naissance (dans les 24 heures de la naissance)	Nombre total de naissances vivantes à la structure sanitaire	ENAP modifié en fonction du niveau de la structure
<i>Indicateur de résultat</i>	% de tous les nouveau-nés avec une température corporelle normale (36,5 – 37,5° C) au moment du premier examen complet (entre 60 min. et 120 min. après la naissance)	Nombre de tous les nouveau-nés ayant une température corporelle normale (36,5 – 37,5° C) au moment du premier examen complet (entre 60 min et 120 min après la naissance)	Nombre total de naissances vivantes à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 12 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.1b)
<b>Soins postnatals de routine des mères et des nouveau-nés</b>				
<i>Indicateur de processus</i>	% de toutes les évaluations postnatales à la structure sanitaire qui ont documenté la tension artérielle de la mère, pouls, saignements vaginaux/lochies et difficultés pour l'allaitement au sein	Nombre de toutes les évaluations postnatales à la structure sanitaire qui ont documenté la tension artérielle de la mère, pouls, saignements vaginaux/lochies et difficultés pour l'allaitement au sein	Nombre total de toutes les femmes accouchant à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 11 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.1c)
<b>Traitement de la prééclampsie</b>				
<i>Indicateur de processus</i>	% de toutes les femmes à la structure sanitaire avec une prééclampsie grave ou une éclampsie qui ont reçu une dose complète de sulfate de magnésium ou une dose d'attaque de sulfate de magnésium et qui ont été référées	Nombre de toutes les femmes à la structure sanitaire avec une prééclampsie grave ou une éclampsie qui ont reçu une dose complète de sulfate de magnésium ou une dose d'attaque de sulfate de magnésium et qui ont été référées	Nombre total de toutes les femmes avec une prééclampsie grave ou une éclampsie à la structure	Indicateur de résultat n° 4 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.2)
<i>Indicateur de résultat</i>	% de toutes les femmes ayant une prééclampsie ou une éclampsie à la structures sanitaire qui sont décédées du fait d'une prééclampsie et d'une éclampsie	Nombre de toutes les femmes avec une prééclampsie et une éclampsie à la structure sanitaire qui sont décédées du fait d'une prééclampsie et d'une éclampsie	Nombre total de toutes les femmes ayant eu une prééclampsie grave ou une éclampsie à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 7 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.2)

<b>Traitement du travail retardé/avec obstruction</b>				
Type d'indicateur	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Pertinence par rapport aux cadres de suivi mondiaux
<i>Indicateur de processus</i>	% de toutes les femmes à la structure sanitaire avec un retard confirmé dans la progression du travail qui ont reçu de l'ocytocine pour stimuler le travail <sup>2</sup>	Nombre de toutes les femmes à la structure sanitaire avec un retard confirmé dans la progression du travail qui ont reçu de l'ocytocine pour stimuler le travail	Nombre total de toutes les femmes à la structure sanitaire avec un retard confirmé dans la progression du travail	Indicateur de résultat n° 6 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.4)
<i>Indicateur de processus</i>	% de toutes les femmes à la structure sanitaire avec un travail prolongé et/ou avec obstruction qui ont accouché par césarienne	Nombre de toutes les femmes à la structure sanitaire avec un travail prolongé et/ou avec obstruction qui ont accouché par césarienne	Nombre total de toutes les femmes à la structure sanitaire avec un travail prolongé et/ou avec obstruction	Indicateur de résultat n° 10 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.4)
<i>Indicateur de résultat</i>	% de toutes les femmes accouchant à la structure sanitaire dont la période active de la première phase du travail a dépassé 12 h	Nombre de toutes les femmes accouchant à la structure sanitaire dont la période active de la première phase du travail a dépassé 12 h	Nombre total de toutes les femmes accouchant à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 11 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.4)
<b>Réanimation des nouveau-nés</b>				
<i>Indicateur de processus</i>	% de nouveau-nés qui ne respiraient pas/ne pleuraient pas spontanément à la naissance pour lesquels des actions de réanimation (stimulation et/ou ballon et masque) ont été initiées	Nombre de nouveau-nés qui ne respiraient pas/ne pleuraient pas spontanément à la naissance pour lesquels des actions de réanimation (stimulation et/ou ballon et masque) ont été initiées	Nombre total de nouveau-nés à la structure sanitaire qui ne respiraient pas/ne pleuraient pas spontanément à la naissance, excluant les mort-nés macérés et incluant les mort-nés frais (comme substitut des mortinaissances intra-partum)	Indicateur de couverture ENAP
<i>Indicateur de résultat</i>	% de nouveau-nés ne respirant pas à la naissance qu'on a réussi à réanimer par stimulation et/ou ballon et masque	Nombre de nouveau-nés ne respirant pas à la naissance qu'on a réussi à réanimer par stimulation et/ou ballon et masque	Nombre total de nouveau-nés à la structure sanitaire ne respirant pas/ne pleurant pas spontanément à la naissance (excluant les mort-nés macérés et incluant les mort-nés frais) pour lesquels des actions de réanimation (stimulation et/ou ventilation au ballon et masque) ont été initiées	Cadre USAID de qualité pour la réanimation du nouveau-né

<sup>2</sup> Défini pour les femmes nullipares comme celles qui donnent naissance dans les trois heures après le début de la deuxième phase et pour les femmes multipares comme celles n'ayant pas donné naissance dans les deux heures après le commencement de la deuxième phase.

<b>Soins pour travail avant terme/naissances prématurées/naissances à faible poids</b>				
Type d'indicateur	Indicateurs	Numérateur	Dénominateur	Pertinence par rapport aux cadres de suivi mondiaux
<i>Indicateur de processus</i>	Utilisation de corticostéroïdes prénatals (CP)	Toutes les femmes donnant naissance à la structure qui sont à < 34 semaines complètes de gestation et ont reçu une dose de CP en raison d'un risque de naissance prématurée	Nombre total de naissances vivantes à la structure sanitaire survenues à < 34 semaines complètes de gestation	Indicateur de couverture ENAP
<i>Indicateur de processus</i>	% de nouveau-nés pesant ≤ 2 000 g à la naissance qui ont reçu un soin de la « Mère kangourou » au niveau de la structure sanitaire <sup>3</sup>	Nombre de nouveau-nés pesant ≤ 2 000 g à la naissance qui ont reçu un soin de la « Mère kangourou » au niveau de la structure sanitaire	Nombre total de nouveau-nés pesant ≤ 2 000 g à la naissance à la structure sanitaire	Indicateur de couverture ENAP
<i>Indicateur de résultat</i>	Taux de mortalité néonatale chez tous les nouveau-nés à faible poids nés à la structure sanitaire	Nombre de nourrissons nés vivants pesant < 2 500 g qui sont décédés à la structure sanitaire avant la sortie	Nombre total de nouveau-nés à faible poids à la structure sanitaire pour 1 000 enfants nés vivants avec un poids de < 2 500 g à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 11 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.6b)
<i>Indicateur de processus</i>	% de toutes les femmes en train d'accoucher ou venant d'accoucher à la structure présentant des risques d'infection qui ont reçu des antibiotiques injectables	Nombre de toutes les femmes en train d'accoucher ou venant d'accoucher à la structure présentant des risques d'infection qui ont reçu des antibiotiques injectables	Nombre total de toutes les femmes en train d'accoucher ou venant d'accoucher à la structure présentant des risques d'infection	Indicateur de résultat n° 7 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.7a)
<i>Indicateur de résultat</i>	% de décès maternels dus à une septicémie maternelle parmi toutes les autres causes de décès maternels	Nombre de décès maternels dus à une septicémie maternelle parmi toutes les autres causes de décès maternels	Nombre total de décès maternels à la structure	
<b>Prévention et traitement des nouveau-nés avec une présomption d'infection ou des facteurs de risque d'infection</b>				
<i>Indicateur de processus</i>	Nombre de tous les nouveau-nés à la structure sanitaire avec des signes d'une infection bactérienne grave possible (IBGP) <sup>4</sup> qui ont reçu de l'ampicilline et de la gentamicine injectables	Nombre de tous les nouveau-nés avec des signes d'une IBGP qui ont reçu au moins une dose de l'ampicilline et de gentamicine injectables à la structure sanitaire	Nombre total des nouveau-nés avec une IBGP à la structure sanitaire	Indicateur de couverture ENAP et indicateur de résultat n° 5 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.7b)
<i>Indicateur de résultat</i>	% de tous les décès néonataux précoces à la structure sanitaire dus à une septicémie	Nombre de tous les décès néonataux à la structure sanitaire dus à une septicémie	Total de tous les décès néonataux à la structure sanitaire	Indicateur de résultat n° 8 de l'OMS pour la Qualité des soins (déclaration qualité 1.7b)

<sup>3</sup> Soins d'un nouveau-né prématuré avec un contact peau à peau précoce et continu, et avec un allaitement maternel exclusif ou une alimentation au lait maternel.

<sup>4</sup> Les signes d'une IBGP peuvent être notamment : ne pas pouvoir s'alimenter depuis la naissance ou cesser de s'alimenter convenablement, des convulsions, une respiration rapide (60 respirations à la minute ou plus) chez les nourrissons de moins de sept jours, un tirage sous-costal sévère, de la fièvre (38°C), ne bouger qu'avec une stimulation ou ne pas bouger du tout.

## Remerciements

*Améliorer les soins des mères et des nouveau-nés a été conçu par une équipe interdisciplinaire de médecins, sages-femmes infirmières et éducateurs de la Survive & Thrive Global Development Alliance.*

### *Directeur de la publication*

Carl Bose, MD  
University of North Carolina  
Chapel Hill, NC

### *Directeur-adjoint de la publication*

Jorge Hermida, MD  
University Research Co., LLC  
Quito, Équateur

### *Comité de rédaction*

Jennifer Breads, MSN, MPH  
Jhpiego  
Baltimore, MD

Tamar Chitashvili, MD, MPH&M  
University Research Co., LLC  
Bethesda, MD

Cherrie Evans, DrPH, CNM  
Jhpiego  
Baltimore, MD

Tyler Hartman, MD  
Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
Lebanon, NH

Beena Kamath-Rayne, MD, MPH  
Cincinnati Children's Hospital  
Medical Center  
Cincinnati, OH

Nigel Livesley, MD, MPH  
University Research Co., LLC  
New Delhi, Inde

Susan Niermeyer, MD, MPH  
University of Colorado  
Denver Aurora, CO

Jackie Patterson, MD  
University of North Carolina  
Chapel Hill, NC

Suzanne Stalls, CNM, MA  
American College of Nurse-Midwives  
Silver Spring, MD

### *Illustratrice/Directrice artistique*

Anne Jorunn Svalastog Johnsen  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norvège

### *Illustrateur*

Bjørn Mike Boge  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norvège

### *Rédacteur en chef*

Casey Lowman, MPH  
American Academy of Pediatrics  
Elk Grove Village, IL

### *Réviseur spécial*

Neena Khadka, MBBS, DCH, MA, MPH  
Maternal and Child Survival Program/  
Save the Children  
Washington, DC

*Survive & Thrive et le Comité de rédaction d'Améliorer les soins des mères et des nouveau-nés sont reconnaissants aux personnes suivantes pour le temps précieux qu'elles ont consacré à la revue des supports du programme :*

Sheena Currie, RM, MEd  
Jhpiego  
Baltimore, Maryland

Santorino Data, MD  
Mbarara University of Science and  
Technology  
Mbarara, Ouganda

Ashok Deorari, MD, FAMS  
All India Institute of Medical Sciences  
New Delhi, Inde

Bernhard Fassel, MD  
University of Utah  
Salt Lake City, Utah

Brynjar Foss, PhD  
Laerdal Global Health  
Stavanger, Norvège

Kathleen Hill, MD, MPH  
Maternal and Child Survival Program/  
Jhpiego  
Washington, DC

Lily Kak, PhD  
Mary Ellen Stanton, CNM, MSN, FACNM  
Agence des États-Unis pour le  
développement international  
Washington, DC

Douglas W. Laube, MD, MEd  
University of Wisconsin  
Madison, WI

Jerker Liljestrand, MD, PhD  
Bill and Melinda Gates Foundation  
Seattle, WA

Arti Maria, MD  
Dr. Ram Manohar Lohia Hospital  
New Delhi, Inde

Rajesh Mehta, MD  
Organisation mondiale de la Santé,  
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est  
New Delhi, Inde

Edward Moses, MScPM  
Maikhanda Trust  
Lilongwe, Malawi

Magdalena Serpa, MD, MPH  
PATH  
Washington, DC

Kim Ethier Stover, MA  
University Research Co., LLC  
Bethesda, MD

Michael Visick, MD  
LDS Charities  
Logan, UT

Steve Wall, MD, MS, MSW  
Saving Newborn Lives/  
Save the Children  
Washington, DC

Nabila Zaka, MBBS, PhD  
UNICEF  
New York, NY

### *Traduction par :*

Elizabeth Zuraski  
Washington, DC

**Ce travail a été possible grâce aux efforts collaboratifs de la Survive & Thrive Global Development Alliance.**

Nous adressons des remerciements particuliers aux partenaires suivants qui nous ont fourni des conseils stratégiques pour l'élaboration de ces supports : l'American Academy of Pediatrics (AAP), l'American College of Nurse Midwives (ACNM), Jhpiego, Laerdal Global Health, Save the Children, University Research Co, LLC (URC) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN

**PROJET ASSIST  
DE L'USAID**

Application de la Science pour le  
Renforcement et l'Amélioration des Systèmes

American Academy  
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



**Laerdal**  
helping save lives



**Save the Children.**

*Survive & Thrive est une alliance de partenaires gouvernementaux, d'associations de professionnels de la santé, de partenaires des secteur privé et à but non lucratif, travaillant aux côtés de gouvernements et de professionnels de la santé pour améliorer les résultats de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants grâce à une formation clinique, au renforcement de systèmes et au plaidoyer de politiques. En mettant à profit les ressources et l'expérience combinées d'organisations parmi les plus respectées aux États-Unis et dans le monde en matière de santé maternelle et infantile, Survive & Thrive est en mesure de dynamiser des interventions cruciales de soins de santé pendant la période où les mères et leurs enfants sont les plus vulnérables — de la grossesse à l'accouchement et de l'enfance jusqu'à l'âge de cinq ans — et d'avoir ainsi un impact réel pour l'élimination des décès évitables de mères et d'enfants dans le monde entier.*

*L'Alliance est constituée des organisations partenaires suivantes : USAID, AAP, ACNM, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Heart Association (AHA), Save the Children, International Pediatric Association (IPA), LDS Charities, Laerdal Global Health, Johnson & Johnson, Jhpiego, Project C.U.R.E., Millennium Villages, Global Health Media, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, et le projet Application de la science pour le renforcement et l'amélioration des systèmes (ASSIST) et le programme de Survie maternelle et infantile (MCSP), tous les deux de l'USAID.*

**survive & thrive**

professional associations, private sector and global health scholars  
saving mothers, newborns and children

*L'American Academy of Pediatrics et University Research Co., LLC ont le plaisir de mettre à disposition à des fins de santé publique ce Manuel d'amélioration de la qualité. Le manuel est sous copyright de l'American Academy of Pediatrics (AAP) et d'University Research Co., LLC (URC). Il a été financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) à travers le projet Application de la science pour le renforcement et l'amélioration des systèmes (ASSIST), un projet de l'USAID géré par URC, et en partie par Laerdal Global Health. L'USAID se réserve un droit non exclusif, irrévocable et en franchise de redevance de reproduire, publier ou utiliser ce travail à des fins fédérales et d'autoriser d'autres parties à en faire de même. Le manuel, sous sa forme originale, peut être gratuitement copié et distribué à des fins non commerciales mais il ne peut être utilisé, reproduit, exposé ou exploité pour un avantage commercial, bénéfice ou gain monétaire d'une partie quelconque. Le contenu peut être modifié et adapté sans autorisation, à condition que l'adaptation : 1) reconnaisse le travail original et ses auteurs ; 2) comprenne une déclaration stipulant qu'il s'agit d'un travail adapté et indiquant l'adresse web du travail original ; et 3) que le détenteur du copyright soit informé de l'adaptation. Le contenu du manuel est protégé par les lois de copyright américaines et internationales. Toute publication ou distribution du matériel sous forme électronique ou sur papier à des fins autorisées doit comprendre l'avis de copyright de l'AAP et d'URC et une indication de la source. Les utilisateurs ne peuvent falsifier ou supprimer des informations relatives à la gestion du copyright telles que le titre du document, les attributions d'auteur, l'avis de copyright, les désignations de propriété ou autres renseignements et éléments identifiants contenus dans un fichier qui est téléchargé.*