

**Indicateurs de qualité pour les soins
prénatals et postnatals prodigués
par les sages-femmes**

Indicateurs de qualité pour les soins prénatals et postnatals prodigués par les sages-femmes

Comment se référer à ce rapport

Florence D'Haenens, Delphine Maes, Sarah Michel, Céleste Vincent, Inge Tency.
Indicateurs de qualité pour les soins prénatals et postnatals prodigués par les sages-femmes.
Saint-Nicolas. Haute Ecole Odisee Formation Sage-Femme. 2025.

Florence D'Haenens, Delphine Maes, Sarah Michel,
Céleste Vincent, Inge Tency.

2025



Contenu

Introduction	4
Équipe de projet et comité d'accompagnement	6
Méthodologie	7
PARTIE 1 : DÉVELOPPEMENT D'INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LES SOINS PÉRINATAUX ASSURÉS PAR LES SAGES-FEMMES	9
Étape 1 : Constituer le groupe de développement	10
Étape 2a : Faire le point sur les connaissances scientifiques actuelles.....	11
Recherche documentaire	11
Recherche de lignes directrices existantes, de rapports nationaux et de littérature grise	12
Sélection et examen des lignes directrices	13
Sélection des recommandations.....	14
Évaluation des recommandations	15
Étape 2b : Bonnes pratiques et initiatives existantes dans les soins périnataux en Belgique	20
Stap 3 : Sélection des indicateurs potentiels et validation des indicateurs conceptuels	21
Étape 3a : Élaboration d'une liste d'indicateurs potentiels	21
Étape 3b : Procédure Delphi avec les parties prenantes pour la validation de la liste définitive des indicateurs	21
Étape 4 : Élaboration des indicateurs.....	23
Types d'indicateurs.....	23
Structure des fiches indicateurs.....	23
Étape 5 : Mesure pilote et évaluation de la faisabilité	25
Étape 6 : Évaluation critique des résultats.....	26
PARTIE 2 : ÉLABORATION D'UN PLAN DE MISE EN OEUVRE.....	27
Étape 1 : Identification.....	28
Étape 2 : Analyse du contexte	30
Étape 3 : Élaboration du plan de mise en oeuvre	32
Exemples (inter)nationaux de systèmes d'amélioration de la qualité.....	32
Un plan de mise en oeuvre avec cinq thèmes.....	33
Étape 4 : Évaluation	37
Suivi et garantie de la qualité : besoins, suggestions et conditions préalables.....	37
Portfolio et auto-évaluation comme outils de garantie de la qualité	37
Discussion de cas, mentorat et audit entre pairs.....	38
Enregistrement et sélection des indicateurs de qualité.....	38
Considérations politiques et conditions préalables	38
Étape 5 : Durabilité.....	39
Coordonnées.....	40
Annexes.....	41
Suppléments	75



Introduction

En 2022, 113.593 bébés sont nés vivants en Belgique. La majorité (n = 103.164, soit 92 %) de ces naissances ont eu lieu après une grossesse à terme (>37 semaines), à l'hôpital (n = 111.080) ou à domicile (n = 942)¹. En Belgique, les soins prénatals et postnatals sont assurés par divers prestataires de soins périnataux tels que les sages-femmes, gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmier·ère·s, psychologues, etc. Un suivi universel et intégré de la grossesse et du post-partum est indispensable pour garantir la santé et la sécurité optimales de la mère et de l'enfant, et pour assurer une transition fluide de la préconception au post-partum, d'un professionnel de santé à un autre, ainsi que des soins de première ligne aux soins spécialisés². Dans ce cadre, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a mené ces dernières années plusieurs recherches sur l'organisation des soins prénatals et postnatals et a élaboré différentes lignes directrices de pratique clinique: (1) Rapport 232 (2014): L'organisation des soins après un accouchement; (2) Rapport 248 (2015): Quels examens sont recommandés pendant une grossesse? ; (3) Rapport 326 (2019): Vers un parcours de soins prénatals intégré pour les grossesses à bas risque; (4) Rapport 363 (2023): L'orientation dans le suivi des grossesses à bas risque, qui a posé les bases d'un outil d'orientation concernant le suivi des grossesses en première ligne.

En raison de la tendance actuelle à réduire la durée du séjour en maternité, l'accent des soins postnatals se déplace davantage vers les soins à domicile. Cela constitue un défi pour l'organisation des soins post-partum et nécessite de bons accords de collaboration entre les professionnelles périnatales de première ligne. Le rapport du KCE sur l'organisation des soins postnatals a recommandé de développer des lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes pour les soins postnatals, compte tenu de la diversité des prestataires impliqués³. C'est pourquoi, à la demande du Groupe de travail pour le développement de lignes directrices de première ligne (WOREL, ebpracticenet), une ligne directrice multidisciplinaire des soins postnatals dans la première ligne de soins, parties 1 et 2, a été élaborée.

La réduction de la durée de séjour en maternité a également été à l'origine du développement d'un cadre pour des soins périnataux de qualité prodigués par les sages-femmes en Flandre, à savoir le Good Practice Logo⁴ (GPL). Ce logo, introduit en 2016 par l'Organisation professionnelle flamande des sages-femmes (VBOV), comprend 30 recommandations pour les soins postnatals assurés par les sages-femmes, basées sur des indicateurs de qualité développés dans le mémoire de master de Helsloot en Walraevens (2015)⁵. Ces recommandations constituent un repère pour la pratique quotidienne des sages-femmes (en première et deuxième ligne) et visent à optimiser la qualité des soins postnatals. Toutefois, une harmonisation avec la directive multidisciplinaire sur les soins postnatals, partie 1 (2022) et partie 2 (2024), s'impose, ainsi qu'une extension aux soins prénatals, puisque le GPL ne contient qu'une seule recommandation de bonne pratique concernant les soins prénatals.

De telles initiatives, comme le GPL, sont nécessaires car les sages-femmes et autres prestataires de soins sont confrontés à une grande quantité de preuves scientifiques, ce qui représente un défi pour rester à jour. Cela ressort également d'une enquête menée par le Groupe de travail sur la recherche scientifique de la VBOV, qui a mis en évidence un écart significatif entre les attitudes liées à la pratique fondée sur les preuves (EBP) et la pratique réelle des sages-femmes en Flandre. Bien que les sages-femmes manifestent une attitude positive envers l'evidence-based practice (EBP), elles se sentent moins compétentes pour la mettre en œuvre. De plus, les sources fondées sur les preuves, telles que les lignes directrices de pratique clinique, sont consultées de manière relativement limitée par les sages-femmes⁶.

¹ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/natalite-et-fecondite>

² Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque (KCE326, 2019)

³ Guideline multidisciplinaire des soins postnatals dans la première ligne de soins partie 1 (2022) et partie 2 (2024) (WOREL)

⁴ <https://www.vroedvrouwen.be/good-practice-logo>

⁵ Helsloot K, Walraevens M. Een Vlaams model van kwalitatief hoogstaande postnatale zorg. Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vanaf ontslag uit het ziekenhuis [masterproef]. Universiteit Gent: Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, 2015.

⁶ Lamsens, D., Goemaes, R., Vrielinck, C., Tency, I. (2022). Knowledge, attitudes and use of evidence-based practice among midwives in Belgium: A cross-sectional survey. Eur J Midwifery, 6:36. <https://doi.org/10.18332/ejm/147478>



Les lignes directrices de pratique offrent néanmoins des avantages potentiels pour les prestataires de soins, les patient·e·s et les systèmes de santé, car elles soutiennent la prise de décision, améliorent l'efficacité et la qualité des soins, et contribuent également à réduire les variations dans la pratique. Cependant, leur mise en œuvre est un processus complexe, pouvant être entravée par des obstacles aux niveaux individuel, organisationnel et systémique⁷.

Une façon de mettre en œuvre les lignes directrices basées sur les preuves dans la pratique consiste à développer des indicateurs de qualité. Les indicateurs de qualité sont des mesures standardisées et fondées sur les preuves permettant d'évaluer, de suivre et de stimuler la qualité des soins⁸. Ils reposent sur des preuves sous-jacentes (ou un consensus) selon lesquelles une amélioration de l'indicateur entraîne une amélioration des soins⁹.

Ce projet s'inscrit dans les objectifs du réseau Evikey¹⁰ et a été financé par le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique). **L'objectif de ce projet** était donc de **développer des indicateurs de qualité pour les soins prénatals et postnatals prodigués par les sages-femmes**, afin d'aligner les soins périnatals sur la directive multidisciplinaire sur les soins postnatals en première ligne, parties 1 (2022) et 2 (2024), ainsi que sur les lignes directrices du KCE relatives aux soins prénatals, à savoir les rapports 326 (2019) et 363 (2023).

Le **public cible** comprend **toutes les sages-femmes dispensant des soins prénatals et postnatals, quel que soit leur lieu d'exercice**. Étant donné que la compétence légale des sages-femmes se limite à la grossesse et au post-partum physiologiques, l'accent est mis sur **les soins** pour les femmes enceintes et les femmes en post-partum **à bas risque**. Bien qu'il n'existe pas de définition ou de consensus (inter)national clair sur le bas risque, les lignes directrices existantes (KCE, WOREL) se basent sur les facteurs de risque, définissant le « bas risque » comme l'absence de facteurs de risque identifiables, de pathologies connues ou existantes, ou de complications nécessitant des tests supplémentaires ou des soins adaptés. Les soins intrapartum ne sont pas pris en compte dans ce projet, car la révision de la ligne directrice du KCE « Bonne pratique clinique pour les accouchements à faible risque » (rapport 139) n'avait pas encore été validée et publiée au début de ce projet.

Ce rapport se compose de **deux parties**, complétées par **sept annexes** et **trois suppléments**. Dans **la partie 1**, des **indicateurs de qualité** ont été développés **pour les soins prénatals et postnatals prodigués par les sages-femmes**, selon le plan en sept étapes de Plessers et al. (2019). Un groupe de développement a été constitué, regroupant des représentant·e·s du secteur périnatal. L'équipe projet a cartographié les preuves scientifiques actuelles, les bonnes pratiques et les initiatives existantes dans les soins périnatals. Par la suite, les indicateurs de qualité pour les soins prénatals et postnatals ont été élaborés avec l'apport du groupe de développement via des rondes Delphi et un groupe de discussion. Dans **la partie 2**, un **plan de mise en œuvre** de ces indicateurs de qualité a été développé, en mettant l'accent sur les interventions, le soutien, l'évaluation et le suivi, conformément au plan en quatre étapes de Peters et al. (2020). L'équipe projet a consulté des exemples (inter)nationaux de modèles favorisant la qualité et identifié les barrières potentielles via une ronde Delphi et un groupe de discussion avec le groupe de développement.

⁷ Peters, S., Bussières, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M. & Thomas, A. (2020). Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11: 1-9. <https://doi.org/10.1177/2150132720916263>

⁸ Plessers, M., Ghekiere, A., De Wachter, D., Deneckere, S., Tambuyzer, E. & Ramaekers, D. (2019). Het ontwikkelen van evidence-based indicatoren van kwaliteit van zorg in Vlaanderen: een methodologie. <https://www.zorgkwaliteit.be/methodologie-voor-het-ontwikkelen-van-evidence-based-indicatoren-van-kwaliteit-van-zorg>

⁹ <https://www.cebam.be/fr/evaluation/kwaliteitsindicatoren>

¹⁰ <https://www.evikey.be/fr/>



Équipe de projet et comité d'accompagnement

L'équipe de projet était composée de **cinq chercheuses-sage-femme**: Florence D'Haenens (FD), Inge Tency (IT) et Delphine Maes (DM), affiliées à la haute école Odisee, campus Sint-Niklaas, Sarah Michel (SM), active en première ligne et à la Haute École Léonard de Vinci (Bruxelles), et Céleste Vincent (CV), active au CHU Saint-Pierre (Bruxelles). Le projet a été coordonné par IT. La partie 1 a été développée par FD, DM et SM, avec la participation d'IT à l'élaboration des indicateurs de qualité. La partie 2 a été élaborée par FD, SM et IT. CV a joué un rôle consultatif et de soutien dans le développement du projet (notamment pour la composition du groupe de développement, les rondes Delphi et le focus group). Une description détaillée de l'équipe de projet se trouve en **annexe 1**.

L'équipe de projet a travaillé en étroite collaboration avec **le comité d'accompagnement**, constitué par le SPF Santé publique (**annexe 1**). Ce comité était composé de représentants du SPF Santé publique, de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), de la coordination du réseau Evikey et des partenaires clés impliqués, à savoir la cellule de priorisation (KCE), la cellule de mise en œuvre (Ebpracticenet) et la cellule d'évaluation (CEBAM, Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine). Ce comité d'accompagnement se réunissait régulièrement en ligne pour soutenir et conseiller l'équipe de projet dans le développement du projet. L'équipe de projet a aligné le plan d'action avec le comité de pilotage. Ce comité suivait les travaux planifiés de l'équipe de projet et approuvait les produits finaux.



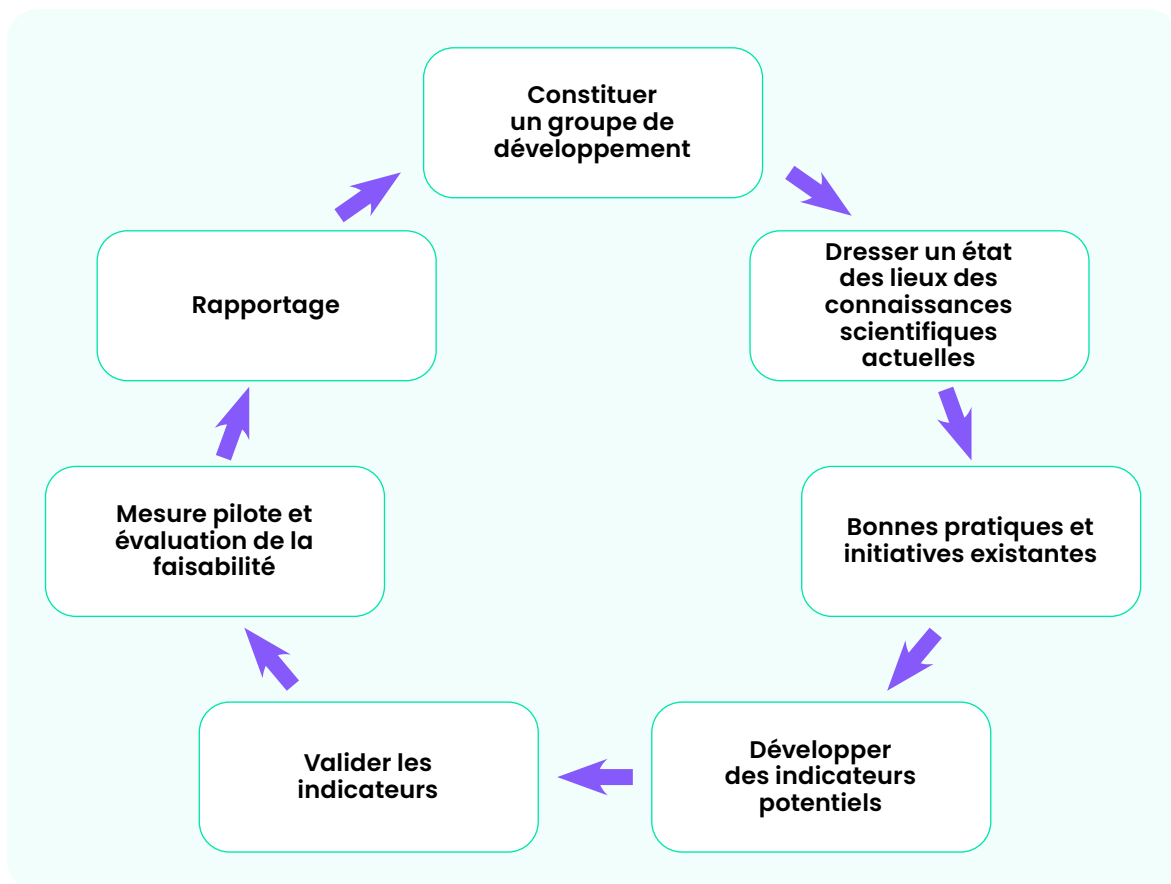
Méthodologie

Lors de la réalisation de cette recherche, l'équipe de projet s'est appuyée sur une méthodologie standardisée développée par Plessers et al. (2019) (figure 1) et sur le modèle de mise en œuvre de Peters et al. (2020) (figure 2).

Plessers et al. (2019)¹¹ proposent un plan en étapes pour le développement d'indicateurs de qualité. La première étape consiste à constituer un groupe de développement impliqué dans l'élaboration des indicateurs. La deuxième étape vise à cartographier l'état actuel des connaissances scientifiques. Ensuite, une sélection des indicateurs est effectuée (étape 3), suivie de l'élaboration des fiches d'indicateurs correspondantes (étape 4). Lors de la cinquième étape, une mesure pilote est réalisée en pratique afin d'évaluer la faisabilité. Enfin, une évaluation critique (étape 6) et un rapport des résultats (étape 7) sont effectués.

Figure 1 :

Plan en sept étapes de Plessers et al. (2019)



¹¹ Plessers, M., Ghekiere, A., De Wachter, D., Deneckere, S., Tambuyzer, E. & Ramaekers, D. (2019). Het ontwikkelen van evidence-based indicatoren van kwaliteit van zorg in Vlaanderen: een methodologie. <https://www.zorgkwaliteit.be/methodologie-voor-het-ontwikkelen-van-evidence-based-indicatoren-van-kwaliteit-van-zorg>

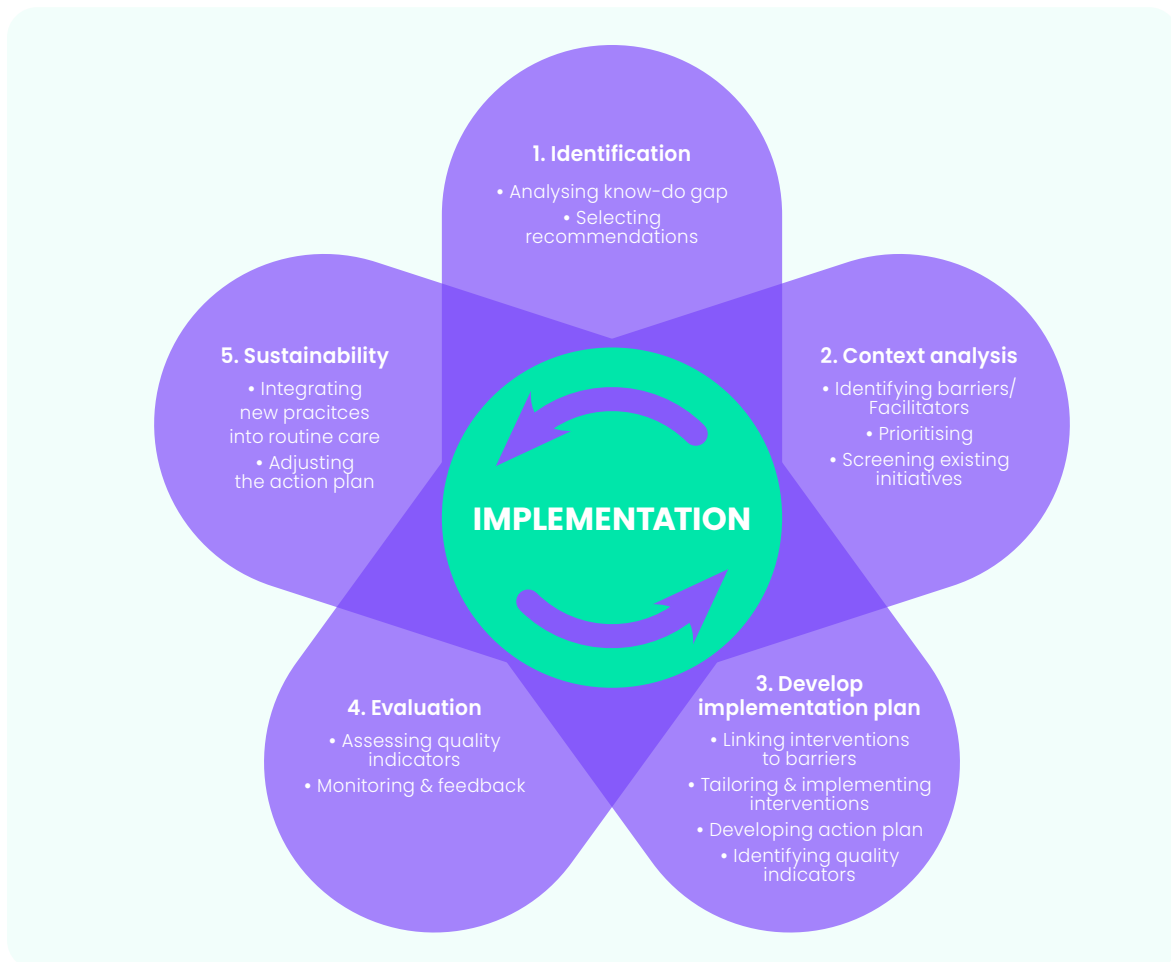


Le modèle de mise en œuvre de Peters et al. (2020)¹² comprend cinq étapes, dont certaines chevauchent le plan en étapes de Plessers. Lors de la première étape (identification), une équipe de parties prenantes est constituée et l'écart entre les preuves disponibles et la pratique est cartographié. À l'issue de cette étape, des recommandations sont sélectionnées. La deuxième étape consiste en une analyse contextuelle, au cours de laquelle les obstacles et les facilitateurs sont répertoriés et priorisés. L'équipe de projet a utilisé à cette fin l'Integrated Checklist of Determinants of Practice (TICD-checklist), une checklist intégrée et complète développée pour identifier et évaluer les déterminants de la pratique dans le cadre du projet Tailored Implementation for Chronic Diseases (TICD). Cette checklist sert d'outil de dépistage pour signaler les déterminants nécessitant une analyse plus approfondie.

Par ailleurs, les initiatives existantes sont recensées. L'étape 3 consiste en l'élaboration d'un plan de mise en œuvre, dans lequel les interventions sont associées aux barrières identifiées et des actions concrètes sont formulées. Enfin, des indicateurs de qualité sont identifiés. L'évaluation a lieu à l'étape 4, au cours de laquelle il est examiné comment ces indicateurs de qualité peuvent être opérationnalisés et intégrés de manière durable dans la pratique (étape 5).

Figure 2 :

Plan en cinq étapes pour la mise en œuvre des lignes directrices (Peters et al., 2020)



¹² Peters, S., Bussières, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M. & Thomas, A. (2020). Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11: 1-9. <https://doi.org/10.1177/2150132720916263>

PARTIE 1

Développement d'indicateurs de qualité pour les soins périnataux assurés par les sages-femmes





Étape 1 :

Constituer le groupe de développement

Au début du projet, l'équipe a constitué un groupe de développement regroupant différents acteurs pertinents des soins périnataux en Belgique. Cela a permis à l'équipe d'avoir une bonne vision des professionnels impliqués dans les soins à la naissance dans les différentes régions. L'équipe est partie des parties prenantes ayant fourni une lettre d'engagement lors du dépôt du projet et a progressivement élargi ce groupe de développement transdisciplinaire, offrant ainsi à tous les professionnels des soins périnataux la possibilité de participer.

Le groupe de développement était composé des parties prenantes suivantes :

- Sages-femmes de première ligne (n=4)
- Centre d'expertise en soins postnatals (Kraamzorg) (n=1)
- Gynécologues indépendants (n=6)
- Association belge de pédiatrie (n=1)
- Domus Medica (n=1)
- Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) (n=1)
- Médecin généraliste indépendant (n=1)
- Kind en Gezin (n=1)
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) (n=2)
- Coordinateur IHAB (n=1)
- Perinet (n=1)
- Conseil fédéral des sages-femmes (n=1)
- Conseil scientifique d'AXXON, l'association professionnelle des kinésithérapeutes, et ABSG BICAP, spécialisé en rééducation du plancher pelvien et kinésithérapie périnatale (n=1)
- Programmes de bachelier professionnel en sages-femmes en Flandre et en Belgique francophone (n=2)
- Belgian Midwives Association (n=1)
- Organisation professionnelle flamande des sages-femmes (n=1)
- Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (n=1)
- Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée (n=1)
- La Ligue des Familles (n=1)
- Sages-femmes en chef des hôpitaux flamands et bruxellois (n=6)



Étape 2a :

Faire le point sur les connaissances scientifiques actuelles

À cette étape, l'équipe de projet a réalisé un examen systématique de la littérature et des lignes directrices pertinentes et a évalué la qualité méthodologique des sources sélectionnées.

Recherche documentaire

L'équipe de projet a effectué une recherche documentaire afin de recenser les dernières données probantes sur les soins pré- et postnatals, en tenant compte de la date de publication des lignes directrices et rapports sélectionnés.

L'équipe de projet a consulté trois bases de données, à savoir PubMed, CINAHL et Web of Science, en appliquant les critères d'inclusion suivants :

- **Date de publication comprise entre 2014 et 2024**
- **Pays de l'OCDE**
- **Langues : anglais, français, néerlandais**

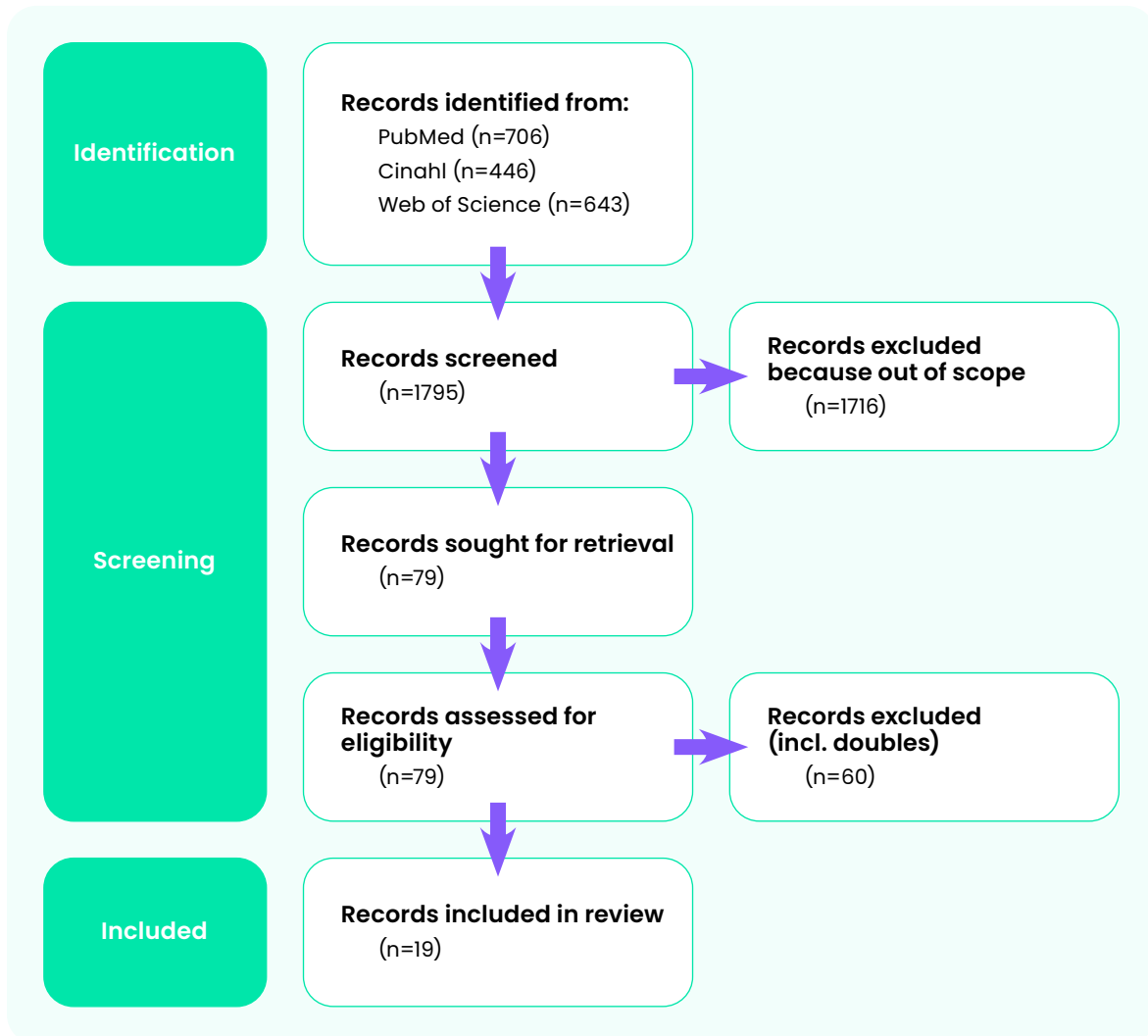
L'équipe de projet n'a appliqué aucune restriction quant au type d'étude : les recherches qualitatives et quantitatives (études primaires), ainsi que les revues et revues systématiques (avec ou sans méta-analyse) ont été prises en compte. En revanche, les documents politiques, articles de discussion ou d'opinion, éditoriaux, commentaires, résumés de congrès et protocoles ont été exclus. La stratégie de recherche pour chaque base de données est présentée dans le **tableau 1**. La **figure 3** illustre le processus de recherche des connaissances scientifiques.

Tableau 1 :
Stratégie de recherche par base de données

Base de données	Mot-clé de recherche	Nombre de résultats
PubMed 23/02/2024	("Guideline" [Publication Type] OR "Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR "Health Planning Guidelines"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) AND ("Perinatal Care"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh])	706
Cinahl 04/03/2024	((MH "Prenatal Care") OR (MH "Perinatal Care") OR (MH "Perinatal Nursing+")) AND ((MH "Guideline Adherence") OR (MH "Practice Guidelines") OR (MH "Clinical Indicators"))	446
Web of Science 04/03/2024	"quality indicator" AND "perinatal care"	2
	"quality indicator" AND "prenatal care"	4
	guideline AND "prenatal care"	272
	recommendation AND "prenatal care"	278
	recommendation AND "perinatal care"	82
	guideline AND "perinatal care"	98

**Figure 3 :**

PRISMA 2020 flow diagram



Recherche de lignes directrices existantes, de rapports nationaux et de littérature grise

L'équipe de projet a également recherché des lignes directrices internationales. Le 15/04/2024, une recherche a été effectuée dans la base de données du Guidelines International Network (G.I.N.) sur les termes « prenatal care » et « perinatal care ». Cela a permis d'identifier les cinq lignes directrices suivantes :

- Antenatal care (NICE 2021)
- Mental health care in perinatal period (Austin, Highet and the Expert Working Group, 2017)
- Intrapartum care (NICE, 2023)
- Australian Pregnancy Care Guidelines (Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care (LEAPP), 2024)
- Zwangerschap en kraamperiode (Damen et al., 2023)



L'équipe de projet a ajouté une ligne directrice internationale supplémentaire, qui n'a pas été trouvée avec la stratégie de recherche ci-dessus mais semblait pertinente pour le projet. Il s'agit de la ligne directrice « Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression », élaborée dans le cadre de l'action COST RiseUp-PPD¹³ (Peripartum Depression Disorder, 2023). L'équipe a pris connaissance de cette ligne directrice lors d'un événement de clôture au Parlement européen.

En plus de ces lignes directrices internationales et de la littérature scientifique, l'équipe de projet a également consulté des lignes directrices et rapports nationaux, des labels et critères de qualité (inter)nationaux, ainsi que de la littérature grise complémentaire. Un aperçu des sources consultées est présenté en **annexe 2**.

Étant donné le grand nombre de recommandations, l'équipe de projet a décidé, en concertation avec le comité d'accompagnement, de ne retenir que les recommandations issues de lignes directrices (inter)nationales et de rapports nationaux datant de moins de cinq ans au moment de la recherche documentaire.

Sélection et examen des lignes directrices

Sur la base des lignes directrices existantes et de l'étape 2a, l'équipe de projet a finalement sélectionné 7 lignes directrices et 1 rapport (surlignés en bleu dans l'**annexe 2**), regroupant un total de 746 recommandations. Celles-ci ont été réparties en trois catégories : périnatales, prénatales ou postnatales.

1. **KCE rapport 363 (2023): Referral during low-risk pregnancy follow-up in primary care: 8 aanbevelingen**
2. **Research Network in PeriPartum Depression Disorder (RiseUp- PPD), 2023: Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression: 44 aanbevelingen**
3. **Tency et al., 2022: Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn deel 1: 48 aanbevelingen**
4. **Tency et al., 2024: Multidisciplinaire richtlijn postpartumzorg in de eerste lijn deel 2: 47 aanbevelingen**
5. **Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care (LEAPP), 2024: Australian Pregnancy Care Guidelines: 184 aanbevelingen**
6. **NICE, 2021: Antenatal care: 101 aanbevelingen**
7. **NICE, 2023: Intrapartum care: 286 aanbevelingen**
8. **NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (Damen et al., 2023) (Nederlands Huisartsen Genootschap)**

Les sept lignes directrices (inter)nationales ont été évaluées à l'aide du mini-AGREE afin d'apprécier leur qualité méthodologique. Deux chercheurs ont évalué indépendamment les lignes directrices sur les items 7 (« Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques »), 9 (« Les forces et limites des preuves scientifiques sont décrites ») et 23 (« Les conflits d'intérêts des membres du groupe de travail sur la ligne directrice sont identifiés et discutés ») de l'AGREE II (WOREL, Guide de développement des lignes directrices)¹⁴.

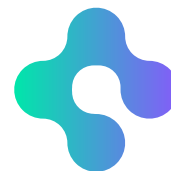
En raison du grand nombre de recommandations, l'équipe de projet a choisi, dans une première phase, de soumettre toutes les recommandations à une analyse SMART (voir ci-après) plutôt que d'évaluer d'abord les lignes directrices selon AGREE II. Les deux lignes directrices NICE, la ligne directrice NHG et la ligne directrice multidisciplinaire sur les soins postnatals (parties 1 et 2) avaient déjà été validées par CEBAM, rendant ainsi une évaluation AGREE II superflue. Après l'analyse SMART, une seule recommandation de la ligne directrice RiseUp-PPD est restée, conduisant l'équipe à décider de ne pas l'évaluer selon AGREE II¹⁵.

En revanche, la ligne directrice LEAPP a été entièrement évaluée selon les critères AGREE II. Cela était nécessaire pour apprécier de manière approfondie la qualité méthodologique avant de mettre en pratique les indicateurs sélectionnés.

¹³ <https://riseupppd18138.com/>

¹⁴ <https://www.worel.be/worel/what?globals=%7B%22gSessionId%22%3A%227d35e62c-afa3-4f73-8778-e67bc3813556%22%7D>

¹⁵ Cette unique recommandation a été exclue lors du premier tour Delphi

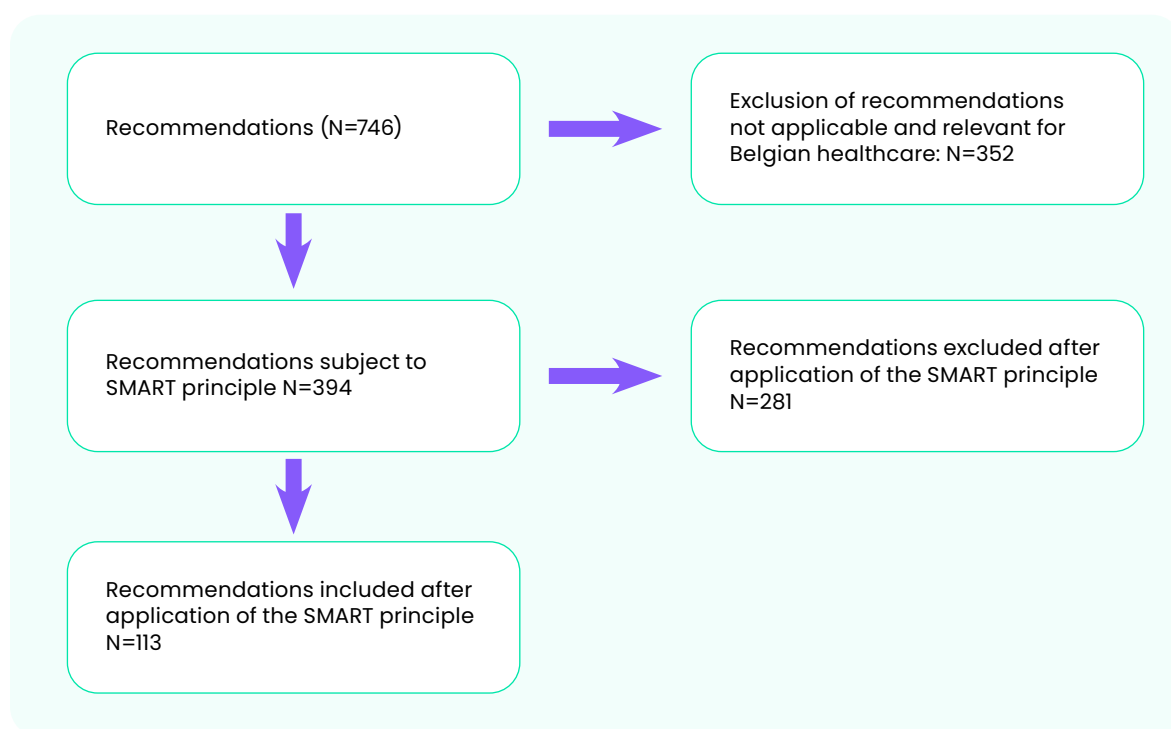


Sélection des recommandations

Dans une première étape, l'équipe de projet a examiné les 746 recommandations issues des lignes directrices/rapports sélectionnés afin d'évaluer leur applicabilité et leur pertinence pour le système de santé belge. Dans une deuxième étape, 394 de ces recommandations jugées pertinentes ont été soumises à un processus d'évaluation en double aveugle selon le principe SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste/Pertinent et Temporellement défini). L'équipe n'a retenu une recommandation que si elle obtenait de bons scores dans les cinq domaines, ce qui a conduit à la sélection de 113 recommandations (**annexe 3 et figure 4**), réparties comme suit : deux recommandations périnatales, 66 prénatales et 45 postnatales.

Figure 4 :

Sélection des recommandations pour le développement des indicateurs de qualité



Au total, 281 recommandations n'ont pas été retenues. Les principales raisons étaient un manque de pertinence pour le contexte belge ou le fait que les recommandations n'étaient pas suffisamment formulées selon le principe SMART. Ce processus est illustré ci-dessous à l'aide d'exemples, répartis par phase périnatale.

Recommandations périnatales

Établir un réseau multidisciplinaire de professionnels de santé afin d'assurer un référencement approprié, en définissant le rôle de chaque participant au sein de ce réseau, les modalités de collaboration et les règles de référencement. (KCE, 2023, Rapport 363 : Référencement dans le suivi des grossesses à faible risque)

Raison de non-sélection : formulation trop générale et non conforme au principe SMART ; nécessite des réformes complexes au niveau du système, hors du champ de ce projet.

Les personnes ont le droit de participer aux discussions et de prendre des décisions éclairées concernant leurs soins. (NICE, 2021, Antenatal care)



Raison de non-sélection : bien qu'il s'agisse d'une base éthique importante, la recommandation est trop générale et insuffisamment opérationnelle pour être transformée en un indicateur de qualité spécifique.

Recommandations prénatales

Il est recommandé que les femmes enceintes prennent quotidiennement un supplément d'iode de 150 µg. Les femmes présentant des troubles thyroïdiens préexistants doivent consulter leur médecin avant de prendre ce supplément. (Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024)

Raison de non-sélection : la supplémentation en iode n'est pas incluse dans les recommandations alimentaires belges et il n'existe pas de directives uniformes à ce sujet dans le contexte belge.

Les médicaments de catégorie A de la Therapeutic Goods Administration ont été jugés sûrs pendant la grossesse. (Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024)

Raison de non-sélection : la classification de la Therapeutic Goods Administration (Australie) n'est pas utilisée en Belgique, rendant la recommandation non applicable.

Recommandations postnatales

Conseiller les femmes souffrant de céphalées de tension ou de migraines sur les techniques de relaxation et sur la manière d'éviter les facteurs associés à l'apparition des maux de tête. (Tency et al., 2022 ; Ligne directrice multidisciplinaire sur les soins postnatals en première ligne, partie 1)

Raison de non-sélection : trop spécifique et non prioritaire dans le cadre des soins périnatals de base ; la prise en charge des céphalées relève plutôt de la médecine générale.

Prendre des mesures supplémentaires en cas d'inquiétudes persistantes concernant l'allaitement (GPP). (Tency et al., 2024 ; Ligne directrice multidisciplinaire sur les soins postnatals en première ligne, partie 2)

Raison de non-sélection : recommandation trop vague (aucune description précise des mesures à prendre) ; ne répond pas aux critères SMART.

Évaluation des recommandations

Dans cette étude, la méthode Delphi a été choisie comme approche systématique de consensus. Ce choix a été motivé par la complexité du domaine étudié, où les preuves empiriques sont limitées et où les perspectives hétérogènes de différents acteurs jouent un rôle crucial. La méthode Delphi offre, dans ce type de contexte, un cadre robuste permettant d'atteindre une convergence des opinions par un processus itératif, tout en minimisant les biais liés à la dynamique de groupe.

Définition et caractéristiques de la méthode Delphi¹⁶

La méthode Delphi est une procédure structurée qui utilise des séries successives de questionnaires auprès d'un panel d'experts, en recourant à des retours anonymisés et à un retour statistique afin de parvenir systématiquement à un consensus. Les éléments caractéristiques de cette méthode sont :

1. **Anonymat des participants, afin de réduire les effets de domination et la pression à la conformité.**
2. **Caractère itératif grâce à plusieurs tours, permettant aux participants de réviser leur jugement sur la base des retours agrégés du groupe.**
3. **Agrégation statistique des réponses du groupe pour garantir transparence et reproductibilité.**

Grâce à ces caractéristiques, la méthode Delphi est reconnue à l'international comme une technique valide pour la formation de consensus dans la recherche en santé et l'élaboration de politiques.

¹⁶ Van de Bulck, S.A., Vankrunkelsven, P., Goderis, G., Broekx, L., Dreesen, K., Ruijten, L., Mpoukouvalas, D. & Hermens, R. (2020). Development of quality indicators for type 2 diabetes, extractable from the electronic health record of the general physician. A rand-modified Delphi Method. Primary Care Diabetes: 14: 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.05.002>



Mise en œuvre dans ce projet

La procédure Delphi a été mise en œuvre dans ce projet en **trois tours** auprès d'un panel soigneusement sélectionné (voir groupe de développement).

Lors du **premier tour Delphi** en ligne, l'équipe de projet a demandé au groupe de développement d'évaluer l'importance des 113 recommandations pour mesurer la qualité des soins pré- et postnatals assurés par les sages-femmes. L'évaluation s'est faite à l'aide d'une échelle de Likert à 9 points, où 1 correspond à la note la plus faible (recommandation peu appropriée pour mesurer la qualité des soins) et 9 à la note la plus élevée (recommandation excellente pour mesurer la qualité des soins).

De plus, les participants ont été invités à établir un top 5 des recommandations, basé sur leur pertinence pour l'évaluation de la qualité des soins. Ils avaient également la possibilité de formuler des commentaires, de modifier des recommandations ou d'ajouter leurs propres recommandations non listées dans le questionnaire, en utilisant l'espace prévu à la fin du formulaire.

L'équipe de projet a analysé les évaluations du premier tour Delphi en ligne en s'appuyant sur la publication de Van den Bulck et al. (2020)¹⁷ pour classer les recommandations selon leur potentiel **élevé, incertain ou faible** à mesurer la qualité des soins périnatals. Cette classification reposait sur trois critères : le score médian de l'échelle de Likert, la priorisation (l'importance relative attribuée à une recommandation par rapport aux autres) et le degré d'accord (le niveau de consensus entre les participants concernant la recommandation).

Calcul du score médian : l'équipe de projet a calculé, pour chaque recommandation, le score médian à partir des scores individuels sur l'échelle de Likert à 9 points de tous les membres du panel. L'échelle variait de 1 (le moins important) à 9 (le plus important).

Définition de la priorisation : la priorisation a été déterminée en fonction du pourcentage de panelistes ayant placé une recommandation dans leur top 5. Les recommandations obtenaient des points selon leur position : première place = 5 points, deuxième = 4 points, troisième = 3 points, quatrième = 2 points et cinquième = 1 point. Les recommandations hors du top 5 recevaient 0 point. Ces scores ont été convertis en pourcentage, en tenant compte du score maximal possible et du nombre de membres du panel.

Exemple : si 5 des 12 membres du panel placent une recommandation en première position (5 points) et que les 7 autres ne l'incluent pas dans leur top 5, le score de priorisation est de 25/60 ($12 \times 5 = 60$), soit 41,6 %.

Définition du consensus : l'équipe a défini le niveau de consensus comme suit : consensus lorsque ≥ 70 % des membres du panel attribuent un score ≥ 7 , indécis lorsque ≥ 30 % donnent un score ≥ 7 et ≥ 30 % un score ≤ 3 , et non consensuel dans tous les autres cas.

Pour aboutir à une classification finale des recommandations (**tableau 2 et figure 5**), l'équipe de projet a appliqué les règles suivantes : une recommandation était classée à haut potentiel lorsque le score médian sur l'échelle de Likert était ≥ 7 , le pourcentage de priorisation ≥ 20 % et qu'un consensus existait au sein du panel. Le potentiel incertain était attribué aux recommandations remplissant l'une des conditions suivantes :

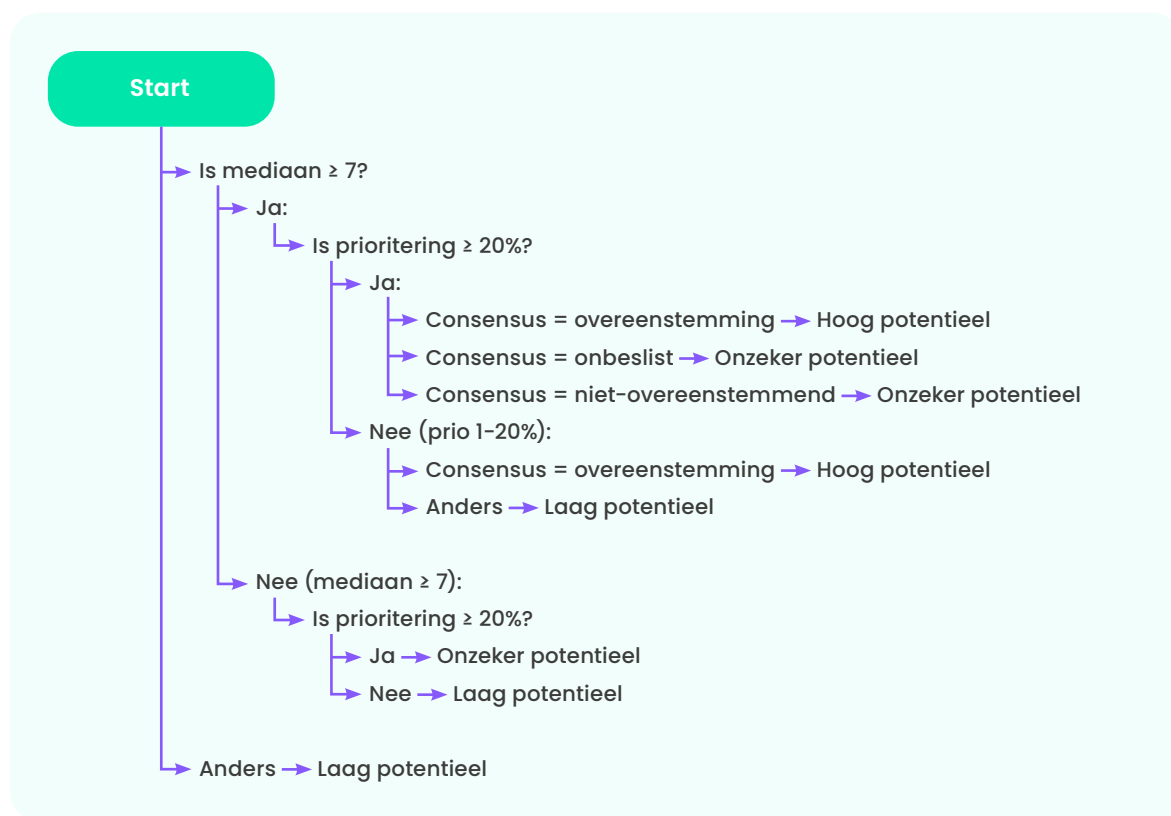
1. **Score médian ≥ 7 , pourcentage de priorisation entre 1 % et 20 % et consensus présent ;**
2. **Score médian < 7 , pourcentage de priorisation ≥ 20 % et consensus présent ou absent ;**
3. **Score médian ≥ 7 , pourcentage de priorisation ≥ 20 % et consensus indécis.**

Toutes les autres recommandations ont été considérées comme présentant un faible potentiel.

¹⁷ Van de Bulck, S.A., Vankrunkelsven, P., Goderis, G., Broekx, L., Dreesen, K., Ruijten, L., Mpoukouvalas, D. & Hermens, R. (2020). Development of quality indicators for type 2 diabetes, extractable from the electronic health record of the general physician. A rand-modified Delphi Method. Primary Care Diabetes: 14: 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.05.002>

**Tableau 2 :****Classification des recommandations selon le score médian, la priorisation et le consensus**

Score médian	Priorisation	Consensus	Classification
≥ 7	$\geq 20\%$	Consensus	Haut potentiel
≥ 7	1-20%	Consensus	Incertain
< 7	$\geq 20\%$	Consensus/non-consensus	Incertain
≥ 7	$\geq 20\%$	Indécis	Incertain
Autres combinaisons	/	/	Faible potentiel

Figure 5 :**Classification des recommandations selon le score médian, la priorisation et le consensus**



L'**annexe 3** présente un aperçu de l'évaluation de chaque recommandation par tour Delphi, y compris la source et le niveau de preuve.

L'équipe du projet a intégré les recommandations hautement classées (N=21) dans la liste des recommandations clés et a exclu celles qui étaient faiblement classées (N=36). Les 56 recommandations classées comme incertaines ont été abordées lors de **discussions en groupes** (un par région) avec le groupe de développement. Les participants ont noté que certaines recommandations étaient trop spécifiques ou se chevauchaient, et ont proposé de les regrouper, de les reformuler ou de les supprimer (**annexe 4**). Comme toutes les recommandations n'ont pas pu être discutées dans chaque groupe de discussion, l'équipe a organisé un **deuxième tour Delphi en ligne**.

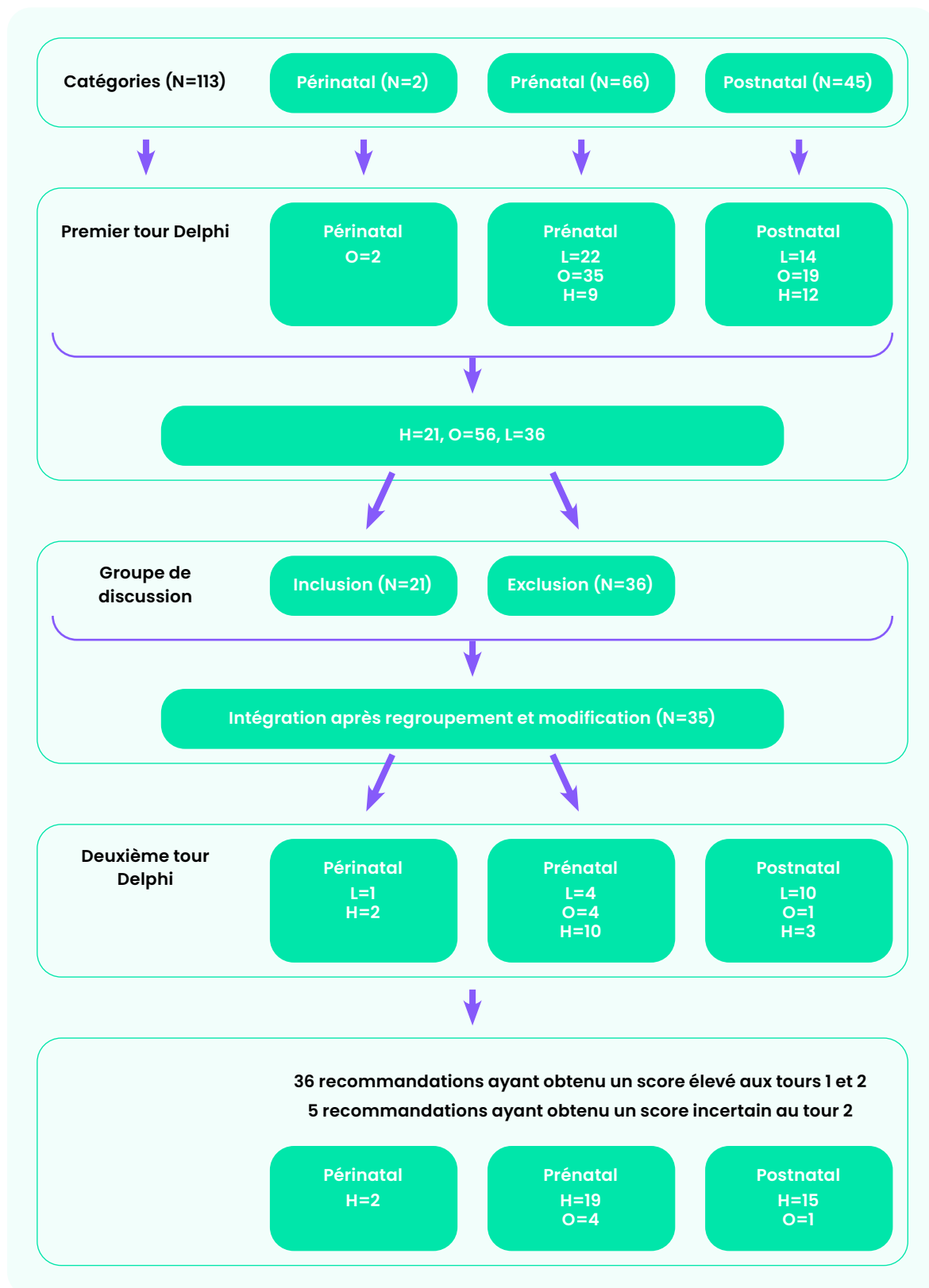
Lors du **deuxième tour Delphi**, le groupe de développement a réévalué les recommandations reformulées, regroupées et précédemment classées comme incertaines (N=35), sur la base des retours des groupes de discussion, en fonction de leur importance pour mesurer la qualité des soins prénatals et postnatals dispensés par la sage-femme. L'équipe a appliqué la même méthodologie que lors du premier tour Delphi.

L'équipe du projet a exclu les recommandations ayant obtenu un faible score (N=15) et a ajouté celles ayant obtenu un score élevé (N=15) à la liste finale des recommandations clés. Cinq recommandations sont restées incertaines après le deuxième tour Delphi et ont donc été prises en compte lors de l'élaboration des indicateurs de qualité (**annexes 3 et 4**). Au total, l'équipe a retenu **36 recommandations clés** ayant obtenu **un score élevé lors des premier et deuxième tours Delphi** pour un troisième et dernier tour Delphi (voir étape 3b) : deux recommandations périnatales, 19 prénatales et 15 postnatales.

Cette procédure a offert une approche méthodologiquement rigoureuse pour sélectionner des recommandations fondées sur des données probantes et largement soutenues. La **figure 6** présente un aperçu schématique de l'ensemble du processus de sélection.

**Figure 6 :**

Vue schématique du processus de sélection (H = élevé, L = faible, O = incertain)





Étape 2b :

Bonnes pratiques et initiatives existantes dans les soins périnataux en Belgique

Les activités du projet ont permis de cartographier de manière systématique les bonnes pratiques et initiatives existantes dans les soins périnataux en Belgique. Il en ressort que divers acteurs, aux niveaux local, régional et national, proposent une large gamme d'actions. Toutefois, celles-ci sont souvent fragmentées, ponctuelles (liées à des projets) et de nature ad hoc, ce qui limite leur durabilité. Pour exploiter efficacement cette offre, une coordination centrale et une collecte structurée des bonnes pratiques sont nécessaires. Il est également essentiel de maintenir ces initiatives à jour et d'en informer régulièrement les prestataires de soins périnataux. **L'annexe 5** de ce rapport présente une liste non exhaustive d'exemples et d'actions existants dans le domaine des soins périnataux.



Étape 3 :

Sélection des indicateurs potentiels et validation des indicateurs conceptuels

Pour l'élaboration des indicateurs de qualité, l'équipe du projet est partie de **36 recommandations clés ayant obtenu un score élevé et de 5 recommandations incertaines**. Elle a établi une liste d'indicateurs potentiels et l'a soumise au groupe de développement lors d'un troisième et dernier tour Delphi, afin qu'ils puissent les évaluer en termes de pertinence et de faisabilité.

Étape 3a : Élaboration d'une liste d'indicateurs potentiels

Sur la base de **41 recommandations clés**, l'équipe du projet a élaboré une liste d'indicateurs de qualité pour les soins périnataux. Elle a comparé ces recommandations aux directives et critères de qualité existants, et a également consulté des bonnes pratiques (inter)nationales pertinentes, telles que le label VBOV Good Practice (GPL), ICHOM (Pregnancy & Childbirth ; Neonatology) et "Indicatorenset Integrale Geboortezorg van het College Perinatale Zorg". Trois membres du projet se sont réparti les recommandations et ont formulé individuellement des propositions d'indicateurs. Ces propositions ont été discutées lors de plusieurs réunions, puis évaluées sur leur qualité, afin d'aboutir à un ensemble d'indicateurs de qualité gérable et fiable.

Pour certaines recommandations, l'équipe du projet a formulé plusieurs indicateurs de qualité. Pour cinq recommandations, aucun indicateur distinct n'a été élaboré, car elles se chevauchaient avec d'autres recommandations ou indicateurs. Le groupe de développement a validé ces choix lors d'un troisième et dernier tour Delphi (voir étape 3b). Finalement, l'équipe a formulé une liste de **54 indicateurs conceptuels** : 4 périnataux, 28 prénataux et 22 postnatals (**annexe 6**).

Étape 3b : Procédure Delphi avec les parties prenantes pour la validation de la liste définitive des indicateurs

L'équipe du projet a soumis la liste des 54 indicateurs conceptuels au groupe de développement pour validation lors d'un **troisième et dernier tour Delphi en ligne**.

Le groupe de développement a évalué chaque indicateur de qualité en termes de pertinence et de faisabilité à l'aide d'une échelle de Likert à 9 points. Le critère de pertinence évalue dans quelle mesure l'indicateur est adapté pour mesurer la qualité des soins périnataux, tandis que le critère de faisabilité examine dans quelle mesure l'indicateur peut être appliqué dans la pratique des sages-femmes, tant au niveau micro (individuel) qu'au niveau macro (organisationnel). Un indicateur était considéré comme pertinent ou faisable lorsqu'un consensus était atteint au sein du panel et qu'un score médian de sept ou plus était obtenu. Pour cela, l'équipe du projet a calculé le score médian et le degré de concordance (cf. premier tour Delphi).

Calcul du score médian : L'équipe du projet a calculé, pour chaque recommandation, le score médian sur la base des scores individuels attribués par les membres du panel à l'aide d'une échelle de Likert à 9 points. L'échelle variait de 1 (le moins important) à 9 (le plus important).

Définition de l'accord : L'équipe a défini le niveau d'accord comme suit : accord lorsque ≥ 70 % des membres du panel ont attribué un score ≥ 7 ; indécis lorsque ≥ 30 % ont attribué un score ≥ 7 et ≥ 30 % un score ≤ 3 ; et désaccord dans tous les autres cas.

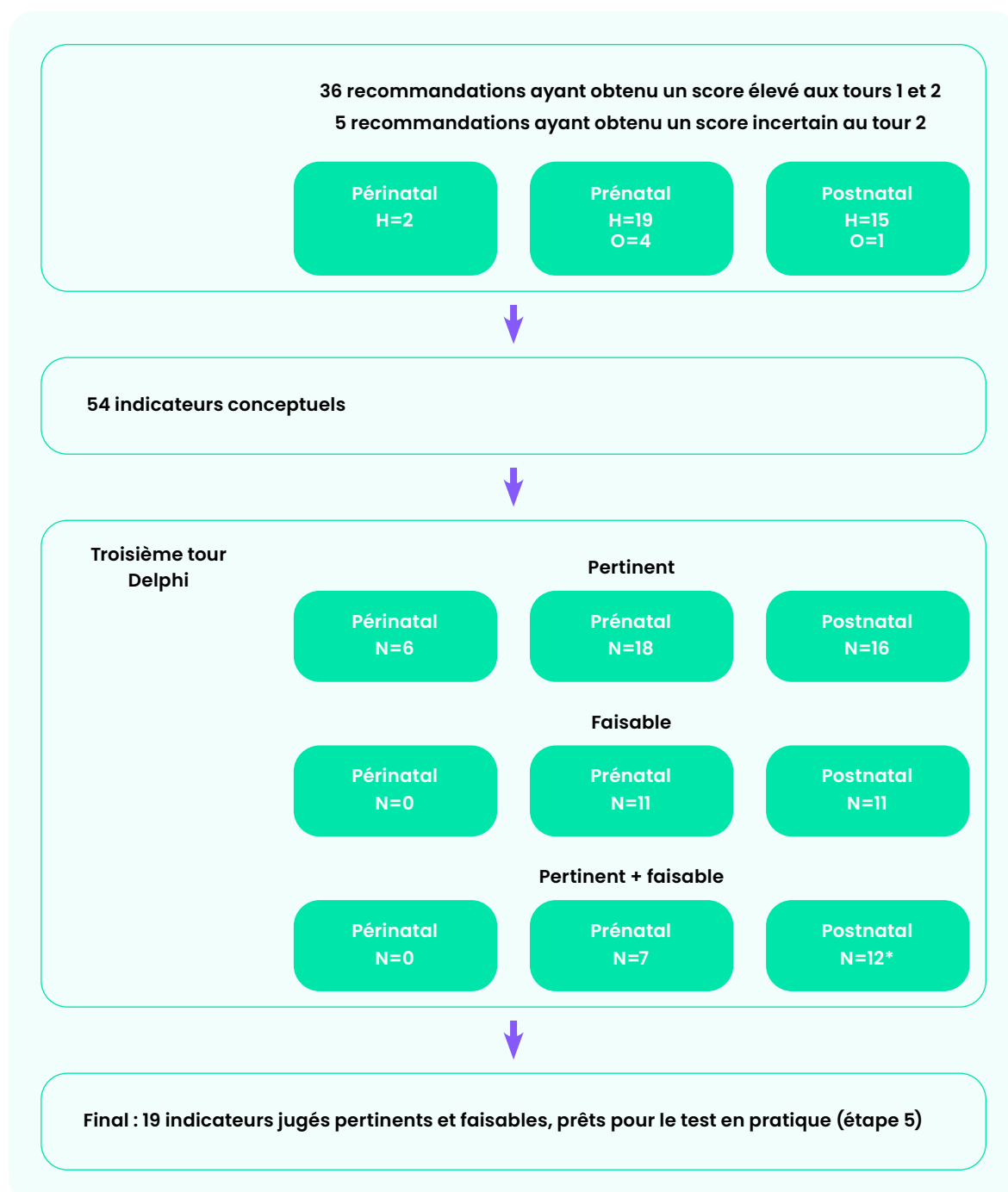


Le panel a jugé 40 indicateurs de qualité comme pertinents (deux périnataux, 20 prénataux et 18 postnatals) et 22 indicateurs comme faisables (11 prénataux et 11 postnatals). **Dix-neuf indicateurs** ont été considérés à la fois comme **pertinents et faisables** (7 prénataux et 12 postnatals). Pour les cinq recommandations déjà couvertes par d'autres recommandations ou indicateurs de qualité, le panel a approuvé qu'aucun indicateur distinct n'était nécessaire (voir **annexe 6**).

Lors du troisième tour Delphi, le panel a également été interrogé sur les sources de données des indicateurs et a identifié les obstacles potentiels ainsi que les besoins en matière de mise en œuvre (voir fiche indicateur et partie 2, deuxième groupe de discussion). L'ensemble du processus est présenté de manière schématique dans la **figure 7**.

Figure 7 :

Représentation schématique du processus de validation (H = élevé, L = faible, O = incertain)



* Lors de la rédaction des fiches indicateurs, l'indicateur Pre-19/O1-21, portant sur les femmes en post-partum, avait initialement été classé dans la section prénatale. Lors de la révision, il a été constaté que cet indicateur relevait en réalité du domaine postnatal. Pour cette raison, le nombre d'indicateurs postnatals faisables est de N=11, et le nombre d'indicateurs à la fois pertinents et faisables est de N=12.



Étape 4 :

Élaboration des indicateurs

Pour le développement des indicateurs de qualité, 19 indicateurs ont été sélectionnés, jugés à la fois pertinents et faisables par le groupe de développement. Pour chacun de ces indicateurs, **une fiche** spécifique a été élaborée, détaillant la justification, la méthode de mesure, les sources de données et l'application en pratique (**supplément 1**).

Types d'indicateurs

Les **indicateurs de processus** mesurent la réalisation des activités ou interventions de soins par les sages-femmes (par exemple, le suivi des consultations prénatales ou les pratiques d'accompagnement). Les **indicateurs de résultats** se concentrent sur les effets des soins pour les parents et les nouveau-nés (par exemple, la satisfaction, la durée de l'allaitement ou les pratiques de soins sécuritaires). Les **indicateurs de structure** concernent le contexte organisationnel et matériel des soins (par exemple, la présence de protocoles ou la tenue de réunions multidisciplinaires).

Les 19 indicateurs comprennent à la fois des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats, mais aucun indicateur de structure.

Structure des fiches indicateurs

Chaque fiche indicateur contient les éléments suivants :

- **ID de l'indicateur** – Numéro unique permettant d'identifier l'indicateur dans le cadre du projet.
- **Code de l'indicateur** – Code ou abréviation courte pour une référence rapide et une cohérence dans les documents.
- **Description** – Brève explication claire de ce qui est mesuré.
- **Numérateur** – Nombre de fois que l'événement, l'action ou le résultat visé se produit.
- **Dénominateur** – Population ou nombre total de situations auxquelles le numérateur s'applique.
- **Critères d'exclusion du dénominateur** – Situations ou patient-e-s non pris en compte pour cet indicateur.
- **Justification (lien avec la qualité)** – Pourquoi cet indicateur est important et comment il contribue à l'amélioration de la qualité et/ou à la sécurité des patient-e-s.
- **Niveau de preuve de la recommandation** – Qualité des données scientifiques ou des lignes directrices sur lesquelles l'indicateur est fondé (par ex. preuve élevée, moyenne, faible).
- **Sources** – Lignes directrices (inter)nationales, littérature, documents de consensus ou protocoles locaux soutenant l'indicateur.
- **Remarques** – Informations complémentaires sur l'application, l'interprétation ou les particularités.
- **Unité de mesure** – Unité ou échelle selon laquelle l'indicateur est exprimé (par ex. %, nombre, score).
- **Référence (benchmark)** – Valeur de référence ou objectif cible, si disponible, pour comparer les résultats.
- **Type d'indicateur** – Processus, structure ou résultat, selon ce qui est mesuré.



- **Source de données – Origine des données, par exemple dossier médical, questionnaires, observations ou entretiens.**
- **Prestataire de soins – Personne responsable de l'exécution ou de l'enregistrement de l'action mesurée (par ex. sage-femme, médecin, équipe pluridisciplinaire).**

Grâce à cette approche systématique, les indicateurs ne sont pas seulement théoriquement fondés, mais également applicables en pratique. Ils sont alignés sur les objectifs du projet, avec un équilibre entre indicateurs de processus et de résultats, afin de pouvoir suivre à la fois la mise en œuvre des soins et les résultats pour les parents et les nouveau-nés.



Étape 5 :

Mesure pilote et évaluation de la faisabilité

Dans cette étape, il s'agit de vérifier si les indicateurs sont mesurables en pratique et s'ils s'intègrent dans les processus de travail existants des sages-femmes. Les 19 indicateurs de qualité sélectionnés ont jusqu'à présent été développés uniquement par consensus, mais, en raison de ressources et de temps limités, ils n'ont pas encore été testés de manière systématique dans la pratique.

Dans cette étape, une tentative a également été faite pour impliquer les (futurs) parents. Toutefois, le recrutement s'est avéré difficile : aucune réponse n'a été obtenue en Flandre et à Bruxelles, et une seule en Wallonie. Cela souligne la nécessité de stratégies alternatives pour favoriser la participation des parents dans ce type de projets, ainsi que l'importance de recherches futures pour mieux comprendre et surmonter ces obstacles.

L'équipe du projet a vérifié les indicateurs par rapport aux logiciels actuellement disponibles pour les sages-femmes de première ligne (à savoir CareConnect Midwife (Corilus), Patientmanager et AllsoftPlus Vroedvrouwen), afin d'évaluer leur faisabilité, la collecte des données et leur intégration dans la pratique quotidienne (voir **annexe 6**). Il est également envisagé d'évaluer l'intégration des indicateurs dans la pratique des sages-femmes et leur faisabilité pratique à travers des travaux de fin d'études et/ou des projets de stage, et d'y apporter des ajustements si nécessaire.

Les résultats d'une mesure pilote et de l'évaluation peuvent être utilisés pour ajuster les fiches indicateurs, modifier ou supprimer certains indicateurs si nécessaire, afin qu'ils soient à la fois scientifiquement fondés et pratiquement utilisables pour l'amélioration de la qualité des soins prénatals et postnatals.



Étape 6 :

Évaluation critique des résultats

Dans le modèle de Plessers, l'étape 6 correspond à l'évaluation critique des résultats. Étant donné qu'aucun test en pratique ni mesure pilote n'a encore été réalisé dans le cadre de ce projet, une évaluation formelle des résultats n'est actuellement pas possible. Il ne serait donc pas logique d'inclure une évaluation critique complète dans ce rapport.

DEEL 2

Élaboration d'un plan de mise en œuvre

Dans la partie 2, l'équipe du projet a élaboré un plan de mise en œuvre, en accordant une attention particulière aux interventions, au soutien, à l'évaluation et au suivi des critères de qualité pour les soins prénatals et postnatals assurés par les sages-femmes. Ce travail a été réalisé en étroite collaboration avec le comité d'accompagnement et le groupe de développement, en s'appuyant sur le modèle de mise en œuvre d'ebpracticenet (Peters et al., 2020). Des initiatives belges existantes en matière de labels de qualité (par exemple, le label IHAB, le label GPL pour les soins postnatals du VBOV) et de promotion de la qualité (par exemple, Pro-Q-Kiné) ont également été consultées. En outre, des exemples (inter) nationaux de labels de qualité et de critères similaires pour les soins périnataux, ou de systèmes d'amélioration de la qualité pour les sages-femmes et autres prestataires de soins, ont été examinés (tels que le modèle A-EQUIP du Royaume-Uni, le modèle néo-zélandais de réflexion et d'évaluation pour les sages-femmes, et le registre de qualité des sages-femmes aux Pays-Bas).

L'élaboration de la partie 2 suit les cinq étapes du modèle de mise en œuvre de Peters et al. Pour les étapes qui se recoupent avec le modèle de Plessers, il est fait référence à la partie 1 de ce rapport.





Étape 1 : Identification

Une première étape consiste à constituer une équipe de parties prenantes. Le projet a débuté par la formation d'un groupe de développement composé de divers experts (voir partie 1 : étape 1).

L'étape suivante consiste à identifier le fossé entre les données probantes et la pratique, c'est-à-dire l'écart entre les preuves disponibles et la pratique actuelle.

Ebpracticenet a déjà réalisé une telle analyse en 2023 en interrogeant des prestataires de soins périnataux. Ceux-ci ont évalué le soutien à la mise en œuvre de quatre écarts entre les données probantes et la pratique, sur la base de cinq lignes directrices et rapports du KCE. Cette analyse a été suivie d'un processus de discussion et de sélection lors de deux réunions avec les parties prenantes. En résumé, cela a abouti aux résultats suivants :

- **Directive multidisciplinaire post-partum : La plupart des recommandations sont suivies, mais une sensibilisation des prestataires de soins périnataux reste nécessaire.**
- **Santé mentale périnatale et bien-être psychosocial : Les recommandations sont insuffisamment mises en œuvre, ce qui peut avoir de graves conséquences pour la mère et l'enfant. Leur mise en œuvre est réalisable et constitue une priorité.**
- **Orientation prénatale : Cette recommandation est insuffisamment appliquée, avec des conséquences importantes. Il est nécessaire d'établir de meilleurs accords et un cadre clair pour une orientation sécurisée et des critères de sortie bien définis.**
- **Plan de soins prénatal intégré : Cette recommandation est également insuffisamment mise en œuvre et constitue donc une priorité absolue. Des obstacles tels que l'absence d'un coordinateur de soins central et d'un dossier électronique partagé compliquent la mise en œuvre. Une meilleure collaboration a un effet direct sur la confiance, favorise des soins fondés sur des données probantes, optimise l'échange d'informations et permet des accords clairs.**

Le groupe de travail « Recherche scientifique » du VBOV a également examiné les connaissances, les attitudes et la pratique des sages-femmes flamandes en matière de pratique fondée sur les données probantes (EBP). Les résultats ont montré une attitude positive des sages-femmes envers l'EBP, mais cela contraste avec leur capacité à la mettre en œuvre. Le top trois des obstacles rencontrés par les sages-femmes dans l'utilisation des lignes directrices était : (1) le manque de temps, (2) le manque d'accès aux sources scientifiques, et (3) le manque de soutien de la part des collègues ou des employeurs. En outre, un écart important a été constaté entre les attitudes liées à l'EBP et la pratique réelle. Bien que la majorité considère qu'il est important de mettre en œuvre l'EBP, seule la moitié a déclaré consulter une source EBP une fois par mois ou moins. Cela montre que des programmes de formation sont nécessaires pour promouvoir l'EBP et améliorer les connaissances et compétences des sages-femmes. Un accès fluide aux bases de données et aux lignes directrices cliniques est également indispensable¹⁸.

Les constats ci-dessus sont également étayés par l'étude documentaire complémentaire, les rapports pertinents du KCE¹⁹, ainsi que par les échanges avec les parties prenantes concernées et les membres du comité d'accompagnement de ce projet.

¹⁸ Lanssens, D., Goemaes, R., Vrielinck, C., Tency, I. (2022). Knowledge, attitudes and use of evidence-based practice among midwives in Belgium: A cross-sectional survey. Eur J Midwifery, 6:36. <https://doi.org/10.18332/ejm/147478>

¹⁹ nl. Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen (KCE 326A, 2019), doorverwijzing bij de opvolging van laag-risicozwangerschappen (KCE 363A, 2023) en de organisatie van de zorg na een bevalling (KCE 232, 2014)



Bien qu'il soit possible de quantifier davantage le fossé entre les connaissances et la pratique (« know-do gap ») à l'aide de données issues des dossiers patients et des sources de l'INAMI, l'absence de logiciels standardisés pour les sages-femmes de première ligne, ainsi que les différences (régionales) dans leur utilisation, constituent un obstacle majeur. De plus, les critères d'homologation de ces logiciels sont encore en cours d'élaboration. Pour ces raisons, et en concertation avec le comité d'accompagnement, il a été décidé de ne pas réaliser d'analyse approfondie et fondée sur les données du fossé entre les données probantes et la pratique dans le cadre de ce projet.

Une dernière étape consiste à sélectionner des recommandations issues des lignes directrices périnatales, ce qui a déjà été réalisé à l'étape 2a de la partie 1.



Étape 2 :

Analyse du contexte

Cette étape consiste à identifier et à prioriser les obstacles et les facteurs facilitateurs liés à l'introduction des critères de qualité dans les soins périnataux. L'approche de cette analyse contextuelle a été double : d'une part via une enquête numérique, et d'autre part via des discussions en groupes de discussion par région.

Lors du troisième tour Delphi (partie 1), le groupe de développement a identifié, pour chaque critère de qualité, les obstacles potentiels et les besoins en matière de mise en œuvre. Ces informations ont été complétées par les obstacles à l'implémentation déjà recensés par ebpracticenet (2023, voir étape 1). La combinaison de ces différentes sources permet d'obtenir une vision plus complète des freins et des facteurs facilitateurs pertinents pour la mise en œuvre des critères de qualité dans les soins périnataux.

Les obstacles identifiés ont été classés selon le Theoretical Domains Framework (TDF) et la TICD-checklist (Tailored Implementation for Chronic Diseases). Cette checklist offre une approche structurée pour catégoriser ces obstacles et développer des stratégies de mise en œuvre ciblées. Elle est organisée en sept catégories et comprend au total 57 déterminants de la pratique. Un aperçu détaillé de la TICD-checklist ainsi que des obstacles identifiés est présenté en **annexe 7**.

L'équipe du projet a ensuite organisé un groupe de discussion en présentiel par région avec le groupe de développement, afin d'approfondir et de valider les obstacles identifiés et les besoins en matière de mise en œuvre. Lors de ces discussions, les étapes suivantes du modèle de mise en œuvre de Peters ont également été abordées, à savoir l'élaboration d'un plan de mise en œuvre (étape 3) et les suggestions pour l'évaluation, le suivi et le retour d'information (étape 4).

En raison du grand nombre d'obstacles identifiés, les participants aux groupes de discussion ont d'abord été invités à les prioriser, puis à sélectionner leur top 10 individuel. Les obstacles sélectionnés par tous les participants ont ensuite été regroupés, après quoi chacun a pu désigner un top 5. Le **tableau 3** ci-dessous présente, par région, les cinq obstacles prioritaires identifiés par les participants aux groupes de discussion.



Tableau 3 :

Top 5 des obstacles sélectionnés par région

TICD Checklist	Obstacle (selon la classification TICD)	Bruxelles	Flandre	Wallonie
Facteurs liés à l'indicateur de qualité (Indicateur de Qualité – IQ)	Manque de définitions claires et uniformes (médicales/obstétricales)	1		
	La mesurabilité est remise en question : il est difficile d'extraire certaines données des dossiers médicaux."		5	
Facteurs professionnels individuels	Manque de temps	2		
	Peu d'incitations au changement (notamment en raison de la rémunération/limitations de l'INAMI)	3		
Interaction professionnelle	Communication et coordination insuffisantes entre les prestataires de soins périnataux et les niveaux de soins		4	
	Manque de réseau multidisciplinaire et de collaboration		3	3
Incitations et ressources	Manque de matériel éducatif uniforme/standardisé dans différentes langues			5
	Pénurie de sages-femmes dans certaines régions			1
	Manque d'un dossier électronique partagé et multidisciplinaire	4	1	2
Facteurs sociaux, politiques et juridiques	Nomenclature INAMI inadéquate	5	2	4



Étape 3 :

Élaboration du plan de mise en œuvre

Dans cette étape, des interventions possibles sont associées aux obstacles identifiés, afin de développer à terme une offre de soutien visant à favoriser la mise en œuvre des lignes directrices périnatales dans la pratique des sages-femmes.

Exemples (inter)nationaux de systèmes d'amélioration de la qualité

Dans un premier temps, l'équipe du projet a consulté des exemples (inter)nationaux de labels de qualité et de critères existants pour les soins périnatals, ainsi que des systèmes d'amélioration de la qualité destinés aux sages-femmes et autres prestataires de soins. Le Good Practice Logo (GPL), Pro-Q-Kiné et le label IHAB (Initiative Hôpital Amis des Bébé) constituent trois exemples nationaux. Parmi les exemples internationaux, on retrouve le modèle de supervision des sages-femmes A-EQUIP, le modèle néo-zélandais de réflexion et d'évaluation pour les sages-femmes (Midwifery Standards Review – MSR) et le Registre de qualité des sages-femmes aux Pays-Bas.

Les éléments suivants sont ressortis de l'analyse des exemples (inter)nationaux :

- Généralement initiés par des organisations professionnelles (GPL, Pro-Q-Kiné, MSR et Registre de qualité des sages-femmes) ou par les autorités publiques (IHAB, A-EQUIP).
- Principalement axés sur les prestataires individuels (GPL, Pro-Q-Kiné, MSR, A-EQUIP et Registre de qualité des sages-femmes). Seul le IHAB s'applique au niveau des établissements de soins. A-EQUIP vise les sages-femmes, mais est intégré dans les structures du National Health Service (NHS).
- Des normes/ codes de conduite/ profils professionnels (inter)nationaux, des compétences, des cadres théoriques ou culturels et/ou des données scientifiques constituent le point de départ de tous les modèles d'amélioration de la qualité. Tous les modèles définissent des conditions ou critères spécifiques et proposent un règlement, un guide et/ou des informations en ligne.
- Généralement organisés au niveau national (Pro-Q-Kiné, IHAB, A-EQUIP, MSR, Registre de qualité des sages-femmes) ou régional (GPL).
- Des éléments centraux dans tous les modèles d'amélioration de la qualité sont la formation et l'auto-réflexion ou l'auto-évaluation critique, avec ou sans élaboration d'un plan d'action ou d'un parcours d'amélioration (Pro-Q-Kiné, IHAB, A-EQUIP), mais aussi :
 - Supervision (A-EQUIP);
 - Données/statistiques (IHAB, A-EQUIP, MSR);
 - Retour d'information de collègues (MSR) et/ou des patientes (Pro-Q-Kiné, A-EQUIP, MSR);
 - Concertation multidisciplinaire/intercollégiale (GPL, Pro-Q-Kiné, IHAB).
- L'accréditation est généralement accordée pour une période de trois ans (GPL, Pro-Q-Kiné, MSR), quatre ans (IHAB) ou cinq ans (Registre de qualité des sages-femmes). Dans le modèle de supervision A-EQUIP, il est attendu que les sages-femmes aient une interaction annuelle avec un Professional Midwifery Advocate (PMA) spécialement formé.
- Le processus d'accréditation est parfois payant (IHAB, MSR, Registre de qualité des sages-femmes).
- L'adhésion à l'organisation professionnelle n'est requise que pour le GPL, y compris l'affiliation à un cercle flamand de sages-femmes reconnu par l'organisation.
- La soumission se fait soit via un portfolio en ligne personnel (Pro-Q-Kiné, MSR pour les membres de l'organisation professionnelle, Registre de qualité des sages-femmes), soit par e-mail (GPL, IHAB), soit par courrier postal (MSR pour les non-membres). Dans le modèle de supervision A-EQUIP, aucun portfolio n'est mentionné, mais le processus est suivi par un PMA.



- Une commission (souvent indépendante) évalue les demandes, supervise le processus d'accréditation et/ou en assure le suivi, parfois via une évaluation externe ou de manière plus informelle. Les rôles et responsabilités de ces commissions varient fortement selon les modèles.
- L'accréditation s'accompagne d'une visibilité et d'une transparence envers les patientes et les autres prestataires de soins, via l'inscription dans un registre de qualité (Pro-Q-Kiné) ou la diffusion sur des supports de communication (GPL, IHAB, Registre de qualité des sages-femmes).

Une description détaillée de ces exemples (inter)nationaux se trouve dans le **supplément 2** de ce rapport.

Lors du groupe de discussion, l'équipe du projet a brièvement présenté aux participants les principes des différents exemples internationaux, suivie d'une discussion sur les stratégies possibles de mise en œuvre et les interventions liées aux critères de qualité, aux actions concrètes et aux facilitateurs. Dans la mesure du possible, on a également exploré la forme, le contenu et les responsabilités associées à chaque intervention ou action. Les interventions suggérées lors des réunions avec les parties prenantes (2023, ebpracticenet, voir étape 1) ont également été prises en compte.

Un plan de mise en œuvre avec cinq thèmes

Sur la base de toutes les barrières et besoins identifiés en matière de soins prénatals et postnatals, ainsi que des exemples (inter)nationaux, l'équipe du projet a élaboré un plan de mise en œuvre, en regroupant les contributions en cinq grands thèmes. Ces thèmes sont énumérés ci-dessous dans un ordre aléatoire, et la stratégie de mise en œuvre est brièvement expliquée.

Thème 1 : Santé mentale périnatale (anxiété, dépression)

Les six indicateurs de qualité (Q11 à Q16) liés à la santé mentale et au bien-être pendant la grossesse et la période postnatale ont tous été jugés pertinents, mais non réalisables. Étant donné que le bien-être mental et psychosocial a été identifié comme l'un des quatre éléments fondamentaux des critères de qualité pour les sages-femmes lors des réunions avec les parties prenantes (2023, ebpracticenet, voir étape 1), et que les politiques régionales et fédérales accordent également une grande importance à ce sujet, l'équipe du projet a décidé d'inclure ce thème séparément dans le plan de mise en œuvre. Le **tableau 4** ci-dessous présente les obstacles et les besoins en matière de santé mentale périnatale, ainsi que les stratégies possibles de mise en œuvre.

Tableau 4 :

Aperçu des barrières/besoins et des stratégies possibles de mise en œuvre – Thème 1 : Santé mentale périnatale

Barrières/besoins	Stratégies possibles de mise en œuvre
Manque de connaissances et d'expérience pour interroger et dépister Offre de formation diversifiée et fragmentée	Des formations durables, de qualité, fondées sur des données probantes, accréditées, proposées régulièrement et de nature multidisciplinaire.
Besoin de supervision et de discussion de cas	Discussion de cas multidisciplinaire accréditée sur une base régulière
Besoin d'un outil de dépistage simple et uniforme	Outil de dépistage validé et convivial, intégré dans le dossier numérique
Besoin de collaboration, de communication et d'accords multidisciplinaires	Cadre d'accords et parcours de soins local ou régional, ainsi que suffisamment de places d'accueil pour la mère et le bébé.



Thème 2 : Orientation de la sage-femme vers d'autres prestataires de soins périnataux (1er, 2e et 3e niveau) pour des raisons médicales

Le thème de l'orientation revient dans plusieurs critères de qualité (à savoir QI 4, 5, 9, 10, 11, 14, 35, 36, 37 et 47) et a été abordé à plusieurs reprises lors des discussions en groupe de réflexion ainsi que dans les retours de la troisième ronde Delphi. C'est pourquoi ce thème a été intégré séparément dans le plan de mise en œuvre, avec les stratégies d'implémentation ci-dessous formulées pour répondre aux barrières et besoins identifiés (**tableau 5**).

Tableau 5 :

Aperçu des barrières/besoins et des stratégies possibles de mise en œuvre – Thème 2 : Orientation

Barrières/besoins	Stratégies possibles de mise en œuvre
Besoin d'un cadre national clair pour l'orientation maternelle et néonatale, le retour d'information et le feedback	Outil transparent et concret pour l'orientation pendant la grossesse et en post-partum Lettre de référence régionale uniforme et politique de retour d'information et de feedback
Absence d'un numéro de registre national distinct pour la mère et le bébé	Voir le thème 4
Les données sur les orientations font défaut. Les orientations ne sont pas enregistrées dans le dossier numérique	Code INAMI pour l'orientation sur la base d'indications maternelles et néonatales

Thème 3 : Offre nationale (ou régionale) de matériel d'information (multilingue) accessible sur la grossesse et le post-partum pour les (futurs) parents

Différents critères de qualité font référence à la fourniture d'informations sur la grossesse et le post-partum aux (futurs) parents, tels que la santé, le mode de vie et le bien-être (QI12), la toxoplasmose (QI15), le streptocoque du groupe B (QI19), l'acide folique (QI22), le test NIPT (QI26), le travail, l'accouchement et le post-partum (QI32), l'allaitement maternel (QI50), l'alimentation artificielle (QI54). Des indicateurs de qualité liés au dépistage, comme les IST (QI17), et à la vaccination, comme la rubéole (QI21), nécessitent également une information et une sensibilisation adéquates des parents. Actuellement, chaque établissement de soins ou prestataire périnatal investit dans du matériel d'information, qu'il soit soutenu par des ressources existantes ou développé au niveau régional, ce qui entraîne une certaine fragmentation. Les discussions en groupe de réflexion ont révélé un besoin clair de partager et d'uniformiser le matériel d'information (**tableau 6**).

**Tableau 6 :**
**Aperçu des barrières/besoins et des stratégies possibles de mise en œuvre – Thème 3 :
Matériel d'information**

Barrières/besoins	Stratégies possibles de mise en œuvre
Les informations concernant la grossesse et le post-partum sont fortement fragmentées. Il existe un besoin de matériel partagé et uniformisé.	Plateforme centrale ou bibliothèque partagée de matériel d'information sur la grossesse et le post-partum (sélection de sujets prioritaires) Production scientifique (par exemple, une directive) avec des informations standardisées et accessibles pour les (futurs) parents
Besoin d'outils facilitant le processus de prise de décision partagée et de consentement éclairé.	Offre d'outils d'aide à la décision et de formulaires d'information et de consentement (sélection de sujets prioritaires)
Manque d'un outil uniforme et pratique pour mesurer la satisfaction des parents concernant les soins prodigués par les sages-femmes et la fourniture d'informations.	Outil validé permettant aux sages-femmes de mesurer la satisfaction des parents concernant les soins et les informations reçues.

Thème 4 : Partage des données périnatales

Une barrière importante, régulièrement et unanimement soulevée lors des discussions du projet, est le manque de partage de données entre les prestataires de soins périnataux (**tableau 7**).

Tableau 7 :
**Aperçu des barrières/besoins et des stratégies possibles de mise en œuvre – Thème 4 :
Partage des données périnatales**

Barrières/besoins	Stratégies possibles de mise en œuvre
Manque de partage des données	Ensemble minimal de données périnatales à partager Logiciels pour les sages-femmes de première ligne conformes aux indicateurs de qualité
Besoin de communication, de confiance et de collaboration entre les prestataires de soins périnataux à différents niveaux	Élaboration d'un parcours de soins périnatal et aperçu des prestataires de soins disponibles au niveau régional
Absence d'un numéro de registre national distinct pour la mère et le bébé Absence d'un dossier bébé distinct dans les logiciels utilisés par les sages-femmes de première ligne Absence d'une nomenclature INAMI spécifique pour le bébé	Alignement optimal entre les prestations des sages-femmes et la rémunération Enregistrement optimal via le dossier bébé et la nomenclature INAMI pour le bébé



Thème 5 : Portfolio national pour les sages-femmes

Ce thème est lié à l'étape 4 (évaluation, voir plus loin) du modèle de mise en œuvre de Peters et al. L'absence d'un portfolio national pour les sages-femmes est apparue comme une barrière importante lors des discussions en groupe de réflexion, et a été considérée comme une condition nécessaire pour permettre le suivi des critères de qualité (**tableau 8**).

Tableau 8 :

Aperçu des barrières/besoins et des stratégies possibles de mise en œuvre – Thème 5 : Portfolio

Barrières/besoins	Stratégies possibles de mise en œuvre
Besoin d'un portfolio national pour les sages-femmes	Portfolio numérique national pour les sages-femmes, géré par un organisme indépendant, incluant un règlement et une documentation, complété par une prime de qualité lorsque les critères d'accréditation sont remplis.

Un aperçu détaillé des barrières et des besoins, avec les stratégies possibles de mise en œuvre, y compris leur faisabilité et leur impact, se trouve dans le **supplément 3** de ce rapport.

L'identification des indicateurs de qualité fait également partie de cette troisième étape du modèle de mise en œuvre de Peters et al., mais cela a déjà été développé dans l'étape 3 de la première partie.



Étape 4 : Évaluation

Dans cette étape, les indicateurs de qualité sont évalués et opérationnalisés, ce qui a déjà été réalisé dans la partie 1 (étapes 3 et 4). En complément, une approche possible est développée afin de mettre en œuvre un modèle de promotion de la qualité pour les sages-femmes, basé sur les indicateurs de qualité (notamment les conditions, l'obtention et le maintien de l'accréditation, le suivi, le feedback, etc.).

L'équipe du projet a consulté, d'une part, des exemples (inter)nationaux de modèles similaires visant à promouvoir la qualité chez les sages-femmes et autres prestataires de soins (voir étape 3 et **supplément 2**). D'autre part, une séance de réflexion a été organisée lors du groupe de discussion afin d'élaborer une approche possible pour un modèle de promotion de la qualité destiné aux sages-femmes, en s'appuyant sur ces exemples (inter)nationaux comme guide.

Suivi et garantie de la qualité : besoins, suggestions et conditions préalables

Lors des groupes de discussion et des rondes Delphi, l'équipe du projet a explicitement interrogé les participants sur les besoins, les suggestions et les conditions préalables en matière de suivi, de feedback et de pérennisation de l'amélioration de la qualité dans la pratique des sages-femmes. Les exemples (inter)nationaux (notamment les modèles A-EQUIP, MRS, GPL, IHAB et Pro-Q-Kine) ont également servi de base à la réflexion. L'analyse contextuelle selon la classification TICD a en outre mis en évidence plusieurs conditions préalables et obstacles. Le groupe de développement a clairement indiqué que des étapes préparatoires importantes sont encore nécessaires avant de pouvoir passer à un suivi structurel. Toutes les contributions ont été intégrées dans des stratégies de mise en œuvre possibles, réparties en cinq thèmes (voir étape 3 et **supplément 3**).

Portfolio et auto-évaluation comme outils de garantie de la qualité

Une proposition largement soutenue concerne l'introduction d'un portfolio numérique national pour les sages-femmes (thème 5), dans lequel la formation continue, l'expérience professionnelle, la réflexion clinique, les améliorations de la qualité et les actions peuvent être enregistrées de manière systématique. Cela s'inscrit dans le cadre de l'obligation légale prévue par la Loi sur la qualité de 2019 (article 8) et du déploiement du portfolio électronique via le projet Portail de l'INAMI et du SPF Santé publique. Une prime de qualité pour les sages-femmes répondant aux critères d'accréditation (par analogie avec les kinésithérapeutes) pourrait également constituer un incitant.

Un tel portfolio ne soutiendrait pas seulement l'obligation de suivre 75 heures de formation sur cinq ans (dont 8 heures consacrées à la réanimation et aux compétences d'urgence pour les sages-femmes de première ligne pratiquant des accouchements de manière autonome), mais offrirait également un espace pour un approfondissement thématique, par exemple sur la santé mentale périnatale (SMP) ou l'e-santé. Il est en outre proposé d'introduire un document d'auto-évaluation permettant aux sages-femmes d'analyser leur pratique de manière systématique. Sur la base de cette réflexion, elles pourraient définir leurs propres priorités et travailler de manière ciblée sur un ou plusieurs indicateurs de qualité.



Discussion de cas, mentorat et audit entre pairs

Pour soutenir l'amélioration de la qualité également en équipe, l'organisation de réunions de cas au sein des cercles régionaux de sages-femmes est citée comme une pratique précieuse. Celles-ci peuvent être liées à l'intervision ou aux réunions existantes (Thème 1 et 5).

Il a également été proposé d'ancrer structurellement le mentorat et la supervision, à l'image du modèle A-EQUIP au Royaume-Uni ou du modèle MRS en Nouvelle-Zélande. Dans ce cadre, les sages-femmes sont accompagnées par des collègues expérimentées et spécialement formées, qui contribuent à une pratique obstétricale sûre, réflexive et fondée sur des données probantes, grâce à des audits, du coaching et du feedback. Il a été souligné que ces rôles doivent être associés à une rémunération. Un soutien structurel est également nécessaire.

Enregistrement et sélection des indicateurs de qualité

Afin de rendre le suivi de la qualité réalisable, l'importance de l'enregistrement automatique des données via le dossier patient électronique (DPE) a été soulignée. L'extraction manuelle est perçue comme chronophage et sujette aux erreurs. L'utilisation obligatoire du DPE par les sages-femmes peut être facilitée par les primes de télématique et administratives (Thème 4). Des critères d'homologation pour les logiciels DPE destinés aux sages-femmes de première ligne sont également essentiels.

Étant donné la nature partagée des soins périnatals, l'importance d'un enregistrement intégré des indicateurs de qualité a été soulignée, permettant de regrouper les données issues des systèmes informatiques de différents prestataires de soins. Le suivi de la qualité doit donc être basé sur une gestion de la population, et non uniquement centré sur la sage-femme individuelle.

Une mise en œuvre progressive des indicateurs de qualité, en partant d'un ensemble minimal tel que sélectionné dans la partie 1 de ce rapport (**supplément 1**), est considérée comme réaliste et applicable. Les sages-femmes peuvent déterminer elles-mêmes les indicateurs de qualité sur lesquels elles souhaitent travailler au cours de l'année à venir, ce qui favorise l'autonomie et la motivation.

Considérations politiques et conditions préalables

Enfin, la question de la responsabilité en matière de gestion et de suivi du monitoring et de l'assurance qualité a été abordée. Les groupes de discussion ont estimé que les autorités publiques sont les acteurs les plus appropriés, plutôt que les organisations professionnelles. Étant donné que l'adhésion à une organisation professionnelle est facultative, une obligation de participation par ce biais ne toucherait pas l'ensemble de la profession et soulèverait également des questions déontologiques. De plus, les organisations professionnelles et l'adhésion sont organisées au niveau régional, alors que l'assurance qualité doit s'appliquer à toutes les sages-femmes belges disposant d'un numéro INAMI. Une coordination au niveau national est donc nécessaire.

Plusieurs participants ont souligné l'importance de formations de qualité et accréditées, validées par exemple via le CEBAM. Il est recommandé d'ouvrir ces formations organisées dans les hôpitaux également aux sages-femmes de première ligne, par analogie avec le système de primes professionnelles et de prestations dans d'autres professions (Thèmes 1 et 5). Cela favorise également la communication et la collaboration entre les différents prestataires de soins périnatals.

En résumé, les contributions issues des groupes de discussion et des rondes Delphi montrent clairement que les sages-femmes reconnaissent la valeur ajoutée du suivi de la qualité, à condition que certaines exigences essentielles soient respectées : un portfolio national et indépendant, l'enregistrement automatique des indicateurs de qualité, un accompagnement via le mentorat et l'intervision, ainsi que le maintien de l'autonomie grâce au libre choix des indicateurs de qualité. Ces propositions s'alignent étroitement sur les bonnes pratiques existantes et les évolutions politiques en cours (**supplément 3**).



Étape 5 :

Durabilité

Il est important que les critères de qualité soient finalement intégrés dans la pratique des sages-femmes afin d'aboutir à un changement durable de la pratique. Pour atteindre le stade de l'intégration durable, certaines conditions préalables doivent d'abord être remplies et quelques stratégies de mise en œuvre doivent être effectivement réalisées.

COORDONNÉES

Inge Tency

Odisee-hogeschool – Cluster Gezondheidszorg
Opleiding Vroedkunde

Inge.tency@odisee.be

<https://www.odisee.be/onderzoeksprojecten/kwaliteitsindicatoren-voor-vroedvrouwen>



ANNEXES

Annexe 1 : Équipe de projet et comité d'accompagnement

Annexe 2 : Sources consultées

Annexe 3 : Évaluation des recommandations des Delphi 1 et 2

Annexe 4 : Recommandations reformulées et/ou regroupées sur la base du groupe de discussion

Annexe 5 : Aperçu des bonnes pratiques belges et des initiatives existantes dans les soins périnatals

Annexe 6 : Évaluation des indicateurs de qualité – Delphi 3

Annexe 7 : Aperçu des barrières selon la grille TICD





Annexe 1 :

Équipe de projet et comité d'accompagnement

Équipe de projet

Inge Tency

Inge studeerde in 1999 af als vroedvrouw en volgde nadien een Master in gezondheidspromotie (2002) in combinatie met een job als vroedvrouw in het ziekenhuis (tot 2005). Ze werkte als wetenschappelijk medewerker in de Vrouwenkliniek van UZGent en de vakgroep Uro-gynaecologie (UGent). Tevens was ze werkzaam als praktijkassistent in het skillslabonderwijs van de opleiding Geneeskunde (UGent). In 2013 behaalde Inge haar doctoraat met als titel “Inflammatory response in maternal serum during preterm labor”. In 2012 startte Inge als docent en onderzoeker binnen de opleiding Vroedkunde aan Odisee Hogeschool, waar ze verantwoordelijk is voor de wetenschappelijke leerlijn (EBP en Bachelorproef). Als coördinator internationalisering beschikt ze over een uitgebreid internationaal netwerk (o.a. via het Florence netwerk). Van 2016 tot 2018 was Inge gastprofessor binnen de Master Verpleeg- en Vroedkunde (UGent) waar ze o.a. titularis was van de vakken ‘Kwantitatieve onderzoeksmethoden’ en ‘Onderzoeksmethodologie voor Verpleeg- en Vroedkunde: onderzoeksvoorstel’.

Inge heeft expertise in zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek en is betrokken in verschillende (praktijkgerichte) onderzoeksprojecten (zie verder). Ze is speerpuntcoördinator voor het onderzoek rond perinatale en familiale zorg binnen de cluster Health van Odisee Hogeschool. Inge is verder betrokken in (evidence-based) richtlijnontwikkeling o.a. als hoofdauteur van de multidisciplinaire richtlijn postpartum en bestuurder Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL). Ze is lid van het multidisciplinaire redactieteam en is als redacteur betrokken bij de contextualisatie JBI-richtlijnen (EBPracticeNet). Vanuit de werkgroep Wetenschappelijk onderzoek van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV) werkte Inge mee aan een studie waarbij de kennis, attitude en praktijk (KAP-studie) werd nagegaan bij Vlaamse vroedvrouwen ten aanzien van EBP en klinische richtlijnen. Ze is ook betrokken bij het jaarrapport van de VBOV omtrent autonoom vroedvrouwgeleide zorg en verzorgt regelmatig de rubriek ‘Evidence-based vroedvrouwenzorg’ in het Tijdschrift voor Vroedvrouwen, waarbij een praktijkcasus wetenschappelijk wordt uitgewerkt via een zeven stappenplan.

Inge is hoofdonderzoeker van het NeoParent-project waarbij verschillende tools werden ontwikkeld om ouders met een baby op de neonatologie te ondersteunen (o.a. een mobiele applicatie, de NeoParent-app, een filosofische troostkoffer om met kinderen in dialoog te gaan over rouw, verlies en afscheid nemen en een ontslagtool voor ouders vanuit een netwerkperspectief). Momenteel wordt ook een digitaal platform ‘Te vroeg’ uitgebouwd voor ouders van (ex-) prematuren. Bij de implementatie van de NeoParent-app werd vertrokken van het implementatiemodel van Grol & Wensing in combinatie met het user-centered designmodel. Verder is er binnen Odisee expertise om innovatie in het werkveld te implementeren en wordt onderzoek gevoerd naar toekomstige competenties/vaardigheden van zorgverleners.

Verder is/was Inge betrokken als onderzoeker in volgende projecten:

- ‘KADET’ waarbij een intergenerationele ondersteuningstool voor grootouders ten aanzien van brussen werd ontwikkeld
- ‘PATH’, een Interreg2zeeën project rond perinatale mentale gezondheid (<https://path-perinatal.eu/>)
- ‘VRNurse4KIDS’, een ErasmusKA2 project om het bewustzijn en de aandacht voor VR te vergroten bij studenten, docenten en zorgverleners en hun kennis, competenties en vaardigheden te optimaliseren.



- 'NutriWOUND', gericht op de implementatie van gerichte voedingsinterventies bij patiënten met ernstige decubitusletsels

Florence D'haenens

Florence studeerde in 2009 af als vroedvrouw en volgde nadien een Master in Verpleeg- en Vroedkunde (2012) in combinatie met een (praktijk)lectorschap binnen de opleiding Vroedkunde aan de Erasmushogeschool Brussel (tot heden). In 2011 startte Florence tevens als onderzoeker binnen dezelfde opleiding. Daarnaast is Florence, samen met twee andere collega's, ook verantwoordelijk voor de wetenschappelijk leerlijn (Evidence-Based Midwifery en Bachelorproef). De expertise van Florence is zowel gericht op het kwalitatief als kwantitatief onderzoek. Zij wordt in diverse (praktijkgerichte) onderzoeksprojecten betrokken (zie verder). Florence is verder betrokken in (evidence-based) richtlijnontwikkeling o.a. als coauteur van de multidisciplinaire richtlijn postpartum.

Florence startte als hoofdonderzoeker in een onderzoeksproject rond de competenties, barrières en rol van verpleegkundigen en vroedvrouwen voor etnisch en sociaaleconomisch kwetsbare patiëntengroepen en het gevoerde ontslagmanagement in het Universitair Ziekenhuis Brussel. Vervolgens was ze hoofdonderzoeker in een project voor de ontwikkeling en implementatie van een transmuraal postnataal zorgpad met differentiatie en specifieke aandacht voor maatschappelijke kwetsbare pas bevallen vrouwen/gezinnen die de materniteit van het Universitair Ziekenhuis Brussel verlaten. Ze heeft tevens expertise opgebouwd in de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren d.m.v. een wetenschappelijk onderzoeksproject rond de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor kwetsbare moeders gedurende de perinatale periode (in samenwerking met de Artevelde Hogeschool).

Recent is ze, al dan niet als hoofdonderzoeker, betrokken in volgende onderzoeksprojecten:

- Brussels Research on Breastfeeding, Lactation and Technology met als doel de kennis over innovatieve diagnose- en behandelingsmethoden voor mastitis en candidiasis vergroten, specifiek gericht op de Brusselse bevolking met haar grote diversiteit aan patiënten.
- Virtual reality in nursing and midwifery education: A qualitative systematic review and thematic synthesis of students and educators' views and experiences
- Improving Healthcare Providers Training for Perinatal Risk Prevention of Vulnerable Women using 360° Virtual Reality (V(R)UCOM) met als doel de ontwikkeling van 360° VR scenario's om (toekomstige) zorgprofessionals te trainen in de zorg specifiek voor kwetsbare gezinnen.
- Brussels Innovation to Support Mental Health in Transition to Fatherhood (BruMen) met als doel de ontwikkeling van een applicatie om de mentale gezondheid van (toekomstige) vaders te ondersteunen en hen evidence-based informatie schaffen.
- Communicating effectively with vulnerable women during the perinatal period: een systematische review met als doel om strategieën in de praktijk te identificeren die de communicatie met kwetsbare gezinnen op een positieve manier beïnvloeden.
- Digital Technologies and Applications Utilization in Midwifery Practice in Belgium: een descriptief onderzoek met als doel om inzicht te krijgen in de mate waarin digitale technologieën en applicaties in de vroedkundige praktijk en in het onderwijs gebruikt worden.
- Monitoring Nursing and Midwifery Students' Stress level using Wearable Device during High-Fidelity Simulation (Sim-Stress study) met als doel om het stressniveau van studenten tijdens simulatietrainingen in kaart te brengen zodoende de debriefing wijze te optimaliseren
- D(e)pression in dads project is een project rond het in kaart brengen van de kennis en attitude van de algemene bevolking rond paternale depressie.

Delphine Maes

Delphine studeerde in 2020 af als vroedvrouw en volgde aansluitend de Master in Gezondheidsbevordering (2022). Zij werkte anderhalf jaar als projectmedewerker bij De Wase Kiem in Sint-Niklaas. Sinds 2022 is Delphine werkzaam als docent en onderzoeker binnen de opleiding Vroedkunde aan Odisee. Daarnaast combineert zij deze functie met klinische praktijk als vroedvrouw op de materniteit en verloskamer van VITAZ (Sint-Niklaas). Delphine heeft internationale ervaring opgedaan via een buitenlandse stage in Vietnam (verloskamer, Tu Du Hospital, Ho Chi Minh) en Erasmus in het kader van haar masterproef aan de Universiteit



van Zaragoza (Espagne). Haar expertise ligt op vlak van preventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsgeletterdheid. Binnen de opleiding Vroedkunde is zij verantwoordelijk voor de vakken perinatale vaardigheden en gezondheidspromotie. Via haar rol als stagebegeleider staat zij in nauw contact met het werkveld. Door de combinatie van onderwijs en praktijk heeft zij goed zicht op de actuele noden in de intramurale perinatale zorg. Verder is zij ook betrokken als interne promotor bij bachelorproeven van studenten Vroedkunde.

Sarah Michel

Sarah Michel est sage-femme depuis 2009. Elle a travaillé en Afrique de l'Est en tant que sage-femme. Depuis 2016, elle est maître de formation pratique à la Haute Ecole Léonard de Vinci au sein de la section sage-femme. Elle est sage-femme indépendante depuis 2017 et offre des consultations prénatales, de la préparation à la naissance, des accompagnements à la naissance et suivi post-partum. Elle a un master Européen en recherche de la maïeutique depuis 2022. Afin d'obtenir ce master elle a effectué une étude rétrospective sur les facteurs de risque de transfert intra partum entre la maison de naissance intra-hospitalière et la salle de naissance de l'hôpital Erasme. Elle participe régulièrement en tant que experts à l'élaboration de guidelines du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) et du WOREL, notamment sur la création d'un outil de référencement des femmes enceinte entre la première ligne et la deuxième ligne de soin. Elle fait partie du comité de rédaction de EBPracticeNet. Elle participe également à la contextualisation des JBI-guidelines pour le groupe sage-femme. Elle fait partie du comité scientifique de l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belge (UpSfb) et du comité du CEPIP (Centre d'Épidémiologie Périnatale). Elle collabore régulièrement avec le KCE, EBPracticeNet, le CEPIP, le WOREL et l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité).

Céleste Vincent

Céleste Vincent est sage-femme au CHU Saint-Pierre depuis 2014, et a exercé dans toutes les unités du pôle obstétrique (MIC, maternité, salle de naissance, consultations prénatales), où la pratique sage-femme est autonome pour les grossesses, les accouchements et le post-partum à bas risque et en collaboration pour le moyen et haut risque. En 2018, elle finit un master Européen en sciences Sages-Femmes, qui lui a permis de développer des projets d'envergure au sein du département d'obstétrique de l'hôpital. Depuis 2021, elle est responsable d'une des maternité (unité postnatale U508), qui comprend 20 lits mères-enfants. A ce titre, elle collabore de manière pluridisciplinaire avec les différents professionnels de la santé, s'implique dans différents réseaux de santé périnatale bruxellois et elle élabore et met en œuvre des protocoles pour le service postnatal. En 2019, Céleste a mis en place le comité scientifique de l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UpSfb) avec Clémence Vital Durand et Sarah Michel. Elles participent à la promotion et défense de la profession sage-femme sur les bases de l'EBP. Elle travaille ensemble avec des différents les instances internationales, européennes, fédérales, régionales et communautaires, en prenant part dans le Conseil Fédéral des Sages-Femmes belge et la Belgian Midwives Association (BMA).



Comité d'accompagnement

Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Meike Horn
Samira Ouraghi
Kelly Janssens
Serena Debonnet
Patricia Chavez Mejia
Ilyse Kenis

Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

Lies Grypdonck

Réseau Evikey

Liz Ponnet (coordination du réseau)
Carolien Strouwen (CEBAM, cellule évaluation)
Deborah Seys (CEBAM, cellule évaluation)
Liesbeth Meel (CEBAM, cellule évaluation)
An Lehouck (ebpracticenet, cellule mise en œuvre)
Marleen Corremans (ebpracticenet, cellule mise en œuvre)
Jef Adriaenssens (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), cellule de priorisation)



Annexe 2 :

Sources consultées

Organisations	Reference	Titre
KCE	(KCE, 2014)	232 : L'organisation des soins après l'accouchement
KCE	(KCE, 2015)	248 : Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse?
KCE	(KCE, 2019)	313 : Performance du système de santé belge
KCE	(KCE, 2019)	326 : Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque
KCE	(KCE, 2023)	363 : Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque
KCE	(KCE, 2023)	370 : Performance du système de santé belge : révision du cadre conceptuel et de la liste des indicateurs
KCE	(KCE, 2024)	376 : Performance du système de santé belge
Riseup-ppd	(Riseup-ppd, 2023)	Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression.
WOREL	(Tency et al, 2022)	Guideline multidisciplinaire des soins postnatals dans la première ligne de soins (partie 1)
WOREL	(Tency et al, 2024)	Guideline multidisciplinaire des soins postnatals dans la première ligne de soins (partie 2)
Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care (LEAP)	(LEAPP, 2024)	Australian Pregnancy Care Guidelines
Australian Clinical Practice Guideline	(Austin, Highet and the Expert Working Group, 2018)	Mental Health Care in the Perinatal Period
NICE	(NICE, 2021)	Antenatal care
NICE	(NICE, 2023)	Intrapartum care
NHG	(Damen et al., 2023)	Zwangerschap en kraamperiode
Vlaams Expertisenetwerk Perinatale Mentale Gezondheid	(Vlaams Expertisenetwerk Perinatale Mentale Gezondheid, 2021)	Aanbevelingen tot Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van Perinatale Mentale Gezondheid
WHO	(WHO, 2016)	Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience
WHO	(WHO, 2022)	Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience
WHO	(WHO, 2016)	Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities
ICM	(ICM, 2023)	Definition and scope of practice of the midwife
ICM	(ICM, 2019)	Essential competencies for midwifery practice
ICM	(ICM, 2021)	Professional framework for midwifery
La ligue des familles	(La ligue des familles, 2022)	Post-partum: il faut soutenir les femmes qui viennent de donner naissance
ONE	(ONE, 2024)	Grandir en sécurité de 0-9 mois
ONE	(ONE, 2023)	Grossesse et allaitement: que manger?
ONE	(ONE, 2023)	La vaccination de la femme enceinte
ONE	(ONE, 2023)	Un bébé bientôt
ONE	(ONE, 2020)	Allaitement maternel
ONE	(CRGOLFB et ONE, 2016)	Guide du postpartum



Organisations	Reference	Titre
Info Santé	(Info Santé, 2019)	Suivi de la grossesse
	(Alexander et al., 2022)	Guide de consultation prénatale
Solidaris	(Solidaris, 2023)	Dépression post partum. Résultats de l'enquête
Cochrane review	(Sandall et al.)	Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women (review)
Cochrane review	(Directoraat Generaal Gezondheidszorg, 2016)	Het Beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw.
Cochrane review	(Lanssens et al., 2022)	Knowledge, attitudes and use of evidence-based practice among midwives in Belgium: A cross-sectional survey (2022)
Cochrane review	(Van Damme et al., z.d.)	Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen.
MUNET	(Midwifery Unit Network, 2020)	Midwifery Unit Standards
COST NETWORK	(Escuriet et al., 2015)	Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators.
VBOV	(VBOV, 2016)	Good-practice logo
BFHI	(BFHI, 2023)	Une démarche de qualité pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans les hôpitaux
ICHOM	(ICHOM, 2017)	Pregnancy and childbirth data collection reference guide.
ICHOM	(ICHOM, 2020)	Neonatology
	(College Perinatale Zorg, 2023)	Indicatorenset Integrale geboortezorg
	(Struijs et al., 2019)	Indicatoren Kansrijke Start. Een Delphi studie



Annexe 3 :

Évaluation des recommandations Delphi 1 et 2

*Suggestion du groupe de développement de fusionner et/ou reformuler ces recommandations. Voir l'annexe 4 pour les scores obtenus lors de Delphi 2 pour ces recommandations.

	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
	Recommandations périnatales					
PERI-1	Adressez dès que possible un nouveau-né dont la mère séronégative développe la varicelle entre 7 jours avant et 7 jours après l'accouchement vers le deuxième niveau de soins pour l'administration d'une prophylaxie post-exposition avec des immunoglobulines anti-varicelle-zona (VarizIG). L'administration de VarizIG est déconseillée chez les nouveau-nés présentant déjà des signes visibles de varicelle.	(Damen et al., 2023)	Non publié	Incertain		Faible
PERI-2	Utilisez l'échelle d'évaluation de la dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) pour dépister une éventuelle dépression chez les femmes pendant la période périnatale.	(LEAPP, 2024)	Recommandation fondée sur des preuves	Incertain*		Annexe 4
	Recommandations prénatales					
PRE-3	Adressez les femmes enceintes de plus de 20 semaines d'aménorrhée présentant un premier épisode d'hypertension (pression artérielle $\geq 140/90$ mmHg) vers les soins de deuxième ligne pour une évaluation dans les 24 heures, en raison du risque de complications telles que la prééclampsie.	(NICE, 2021)	Non publié	Faible		
PRE-4	En cas d'exposition à la varicelle, orientez la patiente enceinte vers les soins de deuxième ligne le plus rapidement possible, et au plus tard dans les 10 jours. Elle pourra alors recevoir une prophylaxie post-exposition par immunoglobulines anti-varicelle-zona (VZIG), ou un traitement par valaciclovir en cas d'apparition des premiers symptômes.	(Damen et al., 2023)	Non publié	Faible		
PRE-5	En cas de (suspicion de) déshydratation, de perte de poids ou d'amélioration insuffisante des symptômes malgré un traitement antiémétique pour hyperémèse gravidique, envisagez une orientation vers les soins de deuxième ligne.	(Damen et al., 2023)	Non publié	Haut		
PRE-6	En cas de suspicion de psychose, orientez immédiatement la patiente vers un psychiatre ou un service d'urgence psychiatrique, notamment en raison du danger potentiel pour l'enfant.	(Damen et al., 2023)	Non publié	Incertain*		Annexe 4
PRE-7	En cas de suspicion de thrombose ou d'embolie pulmonaire, orientez la patiente vers les soins de deuxième ligne.	(Damen et al., 2023)	Non publié	Haut		
PRE-8	Lors de l'orientation vers les soins prénatals : (1) Fournir un formulaire de référence facile à remplir. (2) Proposer des informations sur la santé et le bien-être en début de grossesse avant le rendez-vous de réservation. Ces informations doivent inclure les facteurs modifiables pouvant influencer la grossesse, tels que l'arrêt du tabac, l'évitement de l'alcool, la prise de suppléments et une alimentation saine. (3) Veiller à ce que le matériel soit disponible dans plusieurs langues ou formats, tels que numérique, imprimé, en braille ou en version facile à lire (Easy Read).	(NICE, 2021)	Non publié	Haut		
PRE-9	Le formulaire de référence pour initier les soins prénatals doit permettre aux professionnels de santé d'identifier les femmes ayant des besoins spécifiques en matière de santé et de soins sociaux, ainsi que les facteurs de risque, y compris ceux pouvant être pris en charge avant le rendez-vous de réservation (par exemple, le tabagisme). Il doit également inclure les coordonnées du médecin traitant de la femme.	(NICE, 2021)	Non publié	Faible		
PRE-10	Proposez un premier rendez-vous avec une sage-femme avant 10 semaines d'aménorrhée (10+0 SA).	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain	Supprimé	



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
PRE-11	Si une femme enceinte prend contact avec un professionnel de santé périnatale après 9 semaines d'aménorrhée (9+0 SA), proposez-lui, dans la mesure du possible, un premier rendez-vous prénatal (de réservation) dans un délai de deux semaines.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain		Haut
PRE-12	Proposez un dépistage de l'anémie (carence en fer) à toutes les femmes enceintes en début de grossesse. En plus du taux d'hémoglobine, il est utile de mesurer le VGM (volume globulaire moyen), la TCMH (teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine) et la CCMH (concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine). Un second bilan au début du troisième trimestre peut être indiqué en vue de l'accouchement.	(LEAPP, 2024; Damen et al., 2023)	Fondé sur le consensus (LEAPP); Non publié (Damen et al.)	Faible		
PRE-13	Les sages-femmes doivent orienter vers le médecin généraliste pour des examens complémentaires en cas de VGM < 70 fL ou > 100 fL, ou si l'augmentation du taux d'hémoglobine reste insuffisante malgré une supplémentation en fer.	(Damen et al., 2023)	Non publié	Incertain		Incertain
PRE-14	Conseillez aux femmes enceintes des mesures pour prévenir l'infection par la toxoplasmose, telles que : - Se laver les mains avant de manipuler des aliments - Laver soigneusement tous les fruits et légumes, y compris les salades prêtes à consommer, avant de les manger - Cuire soigneusement la viande crue et les plats préparés réfrigérés - Porter des gants et se laver soigneusement les mains après avoir travaillé la terre ou jardiné - Éviter tout contact avec les excréments de chat, que ce soit dans la litière ou dans la terre	(LEAPP, 2024)	Grade C	Haut		
PRE-15	Proposez systématiquement un dépistage de la chlamydia lors de la première consultation prénatale aux femmes enceintes de moins de 30 ans.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Incertain*		Annexe 4
PRE-16	Proposez à chaque femme enceinte, dès le début de la grossesse, un test de dépistage du VIH lorsque des interventions sont disponibles pour réduire la transmission de la mère à l'enfant.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Incertain		Haut
PRE-17	Recommandez un dépistage de l'hépatite C lors de la première consultation prénatale.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Incertain*		Annexe 4
PRE-18	Proposez un test de dépistage du VIH à chaque femme enceinte en début de grossesse, lorsque des interventions sont disponibles pour réduire la transmission de la mère à l'enfant.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Incertain*		Annexe 4
PRE-19	Proposez aux femmes enceintes dont le statut immunitaire est inconnu, avant ou au début de la grossesse, un test des IgG dirigés contre la rubéole afin d'identifier celles qui ne sont pas immunisées. Conseillez-leur d'éviter les personnes malades présentant une éruption cutanée et proposez une vaccination pendant la période post-partum.	(LEAPP, 2024; Damen et al., 2023)	Grade B (LEAPP); Non publié (Damen et al.)	Incertain		Incertain
PRE-20	Il est recommandé de réaliser un dépistage de la syphilis lors du premier contact prénatal.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Incertain*		Annexe 4
PRE-21	Chez les femmes présentant une syphilis infectieuse nouvellement confirmée, il est recommandé d'administrer dès que possible une dose intramusculaire de 1,8 g de pénicilline benzathine (sous forme de deux injections de 900 mg), et de veiller à ce que ce traitement soit effectué au moins 30 jours avant la date prévue de l'accouchement afin de garantir une prise en charge adéquate avant la naissance.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Incertain	Supprimé	
PRE-22	Proposez à chaque femme enceinte, en début de grossesse, un dépistage de la bactériurie asymptomatique (sur un échantillon d'urine entre 24 et 28 semaines pour une numération des globules blancs et une culture), car le traitement est efficace et réduit le risque de pyélonéphrite.	(LEAPP, 2024)	Grade A	Incertain		Faible
PRE-23	Ne proposez pas de dépistage d'une carence en vitamine D aux femmes enceintes en l'absence d'indication spécifique.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Faible		



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
PRE-24	La supplémentation en vitamine D pourrait avoir un effet bénéfique sur le risque de diabète gestationnel, ainsi que sur les risques qu'un enfant soit petit pour l'âge gestationnel à la naissance ou développe des symptômes ressemblant à l'asthme ou une respiration sifflante. Il est recommandé aux femmes enceintes de compléter leur apport alimentaire par un supplément de 10 microgrammes par jour, quel que soit le moment de l'année, le niveau d'exposition au soleil ou le type de peau.	(Damen et al., 2023)	Non publié	Incertain	Supprimé	
PRE-25	L'utilisation systématique de la cardiotocographie pour l'évaluation du fœtus chez les femmes ayant une grossesse non compliquée n'est pas recommandée.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Faible		
PRE-26	Conseillez des compléments alimentaires contenant 400 µg d'acide folique par jour, idéalement à partir d'un mois avant la conception et pendant les trois premiers mois de la grossesse, afin de réduire le risque de défauts du tube neural.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Haut		
PRE-27	Informez les femmes enceintes qui prennent un supplément de fer que la supplémentation hebdomadaire (80 à 300 mg de fer élémentaire) est aussi efficace que la supplémentation quotidienne (30 à 60 mg de fer élémentaire) pour prévenir – mais non traiter – l'anémie ferriprive, avec moins d'effets indésirables.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Faible		
PRE-28	Mesurez la tension artérielle lors de la première consultation prénatale afin de détecter une éventuelle hypertension préexistante.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Haut		
PRE-29	Fournissez à toutes les femmes ou couples, au cours du premier trimestre, des informations sur l'objectif et les implications du dépistage de la probabilité d'anomalies chromosomiques, afin qu'ils puissent faire un choix éclairé.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Haut		
PRE-30	En cas de démangeaisons intenses sans lésions cutanées (notamment au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds), dosez les acides biliaires sériques afin de dépister une cholestase gravidique.	(Damen et al., 2023)	Non publié	Incertain*		Annexe 4
PRE-31	Fournissez aux femmes enceintes, au début de la grossesse, des informations appropriées sur le nombre estimé, le calendrier et le contenu des consultations prénatales selon les différentes options de suivi, et donnez-leur la possibilité de discuter de ce calendrier.	(LEAPP, 2024)	Good-practice-statement	Incertain		Haut
PRE-32	Lors de la planification et de la mise en œuvre des services prénatals, veillez à créer un environnement accueillant à la fois pour les partenaires et les femmes enceintes, par exemple en : - fournissant des informations sur la manière dont les partenaires peuvent être impliqués dans le soutien à la femme pendant et après la grossesse ; - diffusant des informations sur la grossesse destinées à la fois aux partenaires et aux femmes enceintes ; - affichant des images positives de l'implication des partenaires (par exemple sur les panneaux d'affichage ou dans les salles d'attente) ; - prévoyant des sièges dans le cabinet de consultation pour la femme et son partenaire ; - envisageant de permettre aux partenaires d'assister aux rendez-vous à distance.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain*		Annexe 4
PRE-33	À chaque consultation prénatale, donnez aux femmes enceintes qui fument des conseils personnalisés sur l'arrêt du tabac et fournissez-leur des informations sur les services disponibles pour les accompagner dans cette démarche, y compris des précisions sur le moment, le lieu et la manière d'y accéder.	(LEAPP, 2024)	Practice-point	Faible		
PRE-34	Si la femme ou son partenaire fume, ou a arrêté de fumer au cours des deux dernières semaines, proposez une orientation vers des services de soutien à l'arrêt du tabac.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Grade B (LEAPP); Non publié (NICE)	Incertain		Faible
PRE-35	Posez la question de manière bienveillante et délicate sur les violences conjugales lors de la première consultation prénatale, ou dès que possible lorsque la femme est seule. Veillez à ce qu'un entretien en tête-à-tête soit possible.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain*		Annexe 4



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
PRE-36	Lors de chaque consultation prénatale, effectuez une évaluation des risques comme suit : - poser des questions à la femme sur sa santé générale et son bien-être ; - demander à la femme (et à son partenaire, s'il est présent) s'il y a des préoccupations qu'ils souhaitent aborder ; - garantir un environnement sûr et offrir à la femme la possibilité d'aborder des sujets tels que des inquiétudes liées à la vie à la maison, des violences conjugales, des craintes concernant l'accouchement (par exemple en cas d'expérience traumatisante antérieure) ou des préoccupations liées à sa santé mentale ; - revoir et réévaluer le plan de soins pour la grossesse ; - identifier les femmes ayant besoin de soins supplémentaires.	(NICE, 2021)	Non publié	Haut		
PRE-37	Lors de chaque consultation prénatale, mettez à jour le dossier prénatal de la femme avec les informations concernant ses antécédents, les résultats d'exams, les constatations cliniques, les traitements en cours et les échanges réalisés.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain*		Annexe 4
PRE-38	Lors de la première consultation prénatale en présentiel : - proposer de mesurer la taille et le poids de la femme et de calculer son indice de masse corporelle (IMC) ; - proposer une prise de sang pour effectuer une numération formule sanguine complète, déterminer le groupe sanguin et le statut Rhésus D (groupe sanguin, Rhésus, anticorps irréguliers anti-érythrocytaires).	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain*		Annexe 4
PRE-39	Fournissez des informations et proposez une échographie aux femmes enceintes qui ne sont pas certaines de la date de conception, entre 8 semaines + 0 jour et 13 semaines + 6 jours, afin de déterminer la durée de la grossesse, de détecter une grossesse multiple et de dater avec précision les exams de dépistage des anomalies fœtales.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Incertain	Supprimé	
PRE-40	Proposez une échographie aux femmes enceintes entre 18 semaines + 0 jour et 20 semaines + 6 jours (deuxième trimestre) afin de dépister d'éventuelles anomalies fœtales et de localiser le placenta.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Grade B (LEAPP); Non publié (NICE)	Faible		
PRE-41	Évaluez les facteurs de risque de thrombose veineuse chez la femme lors de la première consultation prénatale, ainsi qu'après toute hospitalisation ou événement de santé majeur survenu pendant la grossesse.	(NICE, 2021)	Non publié	Faible		
PRE-42	Informez les femmes enceintes que les vols long-courriers sont associés à un risque accru de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire, bien qu'il ne soit pas clairement établi s'il existe un risque supplémentaire pendant la grossesse.	(LEAPP, 2024)	Grade C	Incertain	Supprimé	
PRE-43	Évaluez les facteurs de risque de prééclampsie chez la femme lors de la première consultation prénatale, puis à nouveau au deuxième trimestre. Mesurez et enregistrez la pression artérielle de la femme à chaque consultation prénatale en présentiel à l'aide d'un appareil validé pour une utilisation pendant la grossesse. Proposez un test urinaire par bandelette pour dépister une protéinurie à chaque consultation prénatale en présentiel.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Consensus-based (LEAPP); Non publié (NICE)	Incertain*		Annexe 4
PRE-44	Proposez la mesure de la hauteur fundique par symphyse à chaque consultation prénatale après 24+0 semaines (mais pas plus d'une fois toutes les deux semaines) chez les femmes ayant une grossesse unique, sauf si la femme bénéficie régulièrement d'échographies de croissance.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Consensus-based (LEAPP); Non publié (NICE)	Incertain*		Annexe 4
PRE-45	Orientez les femmes enceintes de plus de 24 semaines vers une échographie pour mesurer la taille fœtale si la hauteur fundique est ≥ 3 cm inférieure à celle attendue, si une mesure unique de la hauteur fundique est inférieure au 10 ^e centile, ou si des mesures sérieées montrent une croissance lente ou stagnante en franchissant les centiles. Orientez également les femmes chez qui la mesure de la hauteur fundique est imprécise (par exemple : IMC >35 , gros fibromes, polyhydramnios) vers une évaluation sérieée de la taille fœtale par échographie.	(LEAPP, 2024)	Practice-point	Faible		



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
PRE-46	Fournissez aux femmes, tôt dans la grossesse, des informations orales et écrites sur les mouvements fœtaux normaux. Ces informations doivent inclure une description des changements dans les schémas de mouvements à mesure que le fœtus se développe, des cycles normaux de veille et de sommeil, ainsi que des facteurs pouvant influencer la perception des mouvements fœtaux par la mère.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Faible		
PRE-47	Discutez du sujet des mouvements du bébé avec la femme à chaque consultation prénatale et/ou après 24+0 semaines, et demandez-lui si elle s'inquiète des mouvements de son bébé. Conseillez-lui de contacter la maternité à tout moment, de jour comme de nuit, si elle s'inquiète des mouvements de son bébé ou si elle remarque une diminution des mouvements fœtaux après 24+0 semaines.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Consensus-based (LEAPP); Non publié (NICE)	Faible		
PRE-48	Proposez une palpation abdominale à chaque consultation après 36+0 semaines afin de détecter une éventuelle présentation en siège chez les femmes ayant une grossesse unique.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Grade C (LEAPP); Non publié (NICE)	Faible		
PRE-49	Chez les femmes ayant une grossesse unique non compliquée avec une présentation en siège confirmée après 36+0 semaines, discutez des différentes options disponibles ainsi que de leurs avantages, risques et implications, notamment : la version par manœuvre externe (pour faire tourner le bébé des fesses vers la tête), l'accouchement vaginal en siège ou la césarienne programmée pour les femmes qui préfèrent un accouchement vaginal en présentation céphalique. Proposez une version par manœuvre externe.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Grade B (LEAPP); Non publié (NICE)	Incertain*		Annexe 4
PRE-50	Lorsque vous prenez soin d'une femme enceinte, écoutez-la et répondez à ses besoins et préférences. Lorsqu'une évaluation, une intervention ou une procédure est proposée, assurez-vous que les risques, les avantages et les implications sont discutés avec elle, et qu'elle est consciente de son droit de refuser.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain*		Annexe 4
PRE-51	Lors du premier rendez-vous prénatal (de réservation), et plus tard si nécessaire, discutez et fournissez des informations de manière impartiale, empathique et personnalisée sur l'alimentation et le régime alimentaire, l'activité physique, l'arrêt du tabac et la consommation de drogues récréatives. Conseillez aux femmes que les habitudes alimentaires saines se caractérisent par une consommation élevée de fruits, de légumes, de légumineuses, de céréales complètes, de poisson, de fruits de mer, de viande non transformée, de produits laitiers et d'eau. Les régimes riches en aliments et boissons sucrés, en aliments contenant beaucoup de graisses saturées (par exemple les aliments frits), en viandes transformées et en céréales raffinées sont associés à de moins bons résultats.	(LEAPP, 2024; NICE, 2021)	Practice-point (LEAPP); Non publié (NICE)	Incertain*		Annexe 4
PRE-52	Discutez de la consommation d'alcool lors du premier rendez-vous prénatal (de réservation), et plus tard si nécessaire. Expliquez qu'il n'existe aucun niveau de consommation d'alcool connu comme étant sûr pendant la grossesse. Boire de l'alcool pendant la grossesse peut être nocif pour le bébé à long terme. L'approche la plus sûre consiste à éviter complètement l'alcool afin de minimiser les risques pour le bébé.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain		Annexe 4
PRE-53	Conseillez aux femmes, après 28 semaines de grossesse, de ne pas dormir sur le dos et d'envisager, par exemple, l'utilisation de coussins pour maintenir leur position pendant le sommeil. Expliquez-leur qu'il peut exister un lien entre le fait de dormir sur le dos et la mortinaissance en fin de grossesse (après 28 semaines).	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain	Supprimé	



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
PRE-54	Fournir à toutes les femmes une information prénatale sur : 1. Ce à quoi elles peuvent s'attendre pendant la première phase du travail. 2. Les moyens de gérer la douleur qu'elles pourraient ressentir. 3. Comment contacter leur équipe de soins obstétricaux et quoi faire en cas d'urgence. Fournir à toutes les femmes une information prénatale sur les signes du début du travail, comprenant : 1. La distinction entre les contractions de Braxton Hicks et les contractions actives. 2. La fréquence attendue des contractions et leur durée. 3. La reconnaissance de la perte de liquide amniotique. 4. La description des pertes vaginales normales. Discuter avec toutes les femmes, le plus tôt possible pendant la grossesse, de leurs préférences et choix concernant les soins pendant l'accouchement, et consigner ces choix.	(NICE, 2023)	Non publié	Incertain*		Annexe 4
PRE-55	Lors du premier rendez-vous prénatal, conseillez aux femmes de faire vérifier leur hygiène bucco-dentaire et de recevoir un traitement si nécessaire, car une bonne hygiène buccale est importante pour la santé de la femme et les soins dentaires peuvent être effectués en toute sécurité pendant la grossesse.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Faible		
PRE-56	Conseillez aux femmes enceintes sans complications que, selon les connaissances actuelles, une activité sexuelle sans risque pendant la grossesse n'a pas d'effets néfastes connus.	(LEAPP, 2024)	Grade B	Faible		
PRE-57	Une femme peut être soutenue pendant sa grossesse par un partenaire. Les professionnels de santé doivent donc : impliquer les partenaires, selon les souhaits de la femme, et informer la femme qu'elle est la bienvenue à amener son partenaire aux consultations prénatales et aux cours de préparation à la naissance.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain		Annexe 4
PRE-58	Lors du premier rendez-vous prénatal, posez à la femme des questions sur : - ses antécédents médicaux, obstétricaux et familiaux (des deux parents biologiques) - les troubles psychiques antérieurs ou actuels tels que la dépression, l'anxiété, les troubles psychiatriques graves, les traumatismes psychologiques ou les traitements psychiatriques, afin d'identifier d'éventuels problèmes psychiques conformément aux recommandations sur la reconnaissance des troubles psychiques pendant la grossesse et la période postnatale - les médicaments actuels et récents, y compris ceux en vente libre, les compléments alimentaires et les préparations à base de plantes - les allergies - sa profession, en discutant des risques éventuels et des préoccupations - sa situation familiale et à domicile, le réseau de soutien disponible, ainsi que les problèmes de santé ou autres concernant son partenaire ou les membres de sa famille qui pourraient être importants pour sa santé et son bien-être - les autres personnes susceptibles de participer aux soins du bébé - les coordonnées de son partenaire et de ses proches - des facteurs tels que l'alimentation et le régime alimentaire, l'activité physique, le tabagisme et l'usage du tabac, la consommation d'alcool et l'usage de drogues récréatives	(NICE, 2021)	Non publié	Haut		
PRE-59	Demandez lors des consultations de suivi si la femme consomme des substances, car certaines femmes sont plus susceptibles de partager des informations sensibles une fois qu'une relation de confiance est établie.	(LEAPP, 2024)	Good-practice-statement	Faible		
PRE-60	Pour les femmes souffrant de nausées et de vomissements pendant la grossesse, il peut être conseillé que, bien que cela puisse être perturbant, ces symptômes disparaissent généralement spontanément entre 16 et 20 semaines de grossesse et ne sont généralement pas associés à de mauvais résultats obstétricaux.	(LEAPP, 2024)	Practice-point	Faible		



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
PRE-61	Lorsque des informations sur les soins prénatals sont fournies aux femmes et à leurs partenaires, il faut utiliser un langage clair et adapter le moment, le contenu et la manière de fournir l'information aux besoins et aux préférences de la femme ainsi qu'à la phase de sa grossesse. L'information doit soutenir la prise de décision partagée entre la femme et son équipe de soins. Elle doit être proposée en individuel ou en couple, complétée par des discussions de groupe avec uniquement des femmes ou avec des femmes et leurs partenaires, et accompagnée d'informations écrites dans un format approprié, par exemple numérique, imprimé, en braille ou en version Easy Read. L'information doit être fournie tout au long de la période de soins de la femme, être individualisée, sensible, bienveillante et respectueuse, fondée sur des données probantes et cohérente, et traduite dans d'autres langues si nécessaire.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain		Annexe 4
PRE-62	Vérifiez si la femme et son partenaire comprennent les informations fournies et comment celles-ci s'appliquent à leur situation. Offrez régulièrement l'occasion de poser des questions et prenez suffisamment de temps pour discuter de toute question éventuelle.	(NICE, 2021)	Non publié	Incertain		Annexe 4
PRE-63	Fournissez aux femmes souffrant d'hémorroïdes des informations sur l'augmentation de la consommation de fibres et de liquides. Si les symptômes cliniques persistent, conseillez aux femmes d'envisager l'utilisation de crèmes anti-hémorroïdaires standards.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Faible		
PRE-64	Conseillez aux femmes souffrant de douleurs de la ceinture pelvienne que des exercices spécifiques à la grossesse, la physiothérapie, l'acupuncture ou l'utilisation de vêtements de soutien peuvent apporter un certain soulagement de la douleur.	(LEAPP, 2024)	Grade C	Faible		
PRE-65	L'amidon de blé ou d'autres suppléments de fibres peuvent être utilisés pour soulager la constipation pendant la grossesse si la condition ne répond pas aux ajustements alimentaires, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	(LEAPP, 2024)	Grade C	Faible		
PRE-66	Conseillez aux femmes qui utilisent des laxatifs que les produits stimulant l'intestin sont plus efficaces que ceux qui augmentent le volume, mais qu'ils peuvent entraîner davantage d'effets secondaires tels que la diarrhée et les douleurs abdominales.	(LEAPP, 2024)	Grade C	Faible		
PRE-67	Des options non pharmacologiques, telles que les bas de contention, peuvent être utilisées pour le traitement des varices et de l'œdème pendant la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Incertain	Supprimé	
PRE-68	Effectuez le dépistage de la dépression le plus tôt possible pendant la grossesse et répétez-le au moins une fois plus tard pendant la grossesse. Répétez l'échelle d'évaluation de la dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) à tout moment pendant la grossesse si cela est cliniquement indiqué.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Incertain*		Annexe 4



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2																												
	Recommandations postnatales																																	
POST-69	En cas de l'un des symptômes ou plaintes suivants chez une femme en post-partum, pensez à des diagnostics importants et orientez-la d'urgence vers un gynécologue ou vers les soins secondaires si une pathologie grave ne peut être exclue : <table><tr><th>Plainte/symptôme</th><th>Pathologies à ne pas manquer, spécifiques à la jeune mère dans la période postpartum</th></tr><tr><td>Douleurs abdominales</td><td> • Endométrite • Hémorragie du post-partum • Pré-éclampsie </td></tr><tr><td>Perles vaginales anormales - odeur - quantité </td><td> • Hémorragie du post-partum ◦ Utérus ◦ Col de l'utérus ◦ Vagin ◦ Episiotomie • Endométrite </td></tr><tr><td>Fièvre, frissons, malaise</td><td>Endométrite</td></tr><tr><td>Céphalée</td><td>Pré-éclampsie, céphalée post-ponction durale</td></tr><tr><td>Nausées, vomissements, troubles visuels</td><td>Pré-éclampsie</td></tr><tr><td>Douleur au mollet, décoloration de la zone douloureuse, gonflement du mollet</td><td>Thrombose veineuse profonde (TVP)</td></tr><tr><td>Douleur thoracique</td><td>Embolies pulmonaires</td></tr><tr><td>Tachypnée</td><td>Embolies pulmonaires, hémorragie du post-partum</td></tr><tr><td>Tachycardie</td><td>Hémorragie du post-partum, embolies pulmonaires</td></tr><tr><td>Hypoperfusion</td><td>Hémorragie du post-partum</td></tr><tr><td>Changement du niveau de conscience</td><td>Hémorragie du post-partum</td></tr><tr><td>Périnée douloureux</td><td>Infection épisiotomie</td></tr><tr><td>Anurie > 4 heures après l'accouchement</td><td>Rétention urinaire</td></tr></table>	Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer, spécifiques à la jeune mère dans la période postpartum	Douleurs abdominales	• Endométrite • Hémorragie du post-partum • Pré-éclampsie	Perles vaginales anormales - odeur - quantité	• Hémorragie du post-partum ◦ Utérus ◦ Col de l'utérus ◦ Vagin ◦ Episiotomie • Endométrite	Fièvre, frissons, malaise	Endométrite	Céphalée	Pré-éclampsie, céphalée post-ponction durale	Nausées, vomissements, troubles visuels	Pré-éclampsie	Douleur au mollet, décoloration de la zone douloureuse, gonflement du mollet	Thrombose veineuse profonde (TVP)	Douleur thoracique	Embolies pulmonaires	Tachypnée	Embolies pulmonaires, hémorragie du post-partum	Tachycardie	Hémorragie du post-partum, embolies pulmonaires	Hypoperfusion	Hémorragie du post-partum	Changement du niveau de conscience	Hémorragie du post-partum	Périnée douloureux	Infection épisiotomie	Anurie > 4 heures après l'accouchement	Rétention urinaire	(Tency et al., 2022)	GPP	Haut		
Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer, spécifiques à la jeune mère dans la période postpartum																																	
Douleurs abdominales	• Endométrite • Hémorragie du post-partum • Pré-éclampsie																																	
Perles vaginales anormales - odeur - quantité	• Hémorragie du post-partum ◦ Utérus ◦ Col de l'utérus ◦ Vagin ◦ Episiotomie • Endométrite																																	
Fièvre, frissons, malaise	Endométrite																																	
Céphalée	Pré-éclampsie, céphalée post-ponction durale																																	
Nausées, vomissements, troubles visuels	Pré-éclampsie																																	
Douleur au mollet, décoloration de la zone douloureuse, gonflement du mollet	Thrombose veineuse profonde (TVP)																																	
Douleur thoracique	Embolies pulmonaires																																	
Tachypnée	Embolies pulmonaires, hémorragie du post-partum																																	
Tachycardie	Hémorragie du post-partum, embolies pulmonaires																																	
Hypoperfusion	Hémorragie du post-partum																																	
Changement du niveau de conscience	Hémorragie du post-partum																																	
Périnée douloureux	Infection épisiotomie																																	
Anurie > 4 heures après l'accouchement	Rétention urinaire																																	
POST-70	Une femme en post-partum présentant une perte de sang soudaine ou abondante accompagnée de signes de choc hypovolémique, tels que tachycardie, hypotension, hypoperfusion et altération de la conscience, doit être orientée d'urgence vers les soins de deuxième ligne pour un traitement approprié.	(Tency et al., 2022)	GPP	Haut																														
POST-71	En cas de suspicion d'endométrite, la femme en post-partum doit être orientée vers un médecin (médecin généraliste ou gynécologue) pour un diagnostic et la mise en place d'une prise en charge appropriée.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4																												
POST-72	En cas de doute sur la cause ou le traitement d'une douleur intense au niveau de l'épisiotomie, la femme en post-partum doit être orientée vers un médecin (médecin généraliste ou gynécologue).	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4																												



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2																																		
POST-73	En cas de l'un des symptômes ou plaintes suivants chez le nouveau-né, pensez à des diagnostics importants et orientez-le d'urgence vers un pédiatre ou vers les soins de deuxième ligne si une pathologie grave ne peut être exclue : <table><tr><th>Plainte/symptôme</th><th>Pathologies à ne pas manquer, spécifiques au nouveau-né dans la période postpartum</th></tr><tr><td>Jaunissement étendu ou jaunissement apparaissant dans les 24 heures ou s'aggravant, jaunissement apparaissant après 8 jours ou toujours présent après 28 jours.</td><td>Ictère nucléaire</td></tr><tr><td>Éruption cutanée persistante après traitement initial de la dermatite des couches</td><td> - Allergie de contact - Dermatite atopique - Psoriasis </td></tr><tr><td>Moignon ombilical qui reste humide et malodorant</td><td>Infection du nombril avec risque de septicémie</td></tr><tr><td>Un écoulement (purulent) des yeux se développe après 10 jours ou persiste plus de 14 jours</td><td> - Infection par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> - Dacryosténose </td></tr><tr><td>Vomissements (biliaires) avec perte de poids et/ou pleurs excessifs</td><td> - Sténose pylorique - Valvulus </td></tr><tr><td>Aucun passage de méconium dans les 24 heures</td><td> - Maladie de Hirschsprung - Obstruction intestinale </td></tr><tr><td>Perte de poids de > 10 %</td><td>Déshydratation</td></tr><tr><td>Fièvre> 38 °C</td><td> - Septicémie - Méningite - Pneumonie - Infection urinaire - Autre infection </td></tr><tr><td>Coloration bleue de la peau</td><td>Cyanose</td></tr><tr><td>Température corporelle persistante en dessous de 36,2°C malgré réchauffement</td><td> - Hypothermie - Septicémie </td></tr><tr><td>Sang ou mucus dans les selles</td><td> - Gastro-entérite - Allergie au lait de vache - Entérocolite nécrosante - Invagination - Infection à <i>Clostridium</i> </td></tr><tr><td>Ventre gonflé</td><td> - Maladie de Hirschsprung - Valvulus - Obstruction gastro-intestinale </td></tr><tr><td>Problèmes (des voies) respiratoires</td><td> - Pneumonie - Syndrôme du poumon humide - Syndrôme de détresse respiratoire, ... </td></tr><tr><td>Léthargie</td><td> - Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) - Ictère nucléaire - Septicémie,... </td></tr><tr><td>Convulsions, mouvements anormaux</td><td> - Epilepsie néonatale - Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) - Autres anomalies cérébrales </td></tr><tr><td>Fontanelle tendue</td><td> - Infection - Méningite - Surpression due à une hémorragie intracrânienne, une hydrocéphalie, ... </td></tr></table>	Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer, spécifiques au nouveau-né dans la période postpartum	Jaunissement étendu ou jaunissement apparaissant dans les 24 heures ou s'aggravant, jaunissement apparaissant après 8 jours ou toujours présent après 28 jours.	Ictère nucléaire	Éruption cutanée persistante après traitement initial de la dermatite des couches	- Allergie de contact - Dermatite atopique - Psoriasis	Moignon ombilical qui reste humide et malodorant	Infection du nombril avec risque de septicémie	Un écoulement (purulent) des yeux se développe après 10 jours ou persiste plus de 14 jours	- Infection par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> - Dacryosténose	Vomissements (biliaires) avec perte de poids et/ou pleurs excessifs	- Sténose pylorique - Valvulus	Aucun passage de méconium dans les 24 heures	- Maladie de Hirschsprung - Obstruction intestinale	Perte de poids de > 10 %	Déshydratation	Fièvre> 38 °C	- Septicémie - Méningite - Pneumonie - Infection urinaire - Autre infection	Coloration bleue de la peau	Cyanose	Température corporelle persistante en dessous de 36,2°C malgré réchauffement	- Hypothermie - Septicémie	Sang ou mucus dans les selles	- Gastro-entérite - Allergie au lait de vache - Entérocolite nécrosante - Invagination - Infection à <i>Clostridium</i>	Ventre gonflé	- Maladie de Hirschsprung - Valvulus - Obstruction gastro-intestinale	Problèmes (des voies) respiratoires	- Pneumonie - Syndrôme du poumon humide - Syndrôme de détresse respiratoire, ...	Léthargie	- Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) - Ictère nucléaire - Septicémie,...	Convulsions, mouvements anormaux	- Epilepsie néonatale - Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) - Autres anomalies cérébrales	Fontanelle tendue	- Infection - Méningite - Surpression due à une hémorragie intracrânienne, une hydrocéphalie, ...	(Tency et al, 2022)	GPP	Haut		
Plainte/symptôme	Pathologies à ne pas manquer, spécifiques au nouveau-né dans la période postpartum																																							
Jaunissement étendu ou jaunissement apparaissant dans les 24 heures ou s'aggravant, jaunissement apparaissant après 8 jours ou toujours présent après 28 jours.	Ictère nucléaire																																							
Éruption cutanée persistante après traitement initial de la dermatite des couches	- Allergie de contact - Dermatite atopique - Psoriasis																																							
Moignon ombilical qui reste humide et malodorant	Infection du nombril avec risque de septicémie																																							
Un écoulement (purulent) des yeux se développe après 10 jours ou persiste plus de 14 jours	- Infection par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> - Dacryosténose																																							
Vomissements (biliaires) avec perte de poids et/ou pleurs excessifs	- Sténose pylorique - Valvulus																																							
Aucun passage de méconium dans les 24 heures	- Maladie de Hirschsprung - Obstruction intestinale																																							
Perte de poids de > 10 %	Déshydratation																																							
Fièvre> 38 °C	- Septicémie - Méningite - Pneumonie - Infection urinaire - Autre infection																																							
Coloration bleue de la peau	Cyanose																																							
Température corporelle persistante en dessous de 36,2°C malgré réchauffement	- Hypothermie - Septicémie																																							
Sang ou mucus dans les selles	- Gastro-entérite - Allergie au lait de vache - Entérocolite nécrosante - Invagination - Infection à <i>Clostridium</i>																																							
Ventre gonflé	- Maladie de Hirschsprung - Valvulus - Obstruction gastro-intestinale																																							
Problèmes (des voies) respiratoires	- Pneumonie - Syndrôme du poumon humide - Syndrôme de détresse respiratoire, ...																																							
Léthargie	- Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) - Ictère nucléaire - Septicémie,...																																							
Convulsions, mouvements anormaux	- Epilepsie néonatale - Encéphalopathie (due à une hypoxie, une infection, une maladie métabolique, ...) - Autres anomalies cérébrales																																							
Fontanelle tendue	- Infection - Méningite - Surpression due à une hémorragie intracrânienne, une hydrocéphalie, ...																																							
POST-74	En cas de moignon ombilical humide persistant et malodorant ou en cas de suspicion d'infection ombilicale, orientez vers un pédiatre.	(Tency et al, 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4																																		
POST-75	Orientez une conjonctivite (parfois fortement purulente) apparaissant dans les 10 jours suivant l'accouchement vers un ophtalmologiste ou un pédiatre en raison de la possibilité d'une infection par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> .	(Tency et al, 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4																																		
POST-76	Assurez-vous que l'examen du septième jour du bébé soit effectué par un médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec les nouveau-nés) entre le 7e et le 10e jour après la naissance.	(Tency et al, 2022)	GPP	Haut																																				
POST-77	En cas de mastite, si la femme souhaite un traitement contre la douleur, conseillez de préférence le paracétamol. Si cela ne suffit pas, envisagez un anti-inflammatoire non stéroïdien. Dans ce cas, privilégiez l'ibuprofène (c'est celui dont on a le plus d'expérience). Le diclofénac est le deuxième choix.	(Damen et al, 2023)	Non publié	Incertain		Faible																																		
POST-78	Indiquez à la femme qu'elle doit contacter un professionnel de santé si les symptômes ne diminuent pas dans les 48 heures suivant le début du traitement antibiotique contre la mastite.	(Damen et al, 2023)	Non publié	Faible																																				
POST-79	Veillez à ce que la première visite postnatale d'une sage-femme pour le suivi médical de la mère et du nouveau-né ait lieu dans les 24 heures suivant le transfert depuis le lieu de naissance ou après un accouchement à domicile.	(Tency et al, 2022)	Grade 2C	Haut																																				
POST-80	Conseillez aux femmes ayant reçu une anesthésie péridurale ou rachidienne de signaler toute céphalée sévère, surtout lorsqu'elle survient en position assise ou debout.	(Tency et al, 2022)	Grade 1C	Faible																																				



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
POST-81	Effectuez au moins une mesure de la tension artérielle dans les six heures suivant l'accouchement et notez le résultat dans le dossier.	(Tency et al., 2022)	GPP	Haut		
POST-82	Évaluez les signes et symptômes d'infection, de récupération insuffisante, de dégradation ou de non-guérison de la plaie périnéale.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-83	Documentez le moment où la femme urine dans les six heures suivant l'accouchement.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-84	Recommandez aux parents de toujours contacter un médecin (pédiatre ou médecin généraliste ayant de l'expérience avec les nouveau-nés) si leur bébé de moins de 3 mois présente de la fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ou une température trop basse (36°C).	(Tency et al., 2024)	GPP	Haut		
POST-85	Expliquez à toutes les femmes que les questions sur la violence familiale font partie de la routine des soins prénatals et demandez à chaque femme si elle a été exposée à la violence familiale.	(LEAPP, 2024)	Evidence-based	Incertain*		Annexe 4
POST-86	Posez des questions sur la violence domestique uniquement lorsque vous êtes seul avec la femme et utilisez des questions spécifiques ou l'outil utilisé dans votre région ou votre pays.	(LEAPP, 2024)	Consensus-based	Faible		
POST-87	Administrez de l'immunoglobuline anti-D à toute femme Rhésus D négative non sensibilisée dans les 72 heures suivant l'accouchement d'un bébé Rhésus D positif.	(Tency et al., 2022)	GPP	Haut		
POST-88	Si une femme en post-partum, séronégative à la rubéole, a reçu des immunoglobulines anti-D (Rhogam) et/ou une transfusion sanguine ou plasmatisque lors de l'accouchement, le vaccin ROR doit être administré en même temps que les immunoglobulines anti-D et/ou la transfusion sanguine, OU l'administration du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole doit être reportée de trois mois en raison d'une possible interférence avec la réponse immunitaire.	(Tency et al., 2022)	GPP	Faible		
POST-89	Informez les femmes qu'il est préférable de ne pas tomber enceinte pendant le mois suivant l'administration du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) ; l'allaitement peut cependant être poursuivi.	(Tency et al., 2022)	GPP	Faible		
POST-90	En l'absence de pertes vaginales anormales, l'évaluation de l'utérus par palpation abdominale ou par mesure n'est pas nécessaire en tant qu'observation de routine.	(Tency et al., 2022)	Grade 1C	Faible		
POST-91	Répétez la mesure de la tension artérielle dans les 4 heures si la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg et qu'il n'y a pas d'autres signes ou symptômes de pré-éclampsie.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-92	Un examen complémentaire est recommandé lorsque la pression artérielle diastolique est supérieure ou égale à 90 mmHg et qu'elle s'accompagne d'un autre signe ou symptôme de pré-éclampsie, ou si elle ne descend pas en dessous de 90 mmHg dans les quatre heures.	(Tency et al., 2022)	Grade 1B	Haut		
POST-93	Encouragez la femme à bouger dès que possible après l'accouchement afin de prévenir les thrombo-embolies.	(Tency et al., 2022)	GPP	Faible		
POST-94	Lors de chaque contact post-partum, demandez à la patiente si elle s'inquiète de la guérison de sa plaie périnéale (interrogez sur la douleur périnéale, l'inconfort ou les sensations de piqure, les mauvaises odeurs ou la dyspareunie).	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-95	Informez les femmes de l'importance de l'hygiène périnéale : changer régulièrement la serviette hygiénique en se lavant les mains avant et après, et laver ou doucher quotidiennement le périnée.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-96	La cryothérapie topique, comme l'application de glace ou les coussinets en gel, est une méthode recommandée pour soulager la douleur périnéale.	(Tency et al., 2022)	Grade 1A	Faible		
POST-97	Demandez à la femme en post-partum si elle a évacué des selles dans les trois jours suivant l'accouchement.	(Tency et al., 2022)	GPP	Faible		



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
POST-98	Chez les femmes souffrant de constipation et qui se sentent inconfortables, évaluez leur consommation d'aliments et de liquides et donnez des conseils sur les mesures diététiques.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-99	Si la femme n'urine pas dans les six heures suivant l'accouchement, conseillez des mesures pour favoriser la miction, comme prendre un bain ou une douche chaude.	(Tency et al., 2022)	GPP	Faible		
POST-100	Évaluez le volume vésical et envisagez une sonde urinaire si la femme n'urine pas dans les six heures suivant l'accouchement et si les conseils pour favoriser la miction ne sont pas immédiatement efficaces.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-101	Si nécessaire, fournissez des informations appropriées sur les analgésiques disponibles, en tenant compte du fait que la femme en post-partum allaite ou non.	(Tency et al., 2024)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-102	Informez la femme en post-partum et son partenaire que la reprise des rapports sexuels avec pénétration nécessite une guérison physique (guérison du col de l'utérus, arrêt des lochies, cicatrisation d'une déchirure ou d'une épisiotomie). En général, la guérison a lieu après 6 à 8 semaines, mais cela peut varier. En plus de la guérison physique, il est tout aussi important que le couple soit prêt mentalement et sur le plan relationnel à reprendre les rapports sexuels avec pénétration.	(Tency et al., 2024)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-103	Déconseillez aux femmes d'attendre le retour de leurs règles pour commencer à utiliser une méthode contraceptive, en raison du risque accru de grossesse non planifiée.	(Tency et al., 2024)	Grade 1B	Faible		
POST-104	Informez les femmes et leur partenaire de leurs droits en matière d'allaitement, à savoir le droit d'allaiter en public et le droit à des pauses d'allaitement sur le lieu de travail, jusqu'à neuf mois après l'accouchement.	(Tency et al., 2024)	GPP	Haut		
POST-105	En l'absence de signes et de symptômes d'infection, l'évaluation systématique de la température corporelle n'est pas nécessaire.	(Tency et al., 2022)	GPP	Faible		
POST-106	En cas de dermatite de la couche chez les bébés, prenez en compte les causes possibles suivantes : - l'hygiène et les soins de la peau ; - la sensibilité aux détergents, adoucissants ou autres produits en contact avec la peau ; - la présence d'une infection.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-107	Conseillez aux parents de laver le moignon ombilical avec de l'eau et du savon. Il n'est pas nécessaire de le désinfecter.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-108	Il est recommandé d'administrer quotidiennement 400 UI de vitamine D à tous les enfants tout au long de l'année, dès la naissance et jusqu'à l'âge de 6 ans, indépendamment du type d'alimentation lactée et de la supplémentation en vitamine D de la mère qui allaite.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain		Faible
POST-109	Chez un bébé constipé nourri au lait artificiel, évaluez les facteurs suivants (action urgente) : - la technique de préparation, - la quantité de liquide, - la fréquence des repas, - la composition de l'alimentation.	(Tency et al., 2022)	GPP	Incertain*		Annexe 4
POST-110	Conseillez de nettoyer les yeux du nouveau-né avec une compresse ou un linge propre imbibé de solution saline. Il n'est pas nécessaire de désinfecter le moignon ombilical.	(Tency et al., 2022)	GPP	Faible		
POST-III	Les professionnels de santé doivent accorder une attention particulière aux problèmes de santé mentale chez : les femmes ayant des antécédents psychiatriques ; les femmes ayant des complications pendant la grossesse ; les femmes ayant vécu une grossesse non désirée ; les femmes ayant peu de soutien social ; les femmes confrontées à la violence intrafamiliale ; les femmes appartenant à une minorité ethnique ; les femmes ayant un statut socio-économique faible ; les femmes ayant des difficultés linguistiques, un statut de réfugiée ou de demandeuse d'asile ; les personnes LGBTQ2S+ et les mères adolescentes.	(Tency et al., 2024)	Grade 1C	Haut		



	Recommandation	Source	Niveau de preuve	Delphi 1	Groupe de discussion	Delphi 2
POST-I12	Discutez avec la femme de l'impact possible des facteurs de risque psychosociaux qu'elle a indiqués sur sa santé mentale et fournissez des informations sur l'aide disponible.	(LEAPP, 2024)	Good-practice-statement	Haut		
POST-I13	L'activité physique est faiblement recommandée pour prévenir la dépression post-partum (DPP) chez les femmes enceintes et les femmes en post-partum issues de la population générale.	(Riseupp-ppd, 2023)	Weak recommendation for the intervention	Faible		



Annexe 4 :

Recommandations reformulées et/ou regroupées sur base des groupes de discussion

Recommandation	Reformulation	Score
Recommandations périnatales		
PERI-2 Utilisez l'échelle d'évaluation de la dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) pour dépister une éventuelle dépression chez les femmes pendant la période périnatale.	Utilisez un outil de dépistage validé pour dépister les femmes présentant un trouble dépressif potentiel pendant la période périnatale.	Haut
PRE-32 : Lors de la planification et de la mise en œuvre des services prénatals, veillez à créer un environnement accueillant aussi bien pour les partenaires que pour les femmes enceintes, par exemple en : - Fournissant des informations sur la manière dont les partenaires peuvent apporter leur soutien pendant et après la grossesse - Mettant à disposition des informations sur la grossesse, à la fois pour les partenaires et pour les femmes enceintes - Mettant en avant des images valorisant l'implication des partenaires (par exemple sur les panneaux d'affichage ou dans les salles d'attente) - Prévoyant des sièges dans le cabinet de consultation pour la femme et son partenaire - Envisageant de donner aux partenaires la possibilité d'assister aux rendez-vous à distance PRE-57 : Une femme peut être soutenue pendant sa grossesse par un partenaire. Les professionnels de santé doivent donc : impliquer les partenaires, selon les souhaits de la femme, et informer la femme qu'elle est la bienvenue à amener son partenaire aux consultations prénatales et aux cours de préparation à la naissance. PRE-61 : Lorsque des informations sur les soins prénatals sont fournies aux femmes et à leurs partenaires, il faut utiliser un langage clair et adapter le moment, le contenu et la manière de fournir l'information aux besoins et aux préférences de la femme ainsi qu'à la phase de sa grossesse. L'information doit soutenir la prise de décision partagée entre la femme et son équipe de soins. Elle doit être proposée en individuel ou en couple, complétée par des discussions de groupe avec uniquement des femmes ou avec des femmes et leurs partenaires, et accompagnée d'informations écrites dans un format approprié, par exemple numérique, imprimé, en braille ou en version Easy Read. L'information doit être fournie tout au long de la période de soins de la femme, être individualisée, sensible, bienveillante et respectueuse, fondée sur des données probantes et cohérente, et traduite dans d'autres langues si nécessaire. PRE-62 : Vérifiez si la femme et son partenaire comprennent les informations fournies et comment celles-ci s'appliquent à leur situation. Offrez régulièrement l'occasion de poser des questions et prenez suffisamment de temps pour discuter de toute question éventuelle.	PERI-3 : Lors de la planification et de l'exécution des soins périnatals, veillez à ce que l'environnement soit accueillant pour le(s) accompagnateur(s) ainsi que pour les femmes enceintes. Informez la femme qu'elle peut amener son(ses) accompagnateur(s) à ses rendez-vous et à ses cours périnatals, en fonction de ses souhaits.	Haut



Recommandation	Reformulation	Score
Recommandations prénatales		
PRE-6 En cas de suspicion de psychose, orientez immédiatement la patiente vers un psychiatre ou un service d'urgence psychiatrique, notamment en raison du danger potentiel pour l'enfant. PRE-30 En cas de démangeaisons intenses sans lésions cutanées (notamment au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds), dosez les acides biliaires sériques afin de dépister une cholestase gravidique.	Orientez vers le deuxième niveau de soins : - en cas de suspicion de psychose, notamment en raison d'un danger potentiel pour l'enfant ; - en cas de démangeaisons sévères sans lésions cutanées (surtout au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds), afin de déterminer les sels biliaires et le profil hépatique des acides biliaires sériques pour détecter une cholestase gravidique.	Faible
PRE-51 : Lors de la première consultation prénatale (de réservation) et ultérieurement si nécessaire, discutez et fournissez des informations sur la nutrition et le régime alimentaire, l'exercice physique, l'arrêt du tabac et la consommation de drogues à usage récréatif, de manière non jugeant, empathique et personnalisée.. Conseillez aux femmes qu'un régime alimentaire sain se caractérise par une consommation élevée de fruits, de légumes, de légumineuses, de céréales complètes, de poisson, de fruits de mer, de viande non transformée, de produits laitiers et d'eau. Signalez que les régimes comportant une forte consommation d'aliments et de boissons sucrés, d'aliments riches en graisses saturées (par exemple les aliments frits), de viandes transformées et de céréales raffinées sont associés à de moins bons résultats. PRE 52 : Discutez de la consommation d'alcool lors du premier rendez-vous prénatal (de réservation), et plus tard si nécessaire. Expliquez qu'il n'existe aucun niveau de consommation d'alcool connu comme étant sûr pendant la grossesse. Boire de l'alcool pendant la grossesse peut être nocif pour le bébé à long terme. L'approche la plus sûre consiste à éviter complètement l'alcool afin de minimiser les risques pour le bébé.	Lors du premier rendez-vous prénatal (de réservation), et plus tard si nécessaire, discuter des informations et donner des conseils sur le mode de vie concernant l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabac, la consommation de drogues récréatives et d'alcool, de manière impartiale, empathique et personnalisée.	Haut
PRE-15 : Proposez systématiquement un test de dépistage de la chlamydia lors de la première consultation prénatale aux femmes enceintes de moins de 30 ans. PRE-17 : Recommandez un dépistage de l'hépatite C lors de la première consultation prénatale. PRE-18 : Proposez à chaque femme enceinte, dès le début de la grossesse, un test de dépistage du VIH lorsque des interventions sont disponibles pour réduire la transmission de la mère à l'enfant. PRE-20 : Il est recommandé d'effectuer un dépistage de la syphilis lors du premier contact prénatal.	Proposez systématiquement à chaque femme enceinte un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) lors du premier rendez-vous prénatal, après avoir expliqué son utilité.	Incertain
PRE-35 : Posez la question de manière bienveillante et délicate sur les violences conjugales lors de la première consultation prénatale, ou dès que possible lorsque la femme est seule. Veillez à ce qu'un entretien en tête-à-tête soit possible.	La violence intrafamiliale et sexuelle doit être abordée lors d'une consultation prénatale dans un environnement confidentiel, avec orientation vers les services et/ou professionnels appropriés, si nécessaire.	Haut
PRE-37 : À chaque contact prénatal, mettez à jour le dossier prénatal de la femme en indiquant les antécédents, les résultats des tests, les résultats des examens, les médicaments et les entretiens.	Mettez à jour, à chaque contact prénatal, le dossier de la femme avec les informations concernant ses antécédents, les résultats des tests, les conclusions des examens, les médicaments et les échanges.	Haut
PRE-38 : Lors de la première consultation prénatale : - Proposez de mesurer la taille et le poids de la femme, puis de calculer son indice de masse corporelle (IMC). - Proposez une analyse de sang afin de contrôler la numération formule sanguine complète, le groupe sanguin et le statut Rhésus D (groupe sanguin, Rhésus, anticorps érythrocytaires atypiques).	Lors du premier rendez-vous prénatal, proposez un examen clinique complet, conformément aux recommandations nationales, ainsi qu'une prise de sang pour évaluer le statut hématologique, le groupe sanguin, le facteur Rhésus et la présence d'anticorps atypiques des globules rouges.	Haut



Recommandation	Reformulation	Score
PRE-49 Chez les femmes ayant une grossesse unique non compliquée avec une présentation en siège confirmée après 36+0 semaines, discutez des différentes options disponibles ainsi que de leurs avantages, risques et implications, notamment : la version par manœuvre externe (pour faire tourner le bébé des fesses vers la tête), l'accouchement vaginal en siège ou la césarienne programmée pour les femmes qui préfèrent un accouchement vaginal en présentation céphalique. Proposez une version par manœuvre externe.	Chez les femmes ayant une grossesse unique non compliquée et une présentation en siège confirmée après 36+0 semaines, discutez des différentes options disponibles, y compris les avantages, les risques et les implications.	Faible
PRE-43 : Évaluez, lors du premier rendez-vous prénatal puis à nouveau au cours du deuxième trimestre, les facteurs de risque de prééclampsie chez la femme. Mesurez et enregistrez sa tension artérielle à chaque consultation prénatale de routine en face-à-face, à l'aide d'un appareil validé pour la grossesse. Proposez un test de dépistage de protéinurie par bandelette urinaire à chaque consultation prénatale de routine en face-à-face. PRE-44 : Proposez une mesure de la hauteur utérine (symphyse-fundus) à chaque consultation prénatale après 24+0 semaines (mais pas plus souvent qu'une fois toutes les deux semaines) chez les femmes ayant une grossesse unique, à moins qu'elles ne bénéficient régulièrement d'échographies de croissance.	Lors des rendez-vous du deuxième et du troisième trimestre, proposez un examen clinique complet en accord avec les recommandations nationales.	Incertain
PRE-50 : Lorsque vous prenez soin d'une femme enceinte, écoutez-la et répondez à ses besoins et à ses préférences. Veillez à ce que, lorsque vous proposez une évaluation, une intervention ou une procédure, les risques, les avantages et les implications soient discutés avec elle et qu'elle sache qu'elle a le droit de refuser.	Chaque femme enceinte est en mesure de faire un choix éclairé. En tant que sage-femme, vous fournissez toutes les informations relatives à l'intervention ou à la procédure, y compris les risques, les avantages et les implications.	Haut
PRE-54 : Fournissez à toutes les femmes des informations prénatales sur : (1) Ce à quoi elles peuvent s'attendre pendant la première phase du travail (2) La façon de gérer la douleur éventuelle (3) La manière de contacter l'équipe de soins obstétricaux et les mesures à prendre en cas d'urgence Donnez également à toutes les femmes des informations prénatales sur les signes du travail, à savoir : (1) Faire la différence entre les contractions de Braxton Hicks et les contractions actives (2) Connaître la fréquence attendue des contractions et leur durée (3) Reconnaître la rupture de la poche des eaux (4) Identifier ce qui constitue des pertes vaginales normales Discutez le plus tôt possible pendant la grossesse des préférences et des choix de chaque femme en matière de soins pendant l'accouchement, et consignez ces choix.	Fournissez des informations prénatales sur le déroulement du travail, de l'accouchement et de la période post-partum, afin que les parents puissent se forger des attentes réalistes dans le cadre de leurs souhaits de naissance. Conseillez à la femme de discuter de ses souhaits de naissance avec le professionnel de santé qui l'accompagnera lors de l'accouchement, en tenant compte des différentes options d'accouchement, de la situation spécifique et du lieu.	Haut
PRE-68 : Effectuez le dépistage de la dépression le plus tôt possible pendant la grossesse et répétez-le au moins une fois plus tard au cours de la grossesse. Répétez Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) à tout moment pendant la grossesse si cela est cliniquement indiqué.	Déjà couvert par d'autres recommandations/indicateurs de qualité	Haut



Recommandation	Reformulation	Score
Postnatale aanbevelingen		
POST-71 : En cas de suspicion d'endométrite, la femme en post-partum doit être orientée vers un médecin (médecin généraliste ou gynécologue) pour un diagnostic et la mise en place d'une prise en charge appropriée. POST-72 : En cas de doute sur la cause ou le traitement d'une douleur intense au niveau de l'épisiotomie, la femme en post-partum doit être orientée vers un médecin (médecin généraliste ou gynécologue). POST-74 : En cas de moignon ombilical humide persistant et malodorant ou en cas de suspicion d'infection ombilicale, orientez vers un pédiatre. POST-75 : Orientez une conjonctivite (parfois fortement purulente) apparaissant dans les 10 jours suivant l'accouchement vers un ophtalmologiste ou un pédiatre en raison de la possibilité d'une infection par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i>.	Orientez vers un médecin traitant dans les situations suivantes : - En cas de suspicion d'endométrite, pour un diagnostic approfondi et l'élaboration d'un plan de traitement approprié. - En cas de doute sur la cause ou le traitement d'une douleur aiguë au niveau de l'épisiotomie. - En cas d'humidité persistante et d'odeur désagréable du cordon ombilical, ou en cas de suspicion d'infection ombilicale. - En cas de conjonctivite (parfois avec écoulement purulent important) survenant dans les 10 jours suivant l'accouchement, en raison du risque d'infection par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i>.	Faible
POST 82 : Évaluez les signes et symptômes d'infection, de récupération insuffisante, de dégradation ou de non-guérison de la plaie périnéale. POST 94 : Lors de chaque contact post-partum, demandez à la patiente si elle s'inquiète de la guérison de sa plaie périnéale (interrogez sur la douleur périnéale, l'inconfort ou les sensations de piquûre, les mauvaises odeurs ou la dyspareunie).	Lors de chaque contact post-partum, interrogez systématiquement la patiente sur la guérison de sa plaie périnéale. Demandez spécifiquement si elle éprouve une douleur périnéale, un inconfort ou une sensation de brûlure, ainsi qu'une odeur désagréable ou une dyspareunie. Évaluez, si nécessaire, la présence de signes et symptômes d'infection, de récupération insuffisante, de déhiscence ou de non-guérison de la plaie périnéale.	Hoog
POST-85 : Leg aan alle vrouwen uit dat vragen naar familiaal geweld. Expliquez à toutes les femmes que les questions sur la violence familiale font partie de la routine des soins prénatals et demandez à chaque femme si elle a été exposée à la violence familiale.	Expliquez à toutes les femmes que la grossesse est une période de vulnérabilité et dépistez les facteurs de vulnérabilité à l'aide d'un outil validé.	Hoog
POST 83 : Documentez le moment où la femme urine dans les six heures suivant l'accouchement. POST 100 : Évaluez le volume vésical et envisagez une sonde urinaire si la femme n'urine pas dans les six heures suivant l'accouchement et si les conseils pour favoriser la miction ne sont pas immédiatement efficaces.	Documentez le moment où la femme urine pour la première fois après l'accouchement. Si elle n'a pas uriné dans les six heures suivant l'accouchement, donnez des conseils pour favoriser la miction. Si ces conseils ne sont pas efficaces, évaluez le volume vésical et envisagez un sondage vésical.	Faible
POST 91 : Répétez la mesure de la tension artérielle dans les 4 heures si la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg et qu'il n'y a pas d'autres signes ou symptômes de pré-éclampsie.	Répétez immédiatement la mesure de la pression artérielle si la pression systolique est ≥ 140 mmHg ou la pression diastolique ≥ 90 mmHg. Si ces valeurs persistent, évaluez la présence de signes de prééclampsie. Si la pression artérielle ne se normalise pas dans les 30 minutes, orientez la patiente vers un médecin traitant.	Faible
POST 95 : Informez les femmes de l'importance de l'hygiène périnéale : changer régulièrement la serviette hygiénique en se lavant les mains avant et après, et laver ou doucher quotidiennement le périnée.	Informez les femmes de l'importance d'une bonne hygiène périnéale pendant la période post-partum. Il est essentiel de changer régulièrement les serviettes hygiéniques et de se laver les mains avant et après chaque changement. Il est également recommandé de laver ou de doucher le périnée quotidiennement afin de prévenir les infections et de favoriser la cicatrisation.	Faible
POST 98 : Chez les femmes souffrant de constipation et qui se sentent inconfortables, évaluez leur consommation d'aliments et de liquides et donnez des conseils sur les mesures diététiques.	Donnez à toutes les femmes des conseils sur le mode de vie et l'alimentation, en portant une attention particulière au régime alimentaire, à la posture assise et à l'activité physique. Concentrez-vous spécifiquement sur les femmes souffrant de constipation.	Faible
POST-101 : Si nécessaire, fournissez des informations appropriées sur les analgésiques disponibles, en tenant compte du fait que la femme en post-partum allaite ou non.	Fournissez des informations appropriées sur les analgésiques disponibles, en tenant compte de ses antécédents et de l'allaitement. Veillez à ce que ces informations restent dans le cadre de la compétence professionnelle de la sage-femme.	Hoog



Recommandation	Reformulation	Score
POST 102 : POST-102: Informez la femme en post-partum et son partenaire que la reprise des rapports sexuels avec pénétration nécessite une guérison physique (guérison du col de l'utérus, arrêt des lochies, cicatrisation d'une déchirure ou d'une épisiotomie). En général, la guérison a lieu après 6 à 8 semaines, mais cela peut varier. En plus de la guérison physique, il est tout aussi important que le couple soit prêt mentalement et sur le plan relationnel à reprendre les rapports sexuels avec pénétration.	Informez la femme en post-partum et son partenaire que la reprise des relations sexuelles doit se faire en toute sécurité, une fois que la récupération physique et psychologique est suffisante, indépendamment de l'allaitement. En général, la récupération physique a lieu entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, mais cela peut varier selon les individus.	Faible
POST 106 : En cas de dermatite de la couche chez les bébés, prenez en compte les causes possibles suivantes : - l'hygiène et les soins de la peau ; - la sensibilité aux détergents, adoucissants ou autres produits en contact avec la peau ; - la présence d'une infection.	En cas de dermatite de la couche chez les bébés, prenez en compte les causes possibles suivantes : - Hygiène et soins de la peau : Un nettoyage insuffisant ou un changement de couche trop peu fréquent peut contribuer à l'apparition de la dermatite. - Sensibilité aux détergents et aux produits de soin : Les bébés peuvent être sensibles aux détergents, adoucissants ou autres produits en contact avec la peau, ce qui peut provoquer des irritations. - Présence d'une infection : Vérifiez la présence de signes d'infection, tels que rougeurs ou éruptions cutanées, qui peuvent aggraver les problèmes de peau.	Faible
POST 107 : Conseillez aux parents de laver le moignon ombilical avec de l'eau et du savon. Il n'est pas nécessaire de le désinfecter.	Conseillez aux parents de garder le moignon ombilical sec, sauf lors du bain. Il n'est pas nécessaire de désinfecter le moignon. Informez-les également des signes d'infection, tels que : - rougeur ou gonflement persistant autour du moignon ombilical ; - odeur désagréable ; - écoulement de pus ou de sécrétions ; - fièvre ou changement dans l'état général du bébé. Encouragez les parents à contacter un professionnel de santé s'ils observent un ou plusieurs de ces symptômes.	Faible
POST 109 : Chez un bébé constipé nourri au lait artificiel, évaluez les facteurs suivants (action urgente) : - la technique de préparation, - la quantité de liquide, - la fréquence des repas, - la composition de l'alimentation.	Évaluez et informez, pour chaque nouveau-né recevant une alimentation complémentaire ou artificielle, sur les facteurs suivants : - Technique de préparation : Assurez-vous que les parents savent comment préparer correctement l'alimentation afin de garantir la sécurité et la valeur nutritionnelle. - Quantité de liquide : Vérifiez que le nouveau-né reçoit une quantité suffisante de liquide et discutez des quantités recommandées. - Fréquence des repas : Informez sur la fréquence recommandée des repas pour soutenir la croissance et le développement du nouveau-né. - Composition de l'alimentation : Donnez des informations sur la composition de l'alimentation, y compris les nutriments essentiels à la santé du bébé.	Incertain



Annexe 5 :

Liste non exhaustive des bonnes pratiques belges et des initiatives existantes en matière de soins périnataux

Qualité des soins périnataux	
Good Practice Logo (GPL)	https://www.vroedvrouwen.be/algemene-informatie-en-het-kwaliteitsmanagement-van-het-gpl
Améliorer la coopération multidisciplinaire	
Geïntegreerd Perinataal Zorgtraject bij laag-risico zwangerschap: Perinataal zorgpad in het Plexus zorgnetwerk	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://debakermat.be/wp-content/uploads/2021/10/Zorgtraject-geintegreerde-prenatale-zorg.pdf https://www.plexuszorgnetwerk.be/werkgroepen/perplex-perinatale-zorg#:~:text=In%20de%20regio%20Oost%20DVLams,op%20viak%20van%20perinatale%20zorg
Perinataal zorgpad Antwerpen, Noord Antwerpen en Voorkempen	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://www.eerstelijnszone.be/sites/default/files/perinataal_zorgpad_update_2023_1.pdf
Sociale kaart	https://www.desocialekaart.be/
La carte sociale de la Région de Bruxelles-Capitale	Bruxelles Social – Sociaal Brussel
Born in Belgium Professional	https://borninbelgiumpro.be/
Liste des réseaux de santé mentale pour la Wallonie.	Réseaux santé mentale AVIQ
Liste des services d'accompagnement périnatal en Fédération Wallonie-Bruxelles	Service d'accompagnement périnatal – Public – Office de la naissance et de l'enfance
Référentiel pour l'accompagnement de la parentalité	Brochure Pro – Professionnel – Office de la naissance et de l'enfance
Une formation sur le travail en réseau en période périnatal	Certificat inter-universités : Périnatalité : approche transdisciplinaire
Modèles Centering Pregnancy/offres de groupe	
Group Care Belgium	https://groupcarebelgium.be/
Opgroeien	https://www.opgroeien.be/kennis/themas/groeien-naar-ouderschap/centering-pregnancy-group-care 20230102-draaiboek-perinataal-groepsaanbod-v5-januari-2023.pdf
De Wase Kiem	https://www.dewasekiem.com/
ECK De Kraamvogel	chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://www.opgroeien.be/sites/default/files/intervention_documents/perinataal_groepsaanbod.pdf
MamaToBee (Gent)	https://mamatobee.be/
Babyboon Aalst	https://www.babyboonaalst.com/
BBRU	https://www.bbbru.be/
Initiatives centrées sur le client	
PANZA	https://www.panza.be/over-panza
Geboortekeuzes VBOV	https://www.vroedvrouwen.be/geboortekeuzes
BirthMatters	https://www.birthmatters.be/
GAMS	https://gams.be/nl/gams-nl/
Plateforme Citoyenne pour une naissance respectée	https://www.naansancerespectee.be/
La Ligue des familles	https://liguedesfamilles.be/
Born in Brussels	https://www.borninbrussels.nl/



Initiatives sur la santé mentale périnatale et le bien-être psychosocial	
Born in Belgium Professional	https://borninbelgiumpro.be/
Expertisenetwerk PIMH PERINET	https://perinet.be/
Perinatale coach	https://www.kdg.be/opleidingen/postgraduaat/perinatale-coach?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=postgraduaten&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwhr6_BhD4ARIsAHYdjcQFFd7jkdUzrEGLMtiulW0uVTIXD4EpS2w8ahlk4MJYCxl6pA-bsaAm5rEAlw_wcB
Wolk in mijn hoofd	https://wolkinmijnhoofd.be/
Kind en Gezin postpartum depressie	https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/na-de-geboorte/post-partumdepressie
ONE, site de référence pour les questions en lien avec la parentalité à l'intention des professionnels. Les thématiques centrales sont l'isolement social, l'adoption, les assuétudes, le handicap, la santé mentale, la maltraitance et la migration	Thématiques - Parentalite
PsyBru, Réseau de santé mentale de 1ère ligne à Bruxelles	Des soins psychologiques de proximité en région bruxelloise – PsyBru
Référentiel pour la violence conjugale.	RFRENTI.pdf
Lieux de Rencontre Enfants-Parents	Lieux de rencontre enfants-parents – Public – Office de la naissance et de l'enfance



Annexe 6 :

Évaluation indicateurs de qualité Delphi 3

Recommandations	Indicateur de qualité	Pertinence	Faisabilité	Enregistrable ?
Recommandations périnatales				
PERI-2	QI-1 : Indicateur périnatal: Pourcentage annuel de femmes qui sont dépistées pour les symptômes de dépression avec un outil de dépistage validé pendant la période périnatale (= à partir de la date de grossesse jusqu'à 12 mois après la naissance). Nombre de femmes dépistées Nombre total de femmes en période périnatale	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PERI-2	QI-2 : Indicateur prénatal 1: Pourcentage de femmes dépistées pour leur santé mentale et leur bien-être pendant la grossesse à l'aide d'outil validé (ex : GAD-2 or Whooley) Nombre de femmes enceintes dépistées avec un outil validé Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PERI-2	QI-3 : Indicateur postnatal 1: Pourcentage annuel de femmes dépistées pour leur santé mentale et leur bien-être dans les huit premières semaines post-partum à l'aide d'outil validé (ex : GAD-2 or Whooley) (vb. GAD-2 or Whooley) Nombre de femmes dépistées avec un outil validé Nombre total annuel de femmes suivies	Consensus	Pas de consensus	n.a..
PERI-2	QI-4 : Indicateur prénatal 2: Pourcentage annuel de références de femmes enceintes avec un résultat de dépistage positif pour diagnostic vers un médecin, un psychologue ou un psychiatre Nombre de références de femmes enceintes avec des résultats de dépistage positifs Nombre total de femmes enceintes dépistées	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PERI-2	QI-5 : Indicateur postnatal 2: Pourcentage annuel de références de femmes enceintes avec un résultat de dépistage positif pour diagnostic vers un médecin, un psychologue ou un psychiatre Nombre de références de femmes enceintes avec des résultats de dépistage positifs Nombre total de femmes enceintes dépistées	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PERI-2	QI-6 : Indicateur au niveau des prestataires de soins : Nombre annuel de formations complémentaires réalisées sur la santé mentale périnatale et postnatale. Numérateur: / Dénominateur: /	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PERI-3 (original PRE-32)	QI-7 : Nombre de femmes enceintes informées de la possibilité d'être accompagnées aux rendez-vous et aux séances d'information Numérateur: / Dénominateur: /	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
PERI-3 (original PRE-32)	QI-8 : Pourcentage de séances d'information/consultations avec présence d'un accompagnant (si la femme le souhaite) Nombre de séances d'informations/consultations en présence d'un accompagnant Nombre total de séances/consultations	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
Recommandations prénatales				
PRE-5 + 7	QI-9 : Pourcentage annuel de références urgentes de femmes enceintes vers des soins secondaires pour des raisons médicales Nombre de références urgentes de femmes enceintes Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Pas de consensus	n.a.



Recommandations	Indicateur de qualité	Pertinence	Faisabilité	Enregistrable ?
PRE-5 + 7	QI-10 : Pourcentage annuel de références urgentes de femmes enceintes présentant une hyperémèse vers des soins secondaires Nombre de références urgentes de femmes enceintes présentant une hyperémèse Nombre total de femmes enceintes suivies	Pas de consensus	consensus	n.a.
PRE-5 + 7	QI-11 : Pourcentage annuel de références urgentes de femmes enceintes suspectées de thrombose ou d'embolie pulmonaire vers des soins secondaires Nombre de références urgentes de femmes enceintes suspectées de thrombose ou d'embolie pulmonaire Nombre total de femmes enceintes suivies	Pas de consensus	consensus	n.a.
PRE-8 + 51	QI-12 : Le nombre annuel de femmes enceintes informées sur la santé, le mode de vie et le bien-être pendant la grossesse (écrit et/ou verbal). Numérateur: / Dénominateur: /	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-11	QI-13 : Âge gestationnel au premier contact prénatal Numérateur: / Dénominateur: /	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-13	QI-14 : Pourcentage annuel de références de femmes enceintes anémiques vers le médecin traitant Nombre de références de femmes enceintes souffrant d'anémie Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-14	QI-15 : Le pourcentage de femmes enceintes toxoplasmose négatives informées sur la toxoplasmose pendant la grossesse (écrit et/ou verbal) Nombre de femmes enceintes toxoplasmose négative informées sur la toxoplasmose pendant la grossesse Nombre total de femmes enceintes séronégatives	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-14	QI-16 : Le pourcentage de femmes enceintes dépistées pour la toxoplasmose Nombre de femmes enceintes dépistées pour la toxoplasmose Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Consensus	Allsoft : oui
PRE-15 + 17 + 18 + 20	QI-17 : Pourcentage de femmes enceintes dépistées pour les MST Nombre de femmes enceintes atteintes de MST Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Consensus	Allsoft : partiellement
PRE-16	QI-18 : Taux annuel de collecte vaginale et rectale pour le SGB chez la femme enceinte entre 36 et 37 semaines. Nombre de collections vaginales et rectales pour le SGB chez la femme enceinte Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Consensus	Allsoft : oui
PRE-16	QI-19 : Le pourcentage de femmes enceintes informées du dépistage du SGB pendant la grossesse (écrit et/ou verbal). Nombre de femmes enceintes informées du dépistage du SGB pendant la grossesse Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-19	QI-20 : Pourcentage de femmes enceintes non immunisées contre la rubéole Nombre de femmes enceintes non immunisées contre la rubéole Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Consensus	Allsoft : pas sûr
PRE-19	QI-21 : Pourcentage de femmes en post-partum vaccinées contre la rubéole Nombre total de femmes en post-partum vaccinées contre la rubéole Nombre total de femmes suivies en post-partum	Consensus	Consensus	Allsoft : pas sûr
PRE-26	QI-22 : Le pourcentage de femmes enceintes informées sur l'acide folique pendant la grossesse (écrit et/ou verbal). Nombre de femmes enceintes informées sur l'acide folique pendant la grossesse Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Pas de consensus	n.a.



Recommandations	Indicateur de qualité	Pertinence	Faisabilité	Enregistrable ?
PRE-26	QI-23 : Le pourcentage de femmes enceintes qui prennent de l'acide folique Nombre de femmes enceintes prenant de l'acide folique Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-28	QI-24 : Pourcentage de femmes enceintes dont la tension artérielle a été mesurée lors de la première visite prénatale Nombre de femmes enceintes dont la tension artérielle a été mesurée lors de la première visite prénatale Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Consensus	Allsoft : oui
PRE-29	QI-25 : Pourcentage annuel de femmes enceintes avec test NIPT. Nombre de femmes enceintes avec test NIPT Nombre total de femmes enceintes suivies	Pas de consensus	Consensus	n.a.
PRE-29	QI-26 : Pourcentage de parents informés sur le test NIPT. Nombre de parents informés sur le test NIPT Nombre total de couples suivis	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-31	QI-27 : Nombre de consultations prénatales par femme enceinte. nombre total de consultations prénatales par femme enceinte Nombre de consultations prénatales recommandées	Consensus	Consensus	Allsoft : pas sûr
PRE-35	QI-28 : Pourcentage de femmes victimes de violences domestiques et sexuelles. Nombre de femmes enceintes victimes de violences domestiques et sexuelles Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-35	QI-29 : Nombre annuel de formations complémentaires suivies sur les violences domestiques et sexuelles. Numérateur : / Dénominateur : /	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-36	Déjà couvert par d'autres recommandations/indicateurs de qualité (convenus ou non)			
PRE-37 +38 + 43 + 44	QI-30 : Nombre de dossiers médicaux complets et à jour (grossesse, post-partum) Numérateur : / Dénominateur : /	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-50	QI-31 : Pourcentage de parents satisfaits de leur implication dans le processus décisionnel Nombre de parents satisfaits de leur implication dans la prise de décision Nombre total de parents interrogés	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-54	QI-32 : Pourcentage de parents satisfaits des informations fournies concernant le travail, l'accouchement et le post-partum Nombre de parents satisfaits des informations concernant le travail, l'accouchement et le post-partum Nombre total de parents interrogés	Consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-54	QI-33 : Pourcentage de parents ayant un projet de naissance et des souhaits Nombre de parents ayant un projet de naissance Nombre total de parents suivis	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
PRE-58	QI-34 : Pourcentage d'anamnèse réalisée lors du premier rendez-vous prénatal Nombre d'anamnèses prises lors du premier rendez-vous prénatal Nombre total de femmes enceintes suivies	Consensus	Consensus	Allsoft : pas sûr
PRE-68	Déjà couvert par d'autres recommandations/indicateurs de qualité (convenus ou non)			



Recommandations	Indicateur de qualité	Pertinence	Faisabilité	Enregistrable ?
Recommandations postnatals				
POST-69	QI-35 : Pourcentage annuel de références urgentes de femmes vers le gynécologue/soins secondaires pour des raisons médicales dans les huit semaines suivant l'accouchement. Nombre de références urgentes de femmes Nombre total de femmes suivies en post-partum	Consensus	Consensus	Allsoft : Non
POST-70	QI-36 : Pourcentage annuel de références urgentes de femmes présentant une perte de sang soudaine ou excessive vers des soins secondaires dans les huit semaines suivant l'accouchement Nombre de références urgentes de femmes enceintes présentant une perte de sang soudaine ou excessive Nombre total de femmes suivies en post-partum	Consensus	Consensus	Allsoft : Non
POST-73	QI-37 : Pourcentage annuel de références urgentes de nouveau-nés pour raisons médicales vers un pédiatre/des soins secondaires dans les huit semaines suivant l'accouchement. Nombre de références urgentes de nouveau-nés Nombre total de nouveau-nés suivis	Consensus	Consensus	Allsoft : Non
POST-76	QI-38 : Pourcentage annuel de nouveau-nés avec « examen du septième jour » effectué par le médecin aux jours 7 à 10. Nombre de nouveau-nés ayant subi un « examen du septième jour » Nombre total de nouveau-nés suivis	Consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-79	QI-39 : Pourcentage annuel de femmes enceintes bénéficiant d'une première visite postnatale par une sage-femme pour un suivi médical dans les 24 heures suivant la sortie/l'accouchement. Nombre de femmes postnatales ayant eu une première visite postnatale dans les 24 heures Nombre total de femmes suivies en post-partum	Consensus	Consensus	Allsoft : partiellement
POST-79	QI-40 : Pourcentage annuel de nouveau-nés bénéficiant d'une première visite postnatale par une sage-femme pour un suivi médical dans les 24 heures suivant la sortie/l'accouchement. Nombre de nouveau-nés ayant reçu une première visite postnatale dans les 24 heures Nombre total de nouveau-nés suivis	Consensus	Consensus	Allsoft : partiellement
POST-81	QI-41 : Pourcentage annuel de mesures de tension artérielle chez les femmes en post-partum mesurées dans les 6 heures suivant l'accouchement. Nombre de mesures de tension artérielle chez les femmes en post-partum dans les 6 heures Nombre total de femmes suivies en post-partum	Consensus	Consensus	Allsoft : Non
POST-84	QI-42 : Pourcentage annuel de nouveau-nés (<3 mois) fiévreux pour lesquels un médecin est consulté. Nombre de nouveau-nés fiévreux Nombre total de nouveau-nés suivis	Consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-84	QI-43 : Pourcentage annuel de nouveau-nés (<3 mois) présentant une température basse pour lesquels le médecin est consulté. Nombre de nouveau-nés avec une température basse Nombre total de nouveau-nés suivis	Consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-85	Déjà couvert par d'autres recommandations/indicateurs de qualité (convenus ou non)			
POST-87	QI-44 : Pourcentage annuel de femmes enceintes Rhésus D négatif non sensibilisées ayant des bébés Rhésus D positif qui ont reçu des immunoglobulines anti-D dans les 72 heures. Nombre de vaccinations par immunoglobulines anti-D chez les femmes post-partum Rhésus D négatif Nombre total de femmes en post-partum Rhésus D négatif	Consensus	Consensus	Allsoft : Non



Recommandations	Indicateur de qualité	Pertinence	Faisabilité	Enregistrable ?
POST-92	QI-45 : Pourcentage annuel de femmes en post-partum présentant une tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg dans les huit semaines suivant l'accouchement. Nombre de femmes en post-partum ayant une tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg Nombre total de femmes suivies en post-partum	Consensus	Consensus	Allsoft : Oui
POST-92	QI-46 : Pourcentage annuel de femmes en post-partum présentant des signes de prééclampsie dans les huit semaines suivant l'accouchement. Nombre de femmes en post-partum présentant des signes de prééclampsie Nombre total de femmes en post-partum suivies	Consensus	Consensus	Allsoft : Non
POST-92	QI-47 : Pourcentage annuel des références de femmes en post-partum présentant une tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg vers le gynécologue/la deuxième ligne dans les huit semaines suivant l'accouchement Nombres des références de femmes en post-partum présentant une tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg Nombre total de femmes en post-partum suivies	Consensus	Consensus	Allsoft : Non
POST-94	QI-48 : Pourcentage annuel de références de femmes en post-partum présentant une tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg vers le gynécologue/soins secondaires dans les huit semaines suivant l'accouchement. Nombre de références de femmes en post-partum présentant une tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg Nombre total de femmes suivies en post-partum	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-94	QI-49 : Pourcentage annuel de femmes en post-partum présentant des signes d'infection au niveau de l'épisiotomie ou d'une rupture dans les huit semaines suivant l'accouchement. Nombre de femmes en post-partum présentant une infection par épisiotomie ou rupture Nombre total de femmes en post-partum subséquentes avec épisiotomie ou rupture	Consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-101	QI-50 : Pourcentage de parents satisfaits des informations et du soutien sur l'allaitement maternel. Nombre de parents satisfaits des informations et du soutien sur l'allaitement maternel Nombre total de parents suivis	Consensus	Consensus	n.a.
POST-104	QI-51 : Pourcentage de femmes en post-partum qui commencent à allaiter dans les 48 heures suivant l'accouchement. Nombre de femmes en post-partum qui ont commencé à allaiter dans les 48 premières heures Nombre total de femmes allaitantes en post-partum	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-104	QI-52 : Pourcentage de mères allaitant exclusivement ou partiellement au sein 8 semaines après l'accouchement. Nombre de mères ayant allaité exclusivement ou partiellement après 8 semaines Nombre total de mères	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-104	QI-53 : Pourcentage d'allaitement exclusif ou partiel à 6 mois. Nombre de mères ayant allaité exclusivement ou partiellement à 6 mois Nombre total de mères	Pas de consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-109	QI-54 : Pourcentage de parents satisfaits des informations et du soutien concernant l'alimentation artificielle. Nombre de parents satisfaits des informations et du soutien concernant l'alimentation artificielle Nombre total de parents suivis	Consensus	Pas de consensus	n.a.
POST-III	Déjà couvert par d'autres recommandations/indicateurs de qualité (convenus ou non)			
POST-II2	Déjà couvert par d'autres recommandations/indicateurs de qualité (convenus ou non)			



Annexe 7 :

Vue d'ensemble des obstacles selon TICD checklist

Tableau 1 :

Vue d'ensemble des déterminants par (sous-)catégorie dans TICD checklist

Catégorie	Déterminant
1. Facteur liés à la directive	Sous-catégorie: Recommandation Qualité des preuves à l'appui de la recommandation Force de la recommandation Clarté Pertinence culturelle Accessibilité de la recommandation Source de la recommandation Cohérence avec d'autres directives Sous-catégorie: Intervention clinique recommandée Faisabilités Accessibilité de l'intervention Sous-catégorie : Comportement recommandé Compatibilité Effort Testabilité Observabilité
2. Facteurs individuels liés aux professionnels	Sous-catégorie: Connaissances et compétences Connaissance du domaine Conscience et connaissance de la recommandation Connaissance de sa propre pratique Compétences pour s'y conformer Sous-catégorie: Cognitions (y compris l'attitude) Accord avec la recommandation Attitude générale vis-à-vis des directives Résultat attendu Intention et motivation Efficacité personnelle Style d'apprentissage Émotions Sous-catégorie: Comportement professionnel Nature du comportement Capacité à planifier le changement Auto-évaluation ou retour d'information
3. Facteur liés au patient	Besoins Convictions et connaissances Préférences Motivation Comportement
4. Interaction professionnelle	Communication et influence Processus d'équipe Processus de référence



Catégorie	Déterminant
5. Incitations et ressources	Disponibilité des ressources nécessaires Incitations et désincitations financières Incitations et dissuasions non financières Système d'information Assurance qualité et systèmes de sécurité des patients Système de formation continue Soutien aux cliniciens
6. Capacité de changement organisationnel	Mandat, autorité, responsabilité Leadership compétent Force relative des partisans et des opposants Réglementation, règles et politique Priorité au changement nécessaire Suivi et retour d'information Aide à la transformation organisationnelle
7. Facteurs sociaux, politiques et juridiques	Contraintes économiques sur le budget consacré aux soins de santé Contrats Législation Politique de paiement et de financement Responsabilité en cas de pratiques frauduleuses Personnes influentes Corruption Stabilité politique

Plus d'informations :

Liste de contrôle TICC complète (définition, questions exploratoires et exemples par déterminant) :

https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1186%2F1748-5908-8-35/MediaObjects/13012_2012_601_MOESM4_ESM.pdf

Flottorp et al, 2013 :

<https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>

Tableau 2 :

Vue d'ensemble des obstacles identifiés lors du troisième cycle Delphi et lors des enquêtes et réunions avec les parties prenantes précédentes (2023, ebpracticenet)

Catégorie	Déterminant
Facteurs liés à la directive	
Subcatégorie: Aanbeveling Duidelijkheid	Absence de définitions (médicales/obstétricales) sans ambiguïté (par exemple, hyperémèse) Absence de recommandations sur la santé mentale prénatale Absence de critères de sortie clairs Manque de spécificité permettant différentes interprétations (par exemple, fourniture d'informations, plan de naissance, dossiers complets et à jour, anamnèse, etc.)
Subcatégorie: Aanbevolen klinische interventie Haalbaarheid	La mesurabilité est remise en question : il est difficile d'extrapoler certaines données à partir des dossiers (par exemple, en ce qui concerne l'orientation, la qualité et l'exhaustivité des informations fournies, le suivi ultérieur par la sage-femme, le dossier complet et actualisé, le plan de naissance, etc.) Attentes floues (par exemple en ce qui concerne l'enregistrement et la méthode de fourniture d'informations). Objectivité de l'auto déclaration (fiable ? représentation de la réalité ?)



Catégorie	Déterminant
Facteurs individuels liés aux professionnels	
Sous-catégorie : Connaissances et compétences Connaissance du domaine	Manque de connaissances, d'auto-efficacité et de compétences (par exemple, NIPT, consultations prénatales, discussion de sujets sensibles (par exemple, violence intrafamiliale/sexuelle, santé mentale))
Sous-catégorie: Cognitions (y compris l'attitude) Intention et motivation	Pas de volonté de changer la routine (médecine générale) Peu d'incitation à changer (p.ex. en raison de la rémunération/des restrictions de l'INAMI)
Sous-catégorie: Comportement professionnel Capacité à planifier le changement	Manque de temps Crainte d'une « surcharge » administrative Travail intensif - investissement en temps important (par exemple, pour le dépistage de la santé mentale, l'historique complet, les explications, le consentement éclairé)
Facteurs liés au patient	
Besoins Convictions et connaissances Préférences Motivation Comportement	Croyances Stigmatisation/tabou (y compris la santé mentale) Langue Refus (de certains tests (sanguins), par ex. MST, SGB, vaccination, acide folique, NIPT) Infidélité à la thérapie (par exemple, acide folique) Difficulté à donner un retour d'information négatif Surcharge (fatigue de l'enquête) Manque de confiance en soi pour indiquer les priorités et les choix
Interaction professionnelle	
Communication et influence	Communication et accords insuffisants entre les prestataires de soins périnataux et les niveaux de soins (y compris l'orientation, la fourniture d'informations, les consultations prénatales, etc.) Absence de réseau et de collaboration multidisciplinaires (y compris l'importance de l'orientation). Rôle peu clair des différents prestataires de soins périnataux (par exemple en termes de dépistage et de suivi de la santé mentale). Manque de confiance entre les prestataires de soins périnataux Hiérarchie/tension entre les différents prestataires de soins périnataux Les prestataires de soins périnataux ne se connaissent pas suffisamment les uns les autres Manque d'informations sur les prestataires de soins périnataux (et les choix) pour le grand public
Processus de référence	La mesure de l'orientation vers les prestataires de soins périnataux est inadéquate. Possibilités limitées d'orientation (y compris l'aide psychologique)
Incitations et ressources	
Disponibilité des ressources nécessaires	Manque de matériel éducatif uniforme/standardisé (y compris le mode de vie, les MST) dans différentes langues Manque d'uniformité dans les outils et protocoles de dépistage (y compris la santé mentale, les MST) Absence de documents uniformes (y compris plan de naissance, anamnèse, etc.) Disponibilité insuffisante du matériel de dépistage (y compris MST, SGB, etc.) Absence de questionnaire/liste de contrôle pour mesurer systématiquement les critères de qualité et l'enquête auprès des patients Absence de méthode d'orientation uniforme/de lettre d'orientation standardisée (lors de l'orientation) Pénurie de sages-femmes dans certaines régions
Incitations et désincitations financières	Absence de système d'accréditation pour les sages-femmes Rémunération insuffisante



Catégorie	Déterminant
Système d'information	Absence de dossier électronique partagé/multidisciplinaire Décentralisation des informations et des données Les critères de qualité ne peuvent pas être liés à l'enregistrement actuel dans le dossier électronique du patient, insuffisamment adapté pour obtenir des statistiques correctes (par exemple, absence de cases à cocher ou de code couleur) Pas d'accès direct aux laboratoires à partir du dossier électronique du patient
Capacité de changement organisationnel	
Réglementation, règles et politique	Consentement du patient à l'accès au dossier pour le contrôle de la qualité (GDPR, vie privée) Absence de cadre pour la consultation structurelle entre les partenaires périnataux
Suivi et retour d'information	Manque de clarté sur l'évaluation des critères de qualité (par échantillonnage des dossiers, audit ?) Absence de portefeuille pour les sages-femmes
Facteurs sociaux, politiques et juridiques	
Contraintes économiques sur le budget consacré aux soins de santé	Nomenclature inadéquate de l'INAMI (pas de code de l'INAMI pour la préconception, l'orientation, le consentement éclairé, pas de séparation de la mère et de l'enfant, etc.) Coût pour la société (p. ex. NIPT)

SUPPLÉMENTS

Supplément 1 : Fiche d'indicateurs de qualité pour les soins prénatals et postnatals

Supplément 2 : Aperçu des modèles (inter)nationaux de promotion de la qualité

Supplément 3 : Aperçu des stratégies de mise en oeuvre par barrière





Supplément 1 :

Fiche d'indicateurs de qualité des soins prénatals et postnatals

Auteurs : Florence D'Haenens* et Inge Tency*

**Odisee-hogeschool, Opleiding Vroedkunde, Campus Sint-Niklaas*

Introduction

Date de la version finale des indicateurs : 05/10/2025

Validité : jusqu'au 05/10/2030

Exécutant : Odisee-hogeschool (Florence D'Haenens & Inge Tency)

Public cible : sages-femmes (et autres professions de soins périnatals)

Objectif des indicateurs :

- Principal : soutenir l'amélioration de la qualité des soins prénatals et postnatals dispensés par les sages-femmes
- Secondaire : favoriser la collaboration et la coordination entre les acteurs de soins dans le domaine périnatal

Type d'indicateurs : indicateurs de processus, de structure et de résultats

Résumé

Les soins prénatals et postnatals dispensés par les sages-femmes jouent un rôle crucial dans la garantie de soins sûrs et respectueux pour les femmes enceintes et les nouveau-nés. Le caractère multidisciplinaire des soins périnatals exige une attention non seulement à la sécurité médicale, mais aussi au soutien psychosocial, à la transmission d'informations et à la promotion de l'autonomie des parents. Le développement d'indicateurs de qualité pour les sages-femmes a pour objectif principal de soutenir l'amélioration de la qualité des soins prénatals et postnatals, et pour objectif secondaire de renforcer la collaboration entre les acteurs de soins dans le domaine périnatal.

Pour le développement de ces indicateurs, une approche systématique a été adoptée, inspirée de la méthode Delphi modifiée de Rand. Une revue de la littérature a été réalisée, incluant le dépistage des directives, recommandations et indicateurs existants au niveau national et international dans le domaine des soins périnatals. Les sources pertinentes ont été sélectionnées et les recommandations ont été associées à des indicateurs potentiels par trois chercheurs, chacun travaillant de manière indépendante. Cette sélection a ensuite été discutée avec un panel d'experts multidisciplinaire composé de sages-femmes, de médecins, d'autres acteurs des soins périnatals et de représentants des patients.

Le processus de consensus a inclus des enquêtes en ligne et une réunion de consensus, au cours desquelles les indicateurs ont été évalués selon leur pertinence et leur applicabilité. Lors d'un premier tour de consensus, les recommandations ont été classées en trois catégories : potentiel élevé, incertain et faible. Lors du troisième tour, la sélection définitive des indicateurs a été établie sur la base des critères de pertinence et de faisabilité. Les indicateurs ont été harmonisés jusqu'à l'obtention d'un consensus, mais doivent encore faire l'objet d'un test pratique.

Au total, 19 indicateurs ont été sélectionnés, regroupés autour des thèmes suivants : assurance qualité ; approche centrée sur la personne ; bien-être mental et psychosocial ; collaboration, communication et confiance. Dans les fiches d'indicateurs, la justification et les sources sont expliquées pour chaque indicateur.



Fiches d'indicateurs prénatals (n=7)

Fiche d'indicateur 1	
ID de l'indicateur	Dépistage prénatal de la toxoplasmose
Code de l'indicateur	Pre-14/QI-16
Description	Le pourcentage de femme dépistée pour la toxoplasmose
Numérateur	Nombre de femmes enceintes dépistées pour la toxoplasmose par grossesse
Dénominateur	Nombre de grossesses suivies
Critères d'exclusion du dénominateur	Femmes enceintes ayant un statut séropositif connu pour la toxoplasmose avant cette grossesse
Justification (relation avec la qualité des soins)	Le dépistage prénatal de la toxoplasmose est essentiel pour garantir la détection précoce et le traitement des infections, ce qui peut contribuer à prévenir des complications graves tant pour la mère que pour le fœtus. Cet indicateur permet de surveiller et d'améliorer la qualité des soins prénatals (LEAPP, 2024 ; KCE, 2019 ; KCE, 2015).
Niveau de preuve de la recommandation	Grade C
Source(s)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque, 2019; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ?, 2015
Remarques	Cet indicateur peut être évalué chaque année afin de suivre les tendances du dépistage de la toxoplasmose. La collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues est essentielle pour recueillir des données précises.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce référentiel est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique. Par exemple, la moyenne des 10 % des pratiques les plus performantes pourrait être utilisée pour établir un référentiel réaliste et motivant.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier Patient Électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance(ONE)/carnet de la mère Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) Audit externe Portfolio/matériel d'information disponible Enquête de satisfaction des clients Réflexion critique sur la qualité de ses propres soins
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnatals, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés en consensus uniquement en ce qui concerne leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnatals.



Fiche d'indicateur 2	
ID de l'indicateur	Dépistage prénatal des IST (Infections Sexuellement Transmissibles)
Code de l'indicateur	PRE-15 + 17 + 18 +20/QI-17
Description	Pourcentage de femmes enceintes dépistées pour le IST
Numérateur	Nombre de femmes enceintes dépistées pour les IST au cours de cette grossesse
Dénominateur	Nombre total de femmes enceintes suivies
Critères d'exclusion du dénominateur	Femmes enceintes ayant un statut positif connu pour une IST avant cette grossesse
Justification (relation avec la qualité des soins)	Le dépistage prénatal des IST est essentiel pour garantir la détection précoce et le traitement des infections, ce qui peut contribuer à prévenir des complications graves tant pour la mère que pour le fœtus. Cet indicateur permet de surveiller et d'améliorer la qualité des soins prénatals. Les IST prises en compte sont les suivantes : VIH, syphilis, chlamydia et hépatite C
Niveau de preuve de la recommandation	VIH: grade B Syphilis : Basé sur des preuves scientifiques Hépatite C et Chlamydia : Basé sur un consensus d'experts
Source(s)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ?, 2015
Remarques	Cet indicateur peut être évalué chaque année afin de suivre les tendances du dépistage des IST. La collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues est essentielle pour recueillir des données précises.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce référentiel est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique. Par exemple, la moyenne des 10 % des pratiques les plus performantes pourrait être utilisée pour établir un référentiel réaliste et motivant.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier Patient Electronique (DPE) Audit externe Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/carnet de la mère Portfolio / registre de formation Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) Agence Intermutualiste (IMA) Portfolio/ matériel d'information disponible
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnatals, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés en consensus uniquement en ce qui concerne leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnatals.



Fiche d'indicateur 3	
ID de l'indicateur	Dépistage prénatal du streptocoque du groupe B (GBS)
Code de l'indicateur	PRE-16/QI-18
Description	Taux annuel de frottis recto-vaginal pour le dépistage du GBS chez les femmes enceintes entre 36 et 37 semaines de grossesse.
Numérateur	Nombre de prélèvements vaginaux et rectaux pour le streptocoque du groupe B (SGB) chez les femmes enceintes se trouvant à la 36e ou 37e semaine de grossesse
Dénominateur	Nombre de femmes enceintes suivies se trouvant à la 36e ou 37e semaine de grossesse
Critères d'exclusion du dénominateur	Nombre de femmes enceintes suivies ne se trouvant pas à la 36e ou 37e semaine de grossesse
Justification (relation avec la qualité des soins)	Le dépistage prénatal du streptocoque du groupe B (SGB) est essentiel pour garantir la détection précoce et le traitement des infections, ce qui peut contribuer à prévenir des complications graves tant pour la mère que pour le nouveau-né. Cet indicateur permet de surveiller et d'améliorer la qualité des soins prénatals (LEAPP, 2024 ; KCE, 2015). Selon la directive du KCE de 2015, le dépistage universel s'avère plus efficace que l'absence de dépistage ou le dépistage basé sur une prophylaxie selon les facteurs de risque, ce qui renforce la justification de cet indicateur.
Niveau de preuve de la recommandation	Grade B
Source(s)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ?, 2015
Remarques	Cet indicateur peut être évalué chaque année afin de suivre les tendances du dépistage du streptocoque du groupe B (SGB). La collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues est essentielle pour recueillir des données précises.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce référentiel est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier Patient Électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/carnet de la mère Agence Intermutualiste (IMA) Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) Enquête de satisfaction des clients Portfolio/matériel d'information disponible
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnatals, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés en consensus uniquement en ce qui concerne leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnatals.



Fiche d'indicateur 4	
ID de l'indicateur	Dépistage prénatal de l'immunité contre la rubéole
Code de l'indicateur	Pre-19/QI-20
Description	Pourcentage de femmes enceintes non immunisées contre la rubéole
Numérateur	Nombre de femmes enceintes dépistées pour la rubéole pendant la grossesse
Dénominateur	Nombre total de femmes enceintes suivies
Critères d'exclusion du dénominateur	Femmes enceintes ayant une immunité connue contre la rubéole avant cette grossesse
Justification (relation avec la qualité des soins)	Le dépistage prénatal de l'immunité contre la rubéole est essentiel pour garantir la détection précoce des femmes enceintes non immunisées. Cela permet de prévenir les infections rubéoleuses pendant la grossesse, qui peuvent entraîner de graves complications pour le fœtus. Cet indicateur permet de surveiller et d'améliorer la qualité des soins prénatals (LEAPP, 2024 ; Damen et al., 2023 ; KCE, 2019 ; KCE, 2015).
Niveau de preuve de la recommandation	Grade B
Source(s)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Damen et al., Zwangerschap en kraamperiode, 2023; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque, 2023; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque, 2019 ; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ?, 2015
Remarques	Cet indicateur peut être évalué chaque année afin de suivre les tendances du dépistage de l'immunité contre la rubéole. La collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues est essentielle pour recueillir des données précises.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce référentiel est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier Patient Électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/carnet de la mère Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) Agence Intermutualiste (IMA) Portfolio / matériel d'information disponible
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnatals, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés en consensus uniquement en ce qui concerne leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnatals.



Fiche d'indicateur 5	
ID de l'indicateur	Mesure de la pression artérielle lors de la première consultation prénatale
Code de l'indicateur	PRE-28/QI-24
Description	Nombre de grossesses pour lesquelles la pression artérielle a été mesurée lors de la première consultation prénatale
Numérateur	Nombre de femmes enceintes dont la tension artérielle a été mesurée lors de la première visite prénatale
Dénominateur	Nombre de grossesses suivies
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	La mesure de la pression artérielle lors de la première consultation prénatale est essentielle pour garantir la détection précoce et le traitement de l'hypertension, ce qui peut contribuer à prévenir des complications graves tant pour la mère que pour le fœtus. Cet indicateur permet de surveiller et d'améliorer la qualité des soins prénatals (LEAPP, 2024 ; KCE, 2023 ; KCE, 2015).
Niveau de preuve de la recommandation	Grade B
Source(s)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque, 2023; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ?2015
Remarques	Cet indicateur peut être évalué chaque année afin de suivre les tendances de la mesure de la pression artérielle lors de la première consultation prénatale. La collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues est essentielle pour recueillir des données précises.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Bien qu'aucun référentiel explicite ne soit mentionné, cette mesure est considérée comme une pratique standard. Un référentiel réaliste pourra être défini ultérieurement sur la base des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier Patient Électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/carnet de la mère
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 6	
ID de l'indicateur	Consultations prénatales
Code de l'indicateur	PRE-31/QI-27
Description	Le pourcentage de grossesses à terme ayant bénéficié du nombre recommandé de consultations prénatales."
Numérateur	Nombre de grossesses à terme suivies ayant bénéficié du nombre recommandé de consultations prénatales.
Dénominateur	Nombre de consultations prénatales recommandées
Critères d'exclusion du dénominateur	Le nombre de grossesses suivies qui ne sont pas arrivées à terme.
Justification (relation avec la qualité des soins)	Le suivi du nombre de consultations prénatales par femme enceinte est essentiel pour garantir que tous les contrôles nécessaires et l'information soient réalisés aux moments appropriés. Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), il est recommandé d'effectuer au moins 10 consultations prénatales pour les femmes primipares, tandis que 7 consultations suffisent pour les femmes multipares, en tenant compte de la durée de la grossesse et du parcours de soins. Une collaboration étroite entre la sage-femme et le médecin est possible dans ce cadre. Ce nombre peut être individualisé en fonction des besoins et préférences spécifiques de la femme enceinte. Le suivi du nombre de consultations contribue à un accès opportun aux soins, à la continuité de ceux-ci et à l'amélioration des résultats pour la mère et le bébé (LEAPP, 2024 ; KCE, 2023 ; KCE, 2019).
Niveau de preuve de la recommandation	Good-practice-statement
Source(s)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque, 2023; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque, 2019; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse? 2015
Remarques	Cet indicateur peut être évalué chaque année afin de suivre les tendances dans le nombre de consultations prénatales. La collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues est essentielle pour recueillir des données précises.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce référentiel est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier Patient Electronique (DPE) Audit externe Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/carnet de la mère Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) Agence Intermutualiste (IMA) Enquête de satisfaction des clients Portfolio / matériel d'information disponible (temps défini par les sages-femmes sous forme de tableaux avec des indications pour fixer un rendez-vous)
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 7	
ID de l'indicateur	Anamnèse première consultation prénatale
Code de l'indicateur	PRE-58/QI-34
Description	Pourcentage d'anamnèse réalisé lors du premier rendez-vous prénatal
Numérateur	Nombre d'anamnèse réalisé lors du premier rendez-vous prénatal
Dénominateur	Nombre de grossesses suivies pour lesquelles le premier rendez-vous prénatal a eu lieu.
Critères d'exclusion du dénominateur	Femmes enceintes ayant déjà effectué une anamnèse complète auprès d'un autre prestataire de soins.
Justification (relation avec la qualité des soins)	La réalisation d'une anamnèse lors du premier rendez-vous prénatal est essentielle pour obtenir une vue d'ensemble de l'historique médical de la femme enceinte. Cela permet d'identifier les risques potentiels et de planifier les soins appropriés. Cet indicateur contribue au suivi et à l'amélioration de la qualité des soins prénatals (NICE, 2021).
Niveau de preuve de la recommandation	Non publié
Source(s)	National Institute for Health and Care Excellence, Antenatal care, 2021; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque 2023; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque, 2019
Remarques	Cet indicateur peut être évalué chaque année afin de suivre les tendances dans la réalisation des anamnèses lors du premier rendez-vous prénatal. La collaboration avec les sages-femmes et les gynécologues est essentielle pour recueillir des données précises.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce référentiel est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier Patient Électronique (DPE) Réflexion critique sur la qualité de ses propres soins Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) Office de la Naissance et de l'Enfance(ONE)/carnet de la mère Born in Belgium (outil) Audit externe Enquête de satisfaction des clients
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiches d'indicateurs postnatals (n=12)

Fiche d'indicateur 8	
ID de l'indicateur	Vaccination postnatale contre la rubéole
Code de l'indicateur	Pre-19/QI-21
Description	Pourcentage de femmes en post-partum vaccinées contre la rubéole
Numérateur	Nombre total de femmes en post-partum vaccinées contre la rubéole
Dénominateur	Nombre total de femmes enceintes suivies
Critères d'exclusion du dénominateur	Femmes en postpartum ayant une immunité connue contre la rubéole.
Justification (relation avec la qualité des soins)	La vaccination post-partum contre la rubéole est essentielle pour prévenir la rubéole congénitale lors de grossesses futures. Un taux de vaccination élevé contribue à la santé publique et à l'élimination de la rubéole. La sensibilisation et la vaccination durant la période post-partum peuvent apporter des bénéfices préventifs en matière de santé pour la mère et l'enfant (LEAPP, 2024 ; Damen et al., 2023).
Niveau de preuve de la recommandation	Grade B (LEAPP) Non publié (Damen et al.) Good Practice Points (Tency et al., 2022)
Source(s)	Living Evidence for Australian Pregnancy and Postnatal Care, Australian Pregnancy Care Guidelines, 2024; Damen et al., Zwangerschap en Kraamperiode, 2023; Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022; Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse? 2015
Remarques	Le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est un vaccin vivant atténué, recommandé chez les femmes en post-partum qui ne possèdent pas d'anticorps contre la rubéole. Les antécédents d'une éventuelle infection antérieure à la rubéole ne suffisent pas. Étant donné qu'une grossesse ne doit pas survenir dans le mois suivant l'administration du vaccin, il est conseillé de le donner en période post-partum (avant la sortie de l'hôpital ou lors du premier suivi postnatal). Le risque de grossesse dans le mois suivant est généralement faible, mais il est important d'en informer la mère. La vaccination est également possible pendant l'allaitement, sauf si le nourrisson présente une immunité réduite.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de la mère Audit externe Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) Agence Intermutualiste (IMA) Enregistrements sur la plateforme de vaccination Vaccinnet Enquête de satisfaction des patientes Réflexion critique sur la qualité des soins
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 9	
ID de l'indicateur	Référence urgente des femmes en postpartum pour raisons médicales
Code de l'indicateur	Post-69/QI-35
Description	Le pourcentage de renvois urgents de femmes en post-partum vers un gynécologue ou les soins de deuxième ligne pour des raisons médicales dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Numérateur	Nombre de renvois urgents de femmes en post-partum vers un gynécologue ou les soins de deuxième ligne pour des raisons médicales dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Dénominateur	Nombre de femmes en post-partum ayant été suivies dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	Ce pourcentage donne un aperçu de la nécessité médicale des renvois urgents en post-partum et peut indiquer la présence de complications ou de points à améliorer dans les soins de première ligne. La liste des signes d'alerte nécessitant un renvoi de la première vers la deuxième ligne peut être consultée dans WOREL (pp. 14-15). https://www.worel.be/worel/document?parameters=%7B%22PublicationId%22%3A%2274051A31-IBC4-4B68-B86D-AE6E009CE48D%22%7D Un pourcentage élevé peut indiquer une incidence accrue de complications post-partum ou un besoin d'optimisation des soins préventifs et précoces en première ligne. Un pourcentage trop faible peut éventuellement indiquer une sous-diagnostic ou un retard dans le renvoi, ce qui peut mettre en danger la santé des femmes en post-partum (Tency et al., 2022).
Niveau de preuve de la recommandation	Good Practice Points
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	La détermination d'une valeur cible spécifique pour le pourcentage de renvois urgents de femmes en post-partum vers un gynécologue ou les soins de deuxième ligne dans les huit premières semaines après l'accouchement est une tâche complexe, notamment en raison de l'absence de statistiques nationales détaillées en Belgique. Pour établir cette valeur cible, des recherches complémentaires et une analyse de données sont nécessaires.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur structurel et de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de la mère Audit externe Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 10	
ID de l'indicateur	Référence urgente des femmes en postpartum pour saignement abondant
Code de l'indicateur	Post-70/QI-36
Description	Le pourcentage de renvois urgents de femmes en post-partum présentant des pertes de sang soudaines ou abondantes vers les soins de deuxième ligne dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Numérateur	Nombre de renvois urgents de femmes en post-partum présentant des pertes de sang soudaines ou abondantes vers les soins de deuxième ligne dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Dénominateur	Nombre de femmes en post-partum ayant été suivies dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	Un pourcentage élevé de renvois urgents peut indiquer : - Une détection et une prévention insuffisantes des hémorragies post-partum dans les soins de première ligne. - Une incidence plus élevée de complications telles que l'hémorragie post-partum secondaire (HPP). - Des points à améliorer dans le suivi postnatal et l'information des femmes en post-partum concernant les symptômes de pertes de sang excessives. Un pourcentage trop faible peut, en revanche, indiquer une sous-diagnostic ou un retard dans le renvoi nécessaire, ce qui peut mettre en danger la santé des femmes en post-partum. (Tency et al., 2022)
Niveau de preuve de la recommandation	Good Practice Points
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	Ce chiffre peut varier en fonction de la définition utilisée pour les pertes de sang post-partum et de l'accès aux soins. Un suivi sur plusieurs années peut aider à identifier les tendances et les points à améliorer.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus et de résultat
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de la mère Audit externe Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 11	
ID de l'indicateur	Référence urgente du nouveau-né
Code de l'indicateur	Post-73/QI-37
Description	Le pourcentage de renvois urgents de nouveau-nés vers un pédiatre ou les soins de deuxième ligne pour des raisons médicales dans les huit semaines suivant la naissance.
Numérateur	Nombre de renvois urgents de nouveau-nés vers un pédiatre ou les soins de deuxième ligne pour des raisons médicales dans les huit semaines suivant la naissance.
Dénominateur	Nombre de nouveau-nés ayant été suivis dans les huit semaines suivant la naissance.
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	Cet indicateur mesure le degré d'intervention médicale urgente nécessaire après la naissance, ce qui peut refléter la qualité des soins prodigués aux nouveau-nés. La liste des signes d'alerte nécessitant un renvoi de la première vers la deuxième ligne peut être consultée dans WOREL (pp. 89-90). https://www.worel.be/worel/document?parameters=%7B%22PublicationId%22%3A%2274051A31-1BC4-4B68-B86D-AE6E009CE48D%22%7D Un pourcentage plus faible peut indiquer des soins de naissance opportuns et adéquats, tandis qu'un pourcentage plus élevé peut signaler un risque accru de complications ou des mesures préventives insuffisantes. (Tency et al., 2022)
Niveau de preuve de la recommandation	Good Practice Points
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	Lors de la détermination du renvoi, il convient de tenir compte des variations régionales et de la disponibilité des soins spécialisés. Le pourcentage peut varier en fonction des critères utilisés pour le renvoi et du nombre de suivis effectués.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de l'enfant Agence Intermutualiste (IMA) Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) Audit externe Réflexion critique sur la qualité des soins
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 12	
ID de l'indicateur	Première visite postnatale par une sage-femme
Code de l'indicateur	Post-79/QI-39
Description	Le pourcentage de femmes en post-partum ayant reçu une première visite postnatale d'une sage-femme pour un suivi médical dans les 24 heures suivant la sortie de l'hôpital ou après l'accouchement.
Numérateur	Nombre de femmes en post-partum ayant reçu une première visite postnatale d'une sage-femme dans les 24 heures suivant la sortie de l'hôpital ou après l'accouchement.
Dénominateur	Nombre de femmes en post-partum ayant été suivies après la sortie de l'hôpital ou après l'accouchement.
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	Cet indicateur est important car une visite postnatale précoce par une sage-femme peut garantir la santé de la mère et du bébé grâce à un suivi rapide des éventuels problèmes médicaux ou complications. Une visite dans les 24 heures permet de détecter et de traiter rapidement les premiers signes de troubles postnatals.
Niveau de preuve de la recommandation	Grade 2C
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	Le moment de la première visite postnatale est crucial pour surveiller la santé physique et mentale de la femme en post-partum. Le pourcentage peut être influencé par des aspects organisationnels, tels que la disponibilité des sages-femmes en première ligne.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de la mère Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) Agence Intermutualiste (IMA) Enquête de satisfaction des clients Audit externe
Prestataire de soins	Sages-femmes



Fiche d'indicateur 13	
ID de l'indicateur	Premier suivi postnatal du nouveau-né par une sage-femme
Code de l'indicateur	Post-79/QI-40
Description	Le pourcentage de nouveau-nés ayant reçu une première visite postnatale d'une sage-femme pour un suivi médical dans les 24 heures suivant la sortie de l'hôpital ou après la naissance.
Numérateur	Nombre de nouveau-nés ayant reçu une première visite postnatale d'une sage-femme dans les 24 heures suivant la sortie de l'hôpital ou après la naissance.
Dénominateur	Nombre total de nouveau-nés suivie en post-partum
Critères d'exclusion du dénominateur	Nouveau-nés qui ne sont pas sortis de l'hôpital ou qui ne sont pas suivis par une sage-femme de première ligne après la naissance (par exemple lorsque le bébé reste hospitalisé).
Justification (relation avec la qualité des soins)	Une première visite postnatale dans les 24 heures est cruciale pour la détection précoce de tout problème médical chez les nouveau-nés, tels que les infections, les troubles de l'alimentation ou les retards de croissance. Elle permet également une intervention rapide si nécessaire, ce qui peut contribuer à de meilleurs résultats de santé pour le nouveau-né. (Tency et al., 2022)
Niveau de preuve de la recommandation	Grade 2C
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie I), 2022
Remarques	Le suivi rapide des nouveau-nés dans les 24 heures peut être influencé par des facteurs logistiques, tels que la disponibilité des sages-femmes ou les besoins en soins de la mère. Dans certaines situations, un bébé peut nécessiter davantage de soins, comme en cas de naissance prématurée ou de complications médicales, ce qui peut affecter le moment de la visite postnatale.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de l'enfant Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) Agence Intermutualiste (IMA) Audit externe
Prestataire de soins	Sages-femmes



Fiche d'indicateur 14	
ID de l'indicateur	Mesure de la tension artérielle postnatale
Code de l'indicateur	Post-81/QI-41
Description	Le pourcentage de femmes en post-partum dont la tension artérielle a été mesurée dans les six heures suivant l'accouchement.
Numérateur	Nombre de mesures de la tension artérielle effectuées chez les femmes en post-partum dans les six heures suivant l'accouchement.
Dénominateur	Nombre de femmes en post-partum ayant été suivies.
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	Les mesures de la tension artérielle dans les six premières heures après l'accouchement sont importantes pour la détection précoce de l'hypertension ou de la prééclampsie, des affections pouvant présenter de graves risques pour la santé de la mère. Une surveillance rapide de la tension artérielle contribue à améliorer la santé maternelle et à prévenir des complications potentiellement mortelles. (Tency et al., 2022)
Niveau de preuve de la recommandation	Good Practice Points
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	La surveillance de la tension artérielle dans les six heures peut être influencée par la structure des soins et la disponibilité des professionnels de santé. Ce pourcentage peut varier selon l'établissement de soins et les procédures qui y sont appliquées.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de la mère
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également s'appliquer à d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 15	
ID de l'indicateur	Rhésus D
Code de l'indicateur	Post-87/QI-44
Description	Le pourcentage de femmes en post-partum Rhésus D négatif non sensibilisées ayant accouché d'un bébé Rhésus D positif et ayant reçu des immunoglobulines anti-D dans les 72 heures suivant l'accouchement.
Numérateur	Nombre de femmes en post-partum Rhésus D négatif ayant accouché d'un bébé Rhésus D positif et ayant reçu des immunoglobulines anti-D dans les 72 heures suivant l'accouchement.
Dénominateur	Nombre de femmes en post-partum Rhésus D négatif ayant accouché d'un bébé Rhésus D positif.
Critères d'exclusion du dénominateur	Femmes en post-partum Rhésus D négatif qui ne présentent pas d'indication médicale pour l'administration d'immunoglobulines anti-D, par exemple les femmes déjà sensibilisées ou celles ayant accouché d'un bébé Rhésus D négatif.
Justification (relation avec la qualité des soins)	Les immunoglobulines anti-D sont administrées aux femmes en post-partum Rhésus D négatif afin de prévenir le risque de sensibilisation. La sensibilisation peut entraîner de graves complications lors de grossesses futures, telles que la maladie hémolytique du nouveau-né. L'administration rapide d'immunoglobulines anti-D dans les 72 heures constitue une mesure préventive qui protège la santé de la mère et du bébé (Tency et al, 2022).
Niveau de preuve de la recommandation	Good Practice Points
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	L'administration dans les délais d'immunoglobulines anti-D dans les 72 heures est cruciale pour prévenir la sensibilisation. Un retard dans le traitement peut en réduire l'efficacité. Cet indicateur peut être influencé par la logistique des établissements de soins et l'accès à des soins médicaux adéquats.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de l'enfant Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) Agence Intermutualiste (AIM)
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également s'appliquer à d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 16	
ID de l'indicateur	Postnatale tension artérielle diastolique
Code de l'indicateur	Post-92/QI-45
Description	Le pourcentage de femmes ayant accouché présentant une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Numérateur	Nombre de femmes ayant accouché présentant une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Dénominateur	Nombre de femmes ayant accouché suivies dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	Une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg après l'accouchement peut indiquer une hypertension post-partum, ce qui peut entraîner de graves problèmes de santé pour la mère, tels que des maladies cardiovasculaires ou un risque accru de développer une hypertension lors de grossesses ultérieures. L'identification et le traitement précoces de l'hypertension après l'accouchement sont essentiels pour prévenir les complications et promouvoir la santé maternelle à long terme (Tency et al., 2022).
Niveau de preuve de la recommandation	Grade 1B
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	Une pression artérielle diastolique élevée après l'accouchement peut souvent passer inaperçue, car les femmes se concentrent généralement sur les soins à apporter à leur bébé. Il est essentiel que les professionnels de santé surveillent la santé physique de la mère ainsi que celle du bébé afin de détecter les problèmes de santé à temps.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de la mère Réflexion critique sur la qualité des soins Audit externe Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers/infirmières, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés par consensus uniquement en ce qui concerne leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions dans le domaine des soins périnataux.



Fiche d'indicateur 17	
ID de l'indicateur	Prééclampsie postnatale
Code de l'indicateur	Post-92/QI-46
Description	Le pourcentage de femmes ayant accouché présentant des signes de prééclampsie dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Numérateur	Nombre de femmes ayant accouché présentant des signes de prééclampsie dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Dénominateur	Nombre de femmes ayant accouché suivies dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	La prééclampsie est une affection grave qui peut mettre en danger à la fois la mère et le bébé, et qui est généralement diagnostiquée pendant la grossesse. Cependant, elle peut également survenir après l'accouchement. Une détection et un traitement précoces de la prééclampsie peuvent prévenir des complications sévères telles que l'éclampsie ou une défaillance organique. La surveillance des femmes ayant accouché pour détecter les signes de prééclampsie est essentielle pour promouvoir la santé maternelle et éviter des situations potentiellement mortelles (Tency et al., 2022).
Niveau de preuve de la recommandation	Grade 1B
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	Le risque de prééclampsie peut persister après l'accouchement, surtout s'il n'a pas été bien contrôlé pendant la grossesse. Les professionnels de santé doivent sensibiliser les femmes ayant accouché aux symptômes pouvant indiquer une prééclampsie post-partum, tels que les maux de tête, les troubles visuels, les douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen et les gonflements des mains et du visage.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier patient électronique (DPE) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/Carnet de la mère Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 18	
ID de l'indicateur	Références pour hypertension diastolique
Code de l'indicateur	Post-92/QI-47
Description	Le pourcentage de femmes ayant accouché présentant une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg ayant été orientées vers un gynécologue ou vers les soins de deuxième ligne dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Numérateur	Nombre de femmes ayant accouché présentant une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg ayant été orientées vers un gynécologue ou vers les soins de deuxième ligne dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Dénominateur	Nombre de femmes ayant accouché présentant une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg dans les huit semaines suivant l'accouchement.
Critères d'exclusion du dénominateur	/
Justification (relation avec la qualité des soins)	Une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg après l'accouchement peut indiquer une hypertension postnatale, susceptible d'entraîner de graves problèmes de santé tels que des maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux ou des troubles rénaux. Une identification précoce et une orientation vers des soins spécialisés peuvent prévenir les complications et protéger la santé de la mère à long terme. L'orientation vers les soins de deuxième ligne est essentielle pour une évaluation approfondie et une prise en charge adéquate de l'hypertension postnatale (Tency et al., 2022).
Niveau de preuve de la recommandation	Grade IB
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 1), 2022
Remarques	Une orientation rapide vers les soins de deuxième ligne est essentielle pour éviter que les femmes souffrant d'hypertension postnatale ne développent des complications graves. Il convient toutefois de souligner que toutes les femmes ayant accouché et présentant une pression artérielle diastolique élevée ne doivent pas nécessairement être orientées, si leur état peut être géré de manière adéquate par leur prestataire de soins de première ligne.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique.
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier électronique du patient (DEP) Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/carnet de la mère Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Fiche d'indicateur 19	
ID de l'indicateur	Allaitement maternel
Code de l'indicateur	Post-101/QI-50
Description	Le pourcentage de parents satisfaits des informations et du soutien concernant l'allaitement.
Numérateur	Nombre de parents satisfaits des informations et du soutien concernant l'allaitement.
Dénominateur	Nombre total de parents suivis.
Critères d'exclusion du dénominateur	Les femmes ayant accouché qui n'allaitent pas, quelle qu'en soit la raison (par exemple, si elles ont choisi l'alimentation artificielle).
Justification (relation avec la qualité des soins)	L'allaitement maternel offre des avantages considérables pour la santé de la mère et du bébé, notamment une protection contre les infections, une meilleure maturation du système immunitaire du bébé, et une réduction du risque de certaines pathologies chez la mère. Fournir une information claire et un accompagnement adéquat lors du démarrage de l'allaitement est essentiel pour assurer le succès de l'allaitement à long terme et promouvoir la santé de la famille. La mesure de la satisfaction des parents concernant les informations et le soutien reçus constitue un indicateur important de la qualité des soins (Tency et al., 2022).
Niveau de preuve de la recommandation	Good Practice Points
Source(s)	Tency et al. Guide de pratique multidisciplinaire : Soins du postpartum en première ligne de soins (Partie 2), 2024
Remarques	La recherche d'une mesure spécifique de la satisfaction ne fait pas partie du périmètre de ce projet en raison du manque de temps. À titre d'exemple, le International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) recommande, dans son Pregnancy and Childbirth Reference Guide (2017), l'utilisation de la Birth Satisfaction Scale-Revised. La satisfaction peut être mesurée à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points, comme cela est également appliqué dans le set ICHOM.
Unité de mesure	Pourcentage (%)
Référence (benchmark)	Ce benchmark est provisoirement laissé vide. Il pourra être ajusté ultérieurement en fonction des résultats du test pratique. Par exemple, la moyenne des 10 % des pratiques les plus performantes pourrait être utilisée pour établir un benchmark réaliste et motivant.
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Source de données (si disponible)	Dossier médical Dossier électronique du patient (DEP) Réflexion critique sur la qualité des soins Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)/carnet de la mère Enquête de satisfaction des clients Audit externe Portefeuille/matériel d'information disponible Portefeuille/emploi du temps
Prestataire de soins	Les prestataires de soins périnataux, tels que les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres, les infirmiers, les consultants en lactation, les assistants sociaux et les psychologues. En principe, les indicateurs de ce projet ont été discutés uniquement en consensus concernant leur application aux sages-femmes. Toutefois, ces indicateurs peuvent également être pertinents pour d'autres professions de soins périnataux.



Supplément 2 :

Aperçu des modèles (inter)nationaux de promotion de la qualité

Auteurs : Inge Tency*, Sarah Michel** et Florence D'Haenens*

*Odisee-hogeschool, Opleiding Vroedkunde, Campus Sint-Niklaas

**Haute Ecole Léonard de Vinci, Formation Sage-femme, Brussel

Exemples nationaux

Good Practice Logo

Le Good Practice Logo (GPL) pour les sages-femmes de première ligne a été introduit en 2016 par l'Organisation professionnelle flamande des sages-femmes (VBOV). Il offre un cadre pour des soins périnataux de qualité en Flandre. Le déclencheur fut la réduction de la durée de séjour en maternité à 72 heures ou trois jours (au lieu de cinq jours auparavant) après un accouchement sans complications, entraînant un transfert des soins postnatals de l'hôpital vers le domicile. Des recherches ont montré qu'un séjour plus court n'a pas d'impact négatif sur la satisfaction des familles ni sur la santé de la mère et de l'enfant, à condition qu'un bon accompagnement soit assuré après l'accouchement et que la continuité des soins soit garantie. Pour répondre à ce besoin, un label de qualité pour les bonnes pratiques en soins périnataux par les sages-femmes a été développé. Ce GPL comprend 31 recommandations de bonnes pratiques pour les soins périnataux, dont 30 concernent les soins postnatals, réparties en 10 thèmes : recommandations générales, demande de soins, fréquence et moment des visites (à domicile), soins à la mère, soins au bébé, éducation à la santé, alimentation du bébé, suivi du ménage et de la famille, collaboration inter- et multidisciplinaire, et enregistrement des données et recherche. Une recommandation de bonne pratique est également incluse pour les soins prénatals.

Tant les sages-femmes de première ligne que celles employées par un hôpital ou une organisation de soins à domicile, membres du VBOV, peuvent demander gratuitement le logo. Depuis son introduction, plus de 500 sages-femmes utilisent ce logo, qui leur permet de se profiler auprès des demandeurs de soins ainsi que des autres prestataires et organisations de soins via leurs supports de communication. Le logo est également ajouté à côté de leur nom sur la liste des sages-femmes de première ligne disponible sur le site web de la VBOV.

Pour obtenir le GPL, les sages-femmes doivent répondre à neuf conditions :

1. **Agir conformément aux règles déontologiques de la profession et au code de conduite éthique international pour les sages-femmes, établi par l'ICM (International Confederation of Midwives).**
2. **Offrir des soins respectueux du bébé, conformément aux 10 règles d'or de l'allaitement maternel et au plan en sept points de l'OMS, tout en respectant le code de conduite concernant les substituts du lait maternel.**
3. **Souscrire une assurance responsabilité civile couvrant les soins prodigués.**
4. **Être affiliée à un cercle flamand de sages-femmes reconnu par la VBOV, y compris répondre aux conditions et être présente à au moins deux réunions du cercle.**
5. **Prouver qu'au moins 75 heures de formation continue ont été suivies sur une période de cinq ans.**
6. **Planifier une visite à domicile dans les 24 heures suivant la sortie de l'hôpital, si celle-ci a lieu dans les 72 heures après la naissance.**
7. **Démontrer une disponibilité et une accessibilité 24h/24 et 7j/7 (éventuellement via des partenariats).**



8. **Prouver que les appels urgents entre 8h et 18h sont répondus dans l'heure suivant leur réception, et que les appels non urgents sont traités dans les 24 heures ou au plus tard le jour ouvrable suivant (éventuellement via des partenariats).**
9. **Offrir une transparence financière concernant les soins fournis aux demandeurs de soins (notamment le coût, la convention, l'indemnité kilométrique, l'indemnité de garde, etc.) et prouver que le demandeur de soins accepte ces conditions.**

Le label GPL offre les avantages suivants aux sages-femmes :

- **Développer une meilleure compréhension de leur propre pratique et améliorer la prestation des soins périnataux**
- **Se distinguer auprès des familles en post-partum et des partenaires de collaboration**
- **Travailler selon les directives les plus récentes fondées sur des données probantes, notamment grâce à la formation continue et aux échanges d'expérience via les cercles de sages-femmes ou les discussions de cas au sein du réseau VBOV**
- **Accroître les possibilités de collaboration avec les maternités flamandes**
- **Accès à des sources d'inspiration, des formations et des modules eLearning liés aux exigences de qualité**
- **Soutien informatique pour garantir le respect des exigences de qualité**
- **Accompagnement dans les procédures de gestion des plaintes**

Les sages-femmes membres du VBOV peuvent demander le label GPL en remplissant une déclaration d'engagement. Il s'agit d'une auto-évaluation qui examine dans quelle mesure les conditions et recommandations du GPL sont actuellement appliquées dans la pratique, et quelles améliorations sont envisageables à l'avenir. La candidature est ensuite évaluée par une commission GPL, qui décide d'attribuer ou non le logo. Cette commission se réunit trois à quatre fois par an et est composée de sages-femmes, dont une experte juridique, toutes membres de l'organe de direction. L'objectif est de réaliser chaque année un contrôle par échantillonnage auprès de 20 sages-femmes portant le logo, afin de vérifier le respect des critères. Toutefois, ce contrôle n'a pas encore été mis en œuvre, principalement en raison d'un manque de personnel. Le label GPL est attribué en toute bonne foi et est valable pendant quatre ans.

La commission GPL a également le pouvoir de retirer le logo lorsqu'il apparaît que la sage-femme ne répond plus aux critères établis (à la suite d'un contrôle aléatoire, d'une plainte ou d'une infraction aux neuf conditions révélée par hasard). La sage-femme a d'abord la possibilité d'expliquer sa pratique et de se défendre. Après le retrait, elle peut se remettre en conformité (dans un délai d'un an) et soumettre une nouvelle demande. Elle a également la possibilité d'introduire un recours contre la décision de la commission GPL en adressant une lettre motivée à la commission d'appel GPL, qui rend une décision finale. La procédure relative à la demande, au renouvellement, au contrôle et au retrait du label GPL, ainsi que les rôles et missions de la commission GPL et de la commission d'appel GPL, sont décrits dans un règlement interne.

Plus d'info :

<https://www.vroedvrouwen.be/wat-kan-het-good-practice-logo-betekenen-voor-vroedvrouwen>
<https://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/Goede%20praktijkvoering%20voor%20de%20postnatale%20zorg%20VBOV%202016.pdf>

Pro-Q-Kine

Depuis 2011, une ASBL indépendante, Pro-Q-Kine, organise et gère le système d'accréditation visant à promouvoir la qualité des soins en kinésithérapie. Ce système d'amélioration de la qualité a été développé avec le soutien de l'INAMI. En tant qu'organisation indépendante, Pro-Q-Kine est dirigée par un bureau exécutif, assisté par plusieurs groupes de travail (PE-online, Indicateurs et EBP), une commission d'accréditation, un conseil d'administration et une assemblée générale. Pro-Q-Kine propose la plateforme PE-online (PE = Éducation Permanente), qui permet de mettre en relation les kinésithérapeutes et les prestataires d'activités de formation continue. Cette plateforme facilite l'organisation simple et efficace du processus de promotion de la qualité et de développement des compétences. PE-online est utilisée par plusieurs professions en Belgique et aux Pays-Bas, et mobilisée par 250 organisations, pour plus de 500.000 utilisateurs finaux et 20.000 formateurs.



Toutes les informations concernant la promotion de la qualité, les critères de qualité et la plateforme PE-online sont résumées dans un règlement. Un guide est également prévu pour accompagner pas à pas les kinésithérapeutes, les formateurs et les groupes locaux de qualité des kinésithérapeutes (LOKK) dans l'utilisation du portfolio PE-online.

L'amélioration de la qualité en kinésithérapie vise à améliorer la qualité des soins aux patients et repose sur :

- **Quatre piliers: la gestion des connaissances et des compétences, l'organisation des soins en cabinet, la qualité des soins et l'informatisation/automatisation**
- **Le principe du cycle PDCA (Plan, Do, Check, Act): ces quatre éléments sont intégrés dans les critères de qualité appliqués dans le cadre de la promotion de la qualité en kinésithérapie**
- **La réflexion personnelle, qui permet d'accroître la connaissance de soi et de mieux comprendre les points forts et les axes d'amélioration**

Tout kinésithérapeute agréé en Belgique disposant d'un numéro INAMI peut créer gratuitement un portfolio PE-online. En créant ce portfolio, le kinésithérapeute accepte le règlement et prend connaissance du fonctionnement du portfolio PE-online. Il/elle déclare remplir le contenu et les données de ce portfolio en toute honnêteté. L'accréditation pour les kinésithérapeutes s'étend sur une période de trois ans, avec des critères spécifiques à la fois annuels et périodiques. Si le kinésithérapeute répond à ces critères d'accréditation, il/elle est inscrit(e) dans le registre de qualité (www.kinesitherapie.be), consultable par les prescripteurs et les patients, et peut prétendre à une prime annuelle de qualité de l'INAMI. La date de création du portfolio PE-online constitue la date de départ pour le calcul des objectifs de la période.

Les critères annuels suivants doivent être remplis :

- **Réflexion personnelle via un parcours d'amélioration: répondre à des questions sur un sujet librement choisi, avec une évaluation à la fin de chaque année civile**
- **Formation continue : obtenir au moins 40 unités de formation via des activités accréditées, reprises dans le calendrier PE-online, réparties en six sous-domaines¹. Les formateurs soumettent une demande d'accréditation via la plateforme PE-online, qui est ensuite validée par la commission d'accréditation de Pro-Q-Kine. La formation doit correspondre au profil professionnel et de compétences du kinésithérapeute en Belgique**
- **Concertation intercollégiale (peer review): participation à au moins une réunion organisée par les LOKK (groupes locaux de qualité), sur un thème librement choisi mais fixé par Pro-Q-Kine. Ces réunions permettent l'échange de connaissances pratiques et d'expériences entre collègues afin d'améliorer la qualité des soins**

Les critères de période doivent être remplis dans un délai de trois ans et comprennent le remplissage unique d'une checklist «Pratique» et une enquête auprès des patients, lancée via le portfolio personnel du kinésithérapeute (avec au moins 10 questionnaires remplis anonymement)

Les formations accréditées et les moments de concertation intercollégiale sont ajoutés au portfolio personnel PE-online et valorisés après que le kinésithérapeute ait rempli l'évaluation du cours.

Ce système d'amélioration de la qualité contribue à la reconnaissance de la profession au sein des soins de santé. Il renforce ainsi l'image de la kinésithérapie en tant que discipline de soins de qualité et assure une transparence vis-à-vis des patients, des collègues et des autorités. Les efforts réalisés en matière de normes de qualité sont enregistrés dans le portfolio personnel et témoignent de l'engagement constant du kinésithérapeute envers des soins de qualité. Ces efforts sont également reconnus de manière professionnelle par l'inscription dans le registre de qualité. En outre, les kinésithérapeutes ont accès à des formations continues accréditées, ce qui stimule l'éducation permanente et le développement professionnel. La réflexion systématique et les ajustements via les parcours d'amélioration contribuent à une meilleure qualité des soins.

Plus d'info :

<https://www.pqk.be/>

<https://www.kinesitherapie.be/>

¹ Kinésithérapie générale, Aspects éthiques, socio-économiques et organisationnels de la profession, Symposium fédéral, communautaire ou régional, Symposium international / formation continue, Articles scientifiques dans une revue disposant d'un comité de lecture et/ou d'un facteur d'impact, Auteur d'un résumé scientifique



Principes d'évaluation de l'IHAB et application aux indicateurs de qualité des sages-femmes

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont lancé en 1991 l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB), afin de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. Cela a conduit à un plan d'action pour la Belgique en 2005, visant à motiver et soutenir les maternités dans l'offre d'une information de qualité et d'un accompagnement adéquat concernant l'alimentation au sein et l'alimentation infantile pour les mères.

Le certificat de qualité de l'OMS et de l'UNICEF est attribué aux établissements de soins qui répondent aux critères de l'IHAB reconnus mondialement :

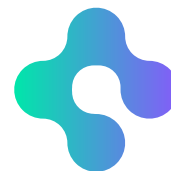
- **Application des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel**
- **Protection des parents contre toute promotion commerciale des substituts du lait maternel**
- **Atteinte d'un taux d'au moins 75 % d'allaitement exclusif de la naissance jusqu'à la sortie de la maternité**
- **Respect des besoins physiques et psychologiques des mères pendant le travail et l'accouchement (Mother Friendly care)**
- **Information et accompagnement des mères qui n'allaitent pas**

L'obtention du certificat international nécessite une préparation intensive et multidisciplinaire, encadrée par deux coordinateurs du Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Le processus de certification IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés) repose sur un modèle cyclique de qualité et comprend trois phases successives. Si une phase est évaluée positivement, il est possible de passer à la phase suivante.

La phase préparatoire comprend l'auto-évaluation. À l'aide d'un formulaire d'auto-évaluation, l'établissement de soins examine dans quelle mesure il applique les critères de l'initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB), le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les directives Mother Friendly. Cela permet d'identifier les points forts et les points faibles. L'établissement élabore un plan d'action avec des améliorations concrètes et des formations, et met en place un comité d'allaitement pour préparer les actions. Ensuite, l'établissement soumet une demande aux coordinateurs pour se porter candidat à la certification. Si l'établissement répond aux normes IHAB, une évaluation peut être demandée. L'évaluation externe est réalisée par des évaluateurs formés issus de différentes catégories professionnelles. Ils évaluent la pratique sur la base de standards internationaux, en se concentrant sur l'analyse documentaire, l'observation des pratiques et les entretiens. Cette méthodologie encourage un modèle d'apprentissage fondé sur la réflexion continue, l'ajustement et la transparence. Pour soutenir le processus, un guide pratique est disponible, ainsi que des outils tels que des instruments d'auto-évaluation interactifs, des grilles d'évaluation pour les auditeurs et des guides de qualité. Les frais liés à l'évaluation externe sont à la charge de l'établissement de soins.

L'évaluation se déroule en plusieurs phases, inspirées de la méthodologie belge de l'IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés).

- **Analyse documentaire, qui évalue les politiques et l'infrastructure d'information au sein de la pratique de soins (notamment l'enregistrement des formations suivies, l'utilisation de supports de communication inclusifs et non commerciaux, ainsi que la documentation des entretiens avec les clients et des processus de prise de décision).**
- **Évaluation des connaissances, des attitudes et de la collaboration au sein de la pratique, notamment via des entretiens d'audit ou des séances d'intervision. Les compétences pratiques des prestataires de soins et leur collaboration avec d'autres partenaires sont examinées. Lorsque cela est pertinent, les connaissances du personnel de soutien sont également prises en compte.**
- **Évaluation des soins aux clients, avant et après l'accouchement. Des retours d'expérience sont systématiquement recueillis auprès des clients via des enquêtes et des entretiens. On vérifie également si les clients sont suffisamment informés et donnent leur consentement éclairé pour les décisions importantes en matière de soins.**
- **Observations de la pratique de soins elle-même, par exemple via des audits entre pairs ou des visites d'observation. L'environnement de la pratique, la communication, l'utilisation des matériaux, la garantie de la confidentialité et l'ambiance inclusive sont évalués. On vérifie également l'absence de promotion commerciale dans le contexte des soins.**



L'équipe d'évaluation rédige ensuite un rapport final qu'elle transmet aux coordinateurs de l'IHAB. Ce rapport est ensuite soumis au comité d'attribution, composé d'experts en allaitement. Ce comité décide de l'octroi du certificat IHAB ou d'un certificat d'encouragement (lorsque les critères IHAB ne sont pas suffisamment atteints). Le certificat est attribué pour une durée de quatre ans. À l'issue de cette période, un nouvel audit IHAB est réalisé afin d'évaluer si l'hôpital répond toujours aux critères et peut conserver son certificat.

Exemples internationaux

A-EQUIP midwifery supervision model (Royaume-Uni)

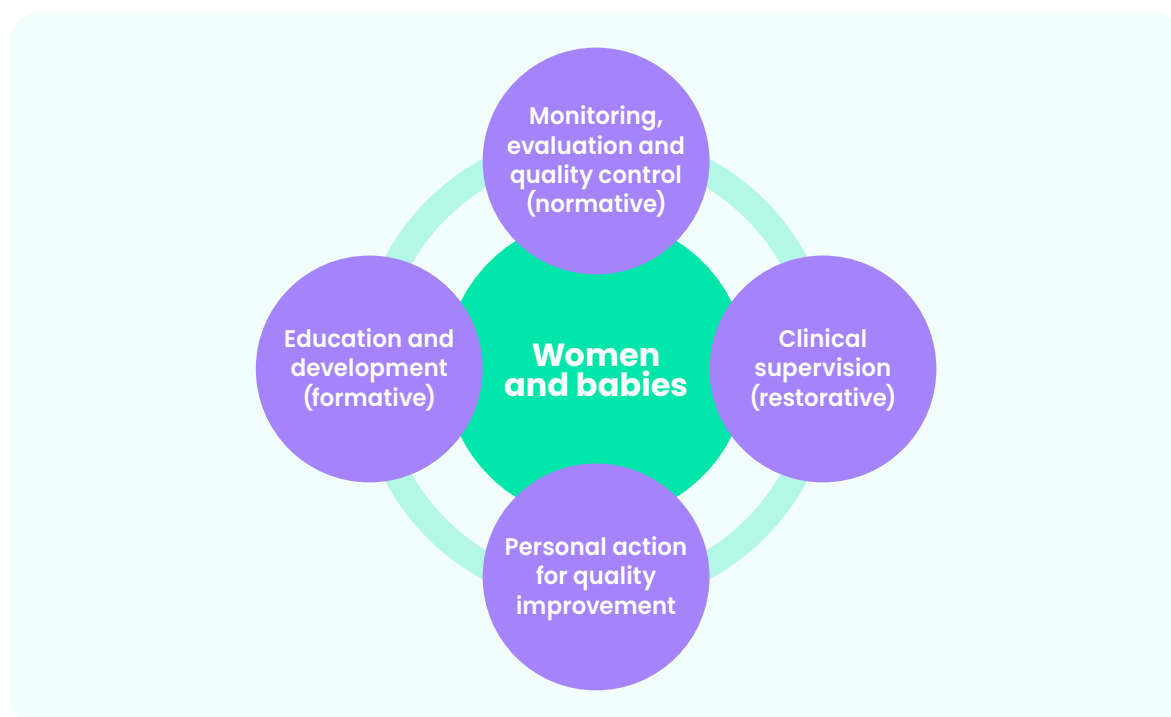
Le modèle A-EQUIP (Advocacy, Education, and Quality Improvement) est un modèle de supervision destiné aux sages-femmes, développé par le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni. Il a été introduit en 2017 après la suppression de la supervision statutaire, afin d'être mis en œuvre au sein des organisations du NHS dans le cadre de leur politique de gestion du personnel et d'assurance qualité. Ce modèle vise à soutenir les sages-femmes dans leur développement professionnel et à améliorer la qualité des soins. Il cherche à promouvoir le bien-être des sages-femmes et à encourager une culture d'amélioration continue et de réflexion, grâce à une supervision assurée par des Professional Midwifery Advocates (PMA), spécialement formés pour accompagner leurs collègues selon le modèle A-EQUIP. Le modèle peut être appliqué de manière flexible, aussi bien individuellement qu'en groupe. Il s'aligne parfaitement sur les directives (inter)nationales relatives aux soins périnataux de haute qualité, fondées sur des données probantes et une évaluation rigoureuse.

Le modèle se compose de quatre fonctions clés (voir figure 1) :

1. **Suivi, évaluation et contrôle de la qualité (fonction normative)**
2. **Formation et développement (fonction formative)**
3. **Supervision clinique (fonction réparatrice)**
4. **Action personnelle pour l'amélioration de la qualité**

Figure 1 :

Fonctions clés du modèle A-EQUIP





Dans le cadre du modèle A-EQUIP, les indicateurs de qualité constituent le cœur de la prestation de soins périnataux sûrs, personnalisés et efficaces. Ces indicateurs sont recueillis à partir de données cliniques, de sources administratives et de mesures de satisfaction. Ils permettent d'évaluer les performances des sages-femmes pendant la période prénatale et postnatale. Ils offrent un cadre objectif pour identifier les bonnes pratiques, détecter les écarts et orienter les actions d'amélioration continue.

Les indicateurs actuels se concentrent sur des aspects essentiels tels que la couverture des dépistages, la gestion des complications, le soutien à l'allaitement, la santé mentale post-partum et la qualité de la relation de soins. L'intégration systématique des indicateurs de qualité dans le modèle A-EQUIP permet une supervision proactive et réflexive. Elle garantit non seulement la sécurité clinique, mais améliore également l'expérience des clients et des professionnels.

Les principaux objectifs du modèle A-EQUIP sont les suivants :

- **Soutenir le développement personnel et professionnel des sages-femmes et renforcer leurs compétences professionnelles**
- **Renforcer les compétences cliniques et relationnelles, la confiance en soi et l'engagement**
- **Améliorer la qualité et la sécurité des soins, en les adaptant aux besoins de la mère et de sa famille**
- **Encourager la réflexion critique sur la pratique**
- **Favoriser un environnement de travail positif, la résilience personnelle et professionnelle, et soutenir le bien-être professionnel afin de prévenir l'épuisement**
- **Renforcer le leadership et l'autonomie par l'autonomisation et le soutien**
- **Promouvoir la collaboration au sein des équipes de sages-femmes et avec d'autres prestataires de soins (notamment médecins, infirmiers, etc.)**
- **Préparation à la procédure de requalification auprès de l'organisation professionnelle au moyen de documents justificatifs et de rapports réflexifs**

Comme indiqué précédemment, les sages-femmes sont accompagnées par des PMA (Professional Midwifery Advocates) qui agissent comme mentors. Ils soutiennent les sages-femmes dans leur développement professionnel, tant sur le plan pratique que théorique, et les accompagnent dans des situations complexes et des défis rencontrés sur le terrain (par exemple : stress, attentes des clientes, exigences organisationnelles, etc.). Grâce à un suivi régulier combiné à des audits et à une supervision, une culture d'apprentissage et d'amélioration de la qualité est instaurée.

Concrètement, les PMA réalisent les activités suivantes :

- **Collecte et analyse régulières des indicateurs de qualité à partir des dossiers médicaux, des bases de données et des retours des patientes.**
- **Organisation de séances de supervision réflexive où des cas cliniques et des situations pratiques sont discutés.**
- **Réalisation d'audits cliniques ciblés (par exemple : allaitement, pertes sanguines, suivi post-partum).**
- **Mise en œuvre d'actions d'amélioration basées sur les résultats des audits et les retours (formations, protocoles, outils de communication).**
- **Suivi personnalisé des sages-femmes pour soutenir leur développement et renforcer la sécurité des soins.**

La supervision assurée par les PMA est personnalisée et flexible, en fonction des besoins individuels. Il est attendu que les sages-femmes aient au moins une interaction par an avec leur PMA. Les entretiens réflexifs ou de coaching suivent généralement une structure fixe :

1. Préparation

- **Analyse préalable des indicateurs et des cas cliniques complexes**
- **La sage-femme prépare les dossiers, les retours et sa propre réflexion**



2. Accueil & confiance

- Création d'un environnement sûr, confidentiel et non jugeant
- Clarification des objectifs : apprendre, améliorer, soutenir

3. Discussion & réflexion

- Discussion des pratiques à partir des données disponibles
- Identification des points forts et des axes de développement
- Analyse des causes et des difficultés liées à l'organisation, à la communication, aux ressources ou aux connaissances

4. Plan d'action conjoint

- Élaboration d'un plan d'action personnel (formation, littérature, modification de protocole)
- Formulation d'objectifs SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, Temporellement définis)

5. Suivi & évaluation

- Planification d'un entretien de suivi pour évaluer les progrès
- Fourniture régulière de retours

La mise en œuvre du modèle A-EQUIP apporte plusieurs avantages. Grâce au soutien et à l'accompagnement des PMA, on observe une réduction du stress professionnel, de l'épuisement et de l'absentéisme. On constate également une amélioration des compétences cliniques, des connaissances pratiques et des résultats de soins, grâce à la formation continue, à la réflexion, au feedback et à l'accent mis sur l'amélioration de la qualité. La satisfaction des sages-femmes et des parents est accrue, grâce à un environnement de travail positif et un suivi de qualité. Enfin, le modèle renforce la collaboration et la communication ouverte au sein des équipes.

Pour plus d'information :

<https://www.england.nhs.uk/mat-transformation/implementing-better-births/a-equip/a-equip-midwifery-supervision-model/>

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/04/a-equip-midwifery-supervision-model.pdf>

Modèle de réflexion et d'évaluation pour les sages-femmes (Nouvelle-Zélande)

La Nouvelle-Zélande dispose d'un modèle de réflexion et d'évaluation pour les sages-femmes, appelé Midwifery Standards Review (MSR), développé par le New Zealand College of Midwives (NZCOM). Depuis 2005, la MSR est obligatoire pour toutes les sages-femmes enregistrées en Nouvelle-Zélande et fait partie du programme triennal de réenregistrement professionnel du Midwifery Council of New Zealand. L'ensemble du processus est coordonné par le NZCOM et le Midwifery Council.

La MSR est un processus de réflexion, d'évaluation et d'apprentissage. Elle repose sur un cadre culturel, Tūrangā Kaupapa (valeurs et principes culturels māori qui façonnent les soins en Nouvelle-Zélande), ainsi que sur des cadres professionnels, éthiques et juridiques définis par le Midwifery Council of New Zealand :

- Vision de la profession de sage-femme
- Code éthique
- Domaine d'activité de la sage-femme
- Compétences requises pour l'inscription au registre des sages-femmes
- Code de conduite
- Déclaration des compétences culturelles pour les sages-femmes
- Définition de la sage-femme par la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM)



Le modèle repose sur dix standards de soins en maïeutique :

- 1. Partenariat avec la femme**
- 2. Choix libre et éclairé**
- 3. Évaluation approfondie de la santé**
- 4. Documentation ciblée et à jour**
- 5. Plan de soins individualisé**
- 6. Priorisation des soins sécuritaires**
- 7. Responsabilité et imputabilité**
- 8. Évaluation de sa propre pratique**
- 9. Clôture de la relation de soins**
- 10. Partage des connaissances et promotion de la recherche**

La MSR vise à encourager la réflexion sur la propre pratique des sages-femmes, tout en assurant une reddition de comptes quant aux soins prodigués. Le modèle renforce le développement personnel et professionnel des sages-femmes et améliore la qualité des soins grâce à l'évaluation par les pairs (peer review) et aux retours des clientes (feedback).

Le modèle comprend les composantes clés suivantes :

- **Réflexion sur les expériences professionnelles à partir des dix standards de soins en maïeutique, du cadre culturel Tūrangā Kaupapa, ainsi que des cadres professionnels, éthiques et juridiques définis par le Midwifery Council**
- **Feedback des clientes et des collègues**
- **Analyse des données statistiques et des résultats cliniques (provenant de la pratique individuelle, de l'établissement ou au niveau national, via une fiche de données)**
- **Discussion sur le développement professionnel à l'aide d'un Plan de Développement Professionnel (PDP)**

La confidentialité des données, du dossier et des échanges est essentielle dans ce processus. C'est pourquoi une déclaration de confidentialité est signée par toutes les personnes impliquées dans la revue. De plus, un consentement écrit est demandé aux clientes pour l'utilisation de leurs données.

Les sages-femmes sont elles-mêmes responsables de planifier une revue via le site web du New Zealand College of Midwives (NZCOM), et doivent en effectuer le paiement à l'avance. Le formulaire de demande doit être rempli au moins trois mois avant la date prévue de la revue. Les documents nécessaires (matériel MSR) doivent être téléversés au plus tard trois semaines avant la date de la revue via le portail personnel (pour les membres) sur le site du NZCOM, ou envoyés par courrier postal (pour les non-membres) :

- **Introduction de la pratique de sage-femme et du rôle actuel**
- **Réflexions sur les expériences professionnelles (voir plus haut, composantes clés)**
- **Feedback des collègues et des clientes, accompagné de réflexions**
- **Statistiques accompagnées de réflexions en lien avec la pratique**
- **Le précédent et l'actuel PDP, avec réflexions et nouveaux objectifs pour les trois années à venir**
- **Un planning récapitulatif complété du programme de réenregistrement des trois dernières années**

L'entretien de revue, de préférence en présentiel, a lieu entre la sage-femme et deux évaluateurs (une sage-femme et une cliente ou ex-cliente). Ces évaluateurs soutiennent le processus de réflexion et la rédaction du PDP, dans lequel la sage-femme réfléchit à ses objectifs de développement professionnel en intégrant ses propres expériences ainsi que les retours des évaluateurs.



Les deux évaluateurs sont spécialement formés par le Midwifery Council pour accompagner ce processus. L'entretien dure généralement une heure. La sage-femme apporte les documents MSR préalablement téléversés (en version imprimée ou sur ordinateur), un portfolio à jour, un plan récapitulatif du programme de réenregistrement, ainsi que, le cas échéant, du matériel d'information destiné aux parents et de la documentation clinique anonymisée.

Les sages-femmes peuvent acheter le manuel MSR ainsi que le portfolio auprès du New Zealand College of Midwives (NZCOM). Le modèle de plan récapitulatif du programme de réenregistrement peut être téléchargé via le site web du Midwifery Council.

Pour plus d'information :

<https://www.midwife.org.nz/midwives/midwifery-standards-review/>
<https://midwiferycouncil.health.nz/>

Registre de qualité des sages-femmes (Pays-Bas)

Le registre de qualité est actuellement en cours de révision (2025). Le résumé ci-dessous est basé sur les informations actuellement disponibles sur le site web du registre. Étant donné que certains sous-registres seront partiellement supprimés à l'avenir, ceux-ci ne seront pas abordés plus en détail.

Le Registre de qualité des sages-femmes a été développé par la Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) dans le but de garantir la qualité de l'exercice professionnel et de stimuler le développement des compétences, notamment par la formation continue et les échanges intercollégiaux. Avec ce registre, la KNOV souhaite établir une norme pour le maintien et l'amélioration de la qualité des soins fournis par les sages-femmes.

Plusieurs commissions sont impliquées dans l'organisation du Registre de qualité des sages-femmes :

- **Bureau du Registre de qualité des sages-femmes (faisant partie de l'organisation de travail de la KNOV) :** il agit conformément au règlement du registre, est chargé de la mise en œuvre (inscriptions, réinscriptions et demandes d'accréditation) et rédige le rapport annuel.
- **Commission de politique (nommée par le conseil d'administration de la KNOV) :** elle supervise le fonctionnement du registre et définit les orientations stratégiques.
- **Commission d'accréditation (nommée par le conseil d'administration de la KNOV) :** elle détermine de manière indépendante les critères d'accréditation pour le développement professionnel, évalue les demandes et effectue des visites d'inspection par échantillonnage.
- **Commission des recours (nommée par le conseil d'administration de la KNOV) :** elle traite de manière indépendante les procédures de recours liées au registre, conformément au règlement sur les objections et les recours.

Le registre de qualité est ouvert à toutes les sages-femmes en exercice, qu'elles travaillent en première ligne ou en milieu hospitalier. L'adhésion à la KNOV n'est pas obligatoire. Lors de l'inscription, la sage-femme déclare exercer conformément aux normes de la profession, respecter les directives de la KNOV, et s'engager à maintenir et développer ses connaissances et compétences, à assurer une organisation de pratique de qualité, à collaborer (y compris de manière multidisciplinaire) et à adopter une approche centrée sur la cliente. L'inscription est payante (350 € HT pour les membres de la KNOV, 800 € HT pour les non-membres).

L'inscription au registre est valable pour une période de cinq ans, selon les critères suivants :

- **Être inscrit(e) au registre BIG, un registre officiel des professions de santé aux Pays-Bas (conformément à la loi BIG – Loi sur les professions de santé individuelles)**
- **Exercer en tant que sage-femme pendant au moins 10 heures par semaine**
- **Déclarer respecter les normes professionnelles de la profession**
- **Disposer d'une procédure de traitement des plaintes conforme à la loi sur la qualité, les plaintes et les litiges dans les soins de santé (Wkkgz)**



- **Participer activement à des activités de développement professionnel accréditées (200 heures sur 5 ans), réparties comme suit :**
 - **Au moins 80 heures (soit 16 heures par an) de formations continues accréditées**
 - **Minimum 20 heures (soit 4 heures par an) de formations accréditées aux gestes d'urgence, incluant chaque année une formation en réanimation néonatale**
 - **Au moins 40 heures (soit 8 heures par an) de participation à des réunions intercollégiales méthodiques accréditées**
 - **Maximum 60 heures (soit 12 heures par an) consacrées à d'autres formes de développement professionnel**

La procédure d'enregistrement se déroule comme suit : la sage-femme crée un compte, puis peut demander son inscription au registre de qualité. Ensuite, elle peut enregistrer ses activités dans un dossier personnel et y téléverser les pièces justificatives nécessaires. Comme pour les kinésithérapeutes en Belgique, le système utilise la plateforme PE-online. Dans le dossier personnel, un outil d'auto-évaluation en ligne est disponible. Il se compose d'énoncés basés sur les rôles des profils professionnels de la sage-femme de première ligne et hospitalière, à évaluer sur une échelle de 1 à 10. Cela permet d'obtenir une vision claire de ses propres compétences et constitue un bon point de départ pour choisir des formations continues adaptées. Une fois l'auto-évaluation terminée, un rapport est généré, interprétant les résultats obtenus. Sur cette base, la sage-femme peut élaborer et mettre en œuvre un plan de développement personnel. Grâce à l'agenda de formation de la KNOV, il est possible de rechercher des formations ciblées en fonction des rôles professionnels afin de renforcer certaines compétences. Les sages-femmes peuvent effectuer l'auto-évaluation maximum deux fois par période d'enregistrement et comptabiliser ces moments dans leurs heures d'accréditation.

La réinscription après cinq ans n'est possible que si la sage-femme peut démontrer au moins 200 heures d'activités de développement professionnel et dispose toujours d'une inscription valide au registre BIG. Lors de la demande de réinscription, le dossier numérique est soumis au Bureau du Registre de qualité des sages-femmes.

L'inscription au registre de qualité offre les avantages suivants pour les sages-femmes :

- **Un encouragement à investir dans ses propres compétences, la qualité de sa pratique et l'apprentissage tout au long de la vie**
- **Une approche ciblée des différents rôles du profil professionnel**
- **Une vue d'ensemble du développement professionnel et de toutes les activités de formation continue**
- **Une reconnaissance professionnelle et la confirmation du respect des normes de la profession**
- **L'utilisation du label de qualité sur les supports de communication**
- **Une visibilité et une transparence accrues envers les clientes, les collègues et les assureurs santé**



Supplément 3 :

Aperçu des stratégies de mise en oeuvre par barrière

Auteurs : Florence D'Haenens* et Inge Tency*

*Odisee-hogeschool, Opleiding Vroedkunde, Campus Sint-Niklaas

THÈME 1 : SANTÉ MENTALE PÉRINATALE (ANXIÉTÉ, DÉPRESSION) (SMP)

Barrière(s) / besoin(s)	Stratégie(s) de mise en œuvre possible(s)	Faisabilité de la stratégie	Impact de la stratégie
Il existe un manque de connaissances et d'expérience pour aborder la santé mentale périnatale (SMP) de manière non stigmatisante et pour effectuer un dépistage correct et uniforme. L'offre de formations est diversifiée, mais très fragmentée, souvent temporaire, avec de fortes disparités locales/régionales et une qualité variable.	Organisez des formations durables, de qualité, fondées sur des données probantes et accréditées sur la santé mentale périnatale (SMP), et proposez-les de manière régulière. Adoptez une approche multidisciplinaire. Incluez dans ces formations les aspects suivants : détection, signes et symptômes, anamnèse, dépistage et outils validés, compétences en communication, orientation vers les soins appropriés.	Ces formations peuvent être proposées, entre autres, par l'intermédiaire des organisations professionnelles ou des réseaux (périnataux) existants, en collaboration avec des organisations reconnues par les autorités aux niveaux national ou régional (comme Perinet en Flandre ou PsyBru à Bruxelles), ou via des initiatives existantes telles que Born in Belgium Pro.	Renforcement des connaissances et des compétences en matière de santé mentale périnatale (SMP) chez les professionnelles de la périnatalité. Renforcement de la confiance et de la motivation à engager le dialogue sur la SMP avec les (futurs) parents. Briser le tabou et sensibiliser/normaliser les questions liées à la SMP.
Il est nécessaire d'organiser des interventions multidisciplinaires et des discussions de cas de manière systématique.	Organisez des interventions multidisciplinaires et des discussions de cas, proposées régulièrement et accréditées. Assurez un suivi et un retour d'information appropriés.	Ces interventions et discussions de cas peuvent être organisées au niveau local et/ou régional, à l'image des groupes de qualité locaux (LOK), éventuellement en lien avec ceux-ci. Une autre possibilité est de travailler via des réseaux périnataux (notamment au sein des zones de soins de première ligne ou dans le cadre du Plan Interfédéral pour les Soins Intégrés) ou des réseaux hospitaliers. Il est essentiel d'adopter une approche multidisciplinaire.	Renforcer les connaissances et les compétences des professionnelles de la périnatalité en matière de santé mentale périnatale (SMP). Accroître la confiance et la motivation à engager le dialogue sur la SMP avec les (futurs) parents. Briser le tabou et sensibiliser/normaliser les questions liées à la SMP. Encourager et promouvoir la collaboration multidisciplinaire autour de la SMP.
Il y a un besoin d'un outil simple et uniforme pour le dépistage de la santé mentale périnatale (SMP). Actuellement, les outils de dépistage validés ne sont pas intégrés dans les dossiers patients électroniques (dans les hôpitaux ou les logiciels utilisés par les sages-femmes en première ligne). Par conséquent, le dépistage de la SMP est perçu comme chronophage et peu efficace.	Implémentez et intégrez des outils de dépistage validés pour la santé mentale périnatale (SMP) de manière conviviale et facile d'utilisation dans les dossiers patients électroniques (par exemple via des messages pop-up).	De tels outils peuvent être pris en compte dans les critères d'homologation des logiciels destinés aux sages-femmes de première ligne, actuellement en cours de développement. Il existe déjà un outil numérique, 'Born in Belgium Pro', pour dépister les vulnérabilités psychosociales pendant la grossesse (incluant notamment le bien-être mental : anxiété, dépression). Cet outil est disponible gratuitement (via l'INAMI) pour les professionnelles de la périnatalité et est en cours de déploiement en Belgique. Cependant, de fortes disparités régionales existent quant à son adoption et son utilisation. Il est pertinent d'explorer l'intégration d'un outil existant (plutôt que de développer un nouvel outil distinct) et d'examiner comment le dépistage de la santé mentale périnatale (SMP) peut être déployé tant en période pré- qu'en postnatale.	Assurer une utilisation efficace du temps et des ressources grâce à l'optimisation du dépistage (via un outil numérique). Mettre en place un dépistage systématique afin de détecter précocement les problèmes de santé mentale périnatale et ainsi réduire les hospitalisations et/ou situations de crise. Briser le tabou et sensibiliser/normaliser la santé mentale périnatale (SMP).

¹ En Belgique, trois logiciels sont disponibles pour les sages-femmes en première ligne, à savoir AllSoftPlus Sages-Femmes, CareConnect Midwife et PatientManager.



Barrière(s) / besoin(s)	Stratégie(s) de mise en œuvre possible(s)	Faisabilité de la stratégie	Impact de la stratégie
Il est nécessaire d'établir une collaboration multidisciplinaire, une communication et des accords clairs concernant le dépistage et l'orientation en matière de santé mentale périnatale (SMP). Un répertoire des expertes en SMP fait défaut, est incomplet ou pas toujours à jour. De plus, les structures d'accueil sont parfois saturées et l'offre d'accompagnement (ambulatoire, résidentiel) est insuffisante.	Élaborez un cadre d'accords et un parcours de soins locaux ou régionaux autour de la santé mentale périnatale (SMP) avec tous les acteurs concernés, en portant une attention particulière au dépistage, à l'orientation, aux tâches, aux responsabilités et à la coordination des soins. Créez un nombre suffisant de places en santé mentale pour la mère et le bébé à différents niveaux (1ère, 2e, 3e ligne et situations de crise).	L'élaboration d'un parcours de soins autour de la santé mentale périnatale (SMP) peut se faire via les réseaux périnataux existants et s'inscrit dans la continuité du Plan Interfédéral pour les Soins Intégrés. Pour cartographier l'offre de soins, il est possible d'utiliser des outils existants (notamment Born in Belgium Pro, cartes sociales, etc.). Le manque de places en santé mentale est un problème général, qui figure en bonne place à l'agenda politique régional et fédéral et nécessite une attention continue, tant pour l'accueil ambulatoire, résidentiel que d'urgence, y compris spécifiquement pour les mères et les bébés.	Encourager et promouvoir la collaboration multidisciplinaire en matière de santé mentale périnatale (SMP). Optimiser l'offre de soins pour les (futurs) parents en matière de SMP.

**THÈME 2 : ORIENTATION DE LA SAGE-FEMME VERS D'AUTRES PROFESSIONNELLES PÉRINATAUX EN 1^{re}, 2^e ET 3^e LIGNE
(ENTRE AUTRES GYNÉCOLOGUE, PÉDIATRE, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, PSYCHOLOGUE, KINÉSITHÉRAPEUTE, TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
POUR DES RAISONS MÉDICALES OU EN CAS DE SOUPÇON DE PATHOLOGIE.**

Barrière(s) / besoin(s)	Stratégie(s) de mise en œuvre possible(s)	Faisabilité de la stratégie	Impact de la stratégie
Un cadre national clair pour l'orientation maternelle et néonatale de la 1^{re} vers la 2^e ou 3^e ligne fait défaut. Les critères de qualité reposent sur des indications (médicales) maternelles et néonatales issues de directives existantes, souvent larges et peu concrètes, ce qui complique leur application en pratique. À ce jour, il n'existe pas non plus de numéro de registre national distinct pour la mère et le bébé, ce qui fait que les orientations ne peuvent être attestées que sur la mère (voir thème 4). Un besoin de rétroaction ou de feedback après orientation est également exprimé. Les données sur les orientations ne sont pas disponibles. Celles-ci ne sont actuellement pas enregistrées, par exemple dans le dossier patient électronique (des hôpitaux ou des logiciels des sages-femmes de première ligne) et ne sont pas non plus incluses dans la nomenclature INAMI.	Élaborez un outil d'orientation transparent et concret, en consensus avec les professionnelles périnatales de 1^{re}, 2^e et 3^e ligne, pour l'orientation durant la grossesse et la période postpartum. Cet outil pourra ensuite être intégré dans les dossiers patients électroniques (par exemple via un menu déroulant ou un message pop-up) afin que les orientations soient systématiquement enregistrées. Développez une lettre de recommandation uniforme et régionale pour l'orientation de la 1^{re} vers la 2^e ou 3^e ligne. Prévoyez un retour d'information depuis la 2^e ou 3^e ligne après orientation par les sages-femmes, conformément à la pratique en vigueur chez les médecins (par téléphone, courrier, avec les coordonnées des sages-femmes intégrées dans le système hospitalier). Générez un code INAMI pour les orientations basées sur des indications (médicales) maternelles et néonatales concrètes.	À la suite de la réduction de la durée de séjour, des critères minimaux de sortie ont également été élaborés en concertation avec les professionnels périnataux au sein des réseaux hospitaliers. Par ailleurs, les bases ont déjà été posées pour le développement d'un outil local d'orientation pour le suivi de la grossesse en première ligne (rapport KCE, 2023). Des signes d'alerte pour la mère et le bébé ont également été ajoutés dans la directive multidisciplinaire postpartum, partie 1. Au sein des normes hospitalières bruxelloises, une lettre de recommandation uniforme est actuellement en cours d'élaboration. Des exemples et du matériel sont donc disponibles pour développer un outil d'orientation et une lettre de recommandation pour l'orientation durant la grossesse et la période postpartum. Cela peut être abordé au niveau régional, via les réseaux périnataux et/ou hospitaliers. Cette stratégie de mise en œuvre proposée s'inscrit également dans le cadre du Plan Interfédéral pour les Soins Intégrés, qui vise à renforcer le réseau local. Le budget des soins de santé est sous pression. L'extension de la nomenclature des sages-femmes stagne et la rémunération des sages-femmes de première ligne est insuffisante. Les fonds supplémentaires promis en 2024 pour les soins de sage-femme n'ont finalement pas été inclus dans le budget. Cependant, l'extension de la nomenclature avec un code INAMI pour l'orientation pourrait avoir un effet incitatif et constitue une reconnaissance du travail des sages-femmes dans ce domaine.	Encourager les orientations durant la grossesse et la période postpartum entre les différents professionnels périnataux. Favoriser la collaboration et la communication entre les divers professionnelles périnataux. Acquérir des connaissances sur les orientations maternelles et néonatales ainsi que leurs résultats afin d'optimiser la qualité des soins périnataux.



THÈME 3 : OFFRE NATIONALE (RÉGIONALE) DE DOCUMENTATION D'INFORMATION (MULTILINGUE) ACCESSIBLE SUR LA GROSSESSE ET LE POSTPARTUM POUR LES (FUTURS) PARENTS

Barrière(s) / besoin(s)	Stratégie(s) de mise en œuvre possible(s)	Faisabilité de la stratégie	Impact de la stratégie
L'information destinée aux (futurs) parents est très fragmentée. Il y a un besoin de matériel partagé et uniforme (par exemple sur des sujets importants et génériques comme l'acide folique, le tabac, etc.), qui soit également accessible aux personnes ayant une faible littératie en santé (notamment par le biais de supports visuels). Les indicateurs de qualité concernant la fourniture d'informations se concentrent principalement sur la quantité (nombre, pourcentages), cependant la qualité de cette information est également importante, mais plus difficile à mesurer. Il est nécessaire de disposer d'outils facilitant le processus de prise de décision partagée (notamment des aides à la décision) et le consentement éclairé (par exemple des formulaires d'information et de consentement concernant la DPNI, le SGB, etc.) dans la pratique sage-femme. Un outil uniforme et pratique permettant de mesurer la satisfaction des parents concernant les soins et l'information périnatale fait également défaut.	Centralisez les informations (existantes) pour les (futurs) parents sur une plateforme (de référence) unique ou via une bibliothèque partagée, de préférence au niveau national et avec un large focus (par exemple de la préconception aux 1000 premiers jours). Établissez une liste des sujets prioritaires à cet effet. Associez le développement de documents scientifiques (notamment des directives) à une offre d'informations accessibles aux parents (par exemple brochures, illustrations informatives, vidéos, etc.). Développer et valider un instrument de mesure de la satisfaction des parents concernant les soins et les informations reçus pendant la grossesse et la période postnatale de la part des sages-femmes (en première ligne et à l'hôpital). Développer et valider un instrument de mesure. Développez des aides à la décision ainsi que des formulaires d'information et de consentement standardisés, basés sur une liste de sujets prioritaires.	Une large gamme d'informations est disponible via divers canaux sur la grossesse et le postpartum, pouvant être inventoriée au niveau régional via les réseaux périnataux et hospitaliers, puis partagée. Cette stratégie s'inscrit également dans la continuité d'initiatives gouvernementales existantes qui proposent une information médicale fiable pour le grand public, telles que « Santé et Science » ou « Infosanté », où il serait pertinent d'ajouter des informations sur la grossesse et le postpartum. On observe en outre une tendance à impliquer les patients dans l'élaboration des recommandations (par exemple la Cellule de participation des patients au sein du Groupe de Travail Développement des Recommandations en Soins Primaires, WOREL). Par ailleurs, des exemples étrangers existent également (notamment le National Institute for Health and Care Excellence, NICE) qui intègrent systématiquement dans chaque recommandation une section dédiée à l'information destinée au grand public. Les mesures de satisfaction des patients sont généralement réalisées dans les hôpitaux, et ces enquêtes peuvent être adaptées au contexte des soins de première ligne et des soins périnataux. L'organisation professionnelle flamande des sages-femmes (VBOV) a déjà développé des choix d'accouchement adaptés aux futurs couples afin qu'ils puissent prendre ensemble des décisions éclairées. Pour le développement du matériel d'information (brochures, illustrations informatives, vidéos, etc.) et des aides à la décision, il est opportun de collaborer avec des étudiants en sage-femme et d'autres formations en soins, ainsi qu'avec des groupes de travail spécifiques des associations professionnelles.	Assurer une utilisation efficiente du temps et des ressources en centralisant le matériel d'information et en stimulant la collaboration entre les professionnels de soins périnataux à ce sujet. Favoriser des soins centrés sur la personne, basés sur la satisfaction et les besoins d'information des (futurs) parents. Soutenir le consentement éclairé et la prise de décision partagée entre le professionnel de soins périnataux et les (futurs) parents. Aider les (futurs) parents à comprendre, évaluer et utiliser l'information concernant la grossesse et la période postnatale afin de prendre des décisions bénéfiques pour leur santé et celle du bébé.



THÈME 4 : PARTAGE DES DONNÉES PÉRINATALES

Barrière(s) / besoin(s)	Stratégie(s) de mise en œuvre possible(s)	Faisabilité de la stratégie	Impact de la stratégie
Il y a un manque de partage de données entre les professionnels de soins périnataux, en partie à cause des différences entre les dossiers patients électroniques et les logiciels utilisés. Certains indicateurs de qualité (maladies infectieuses, vaccinations) ne peuvent pas être évalués, car leur enregistrement dans les logiciels des sages-femmes de première ligne n'est pas encore prévu. Les soins périnatals sont une responsabilité partagée entre différents professionnels de santé. Il est nécessaire d'assurer une communication, une confiance et une collaboration à plusieurs niveaux. Certaines régions souffrent d'une pénurie de professionnels périnatals (notamment pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes, psychologues, etc.), ce qui peut compromettre la continuité des soins (par exemple lors des orientations).	Partagez un ensemble minimal de données périnatales entre différents logiciels (plutôt qu'un dossier multidisciplinaire complet). Ce développement se situe au niveau interfédéral et doit être facilité par le SPF Santé publique. Apportez les adaptations nécessaires aux logiciels des sages-femmes de première ligne. Misez sur une bonne communication et collaboration aux niveaux local et régional. Prévoyez un parcours de soins périnatal pour les femmes enceintes et les jeunes mères à faible risque, coordonné par un coordinateur périnatal (non pas de manière projet, mais idéalement intégré de façon structurelle), dans lequel la structure, la répartition des tâches et les accords sont définis. Élaborez un inventaire régional des prestataires de soins périnataux disponibles afin de détecter et de pallier d'éventuelles pénuries. Organisez l'accès des sages-femmes au portail de soins des hôpitaux, de manière analogue à celui des médecins, afin de favoriser la communication et la collaboration entre les soins de première, deuxième et troisième ligne.	Par le passé, diverses initiatives et projets pilotes autour du partage des données périnatales ont été lancés par les pouvoirs publics. À ce jour, ce partage de données n'est pas encore réalisé, mais il reste important dans le cadre des soins intégrés. Le plan interfédéral encourage les soins intégrés et renforce le réseautage au niveau local. Au sein des réseaux régionaux, des parcours de soins périnatals ont déjà été développés et peuvent servir de bonnes pratiques.	Assurer une utilisation efficace du temps et des ressources en évitant le travail en double et la surconsommation (par exemple, les contrôles de laboratoire redondants) d'une part, mais aussi en détectant la sous-consommation d'autre part. Favoriser la collaboration et la communication entre les différents professionnels de soins périnatals.
À ce jour, il n'existe pas de numéro de registre national distinct pour la mère et l'enfant à la naissance, ce qui fait que les prestations et les références ne peuvent initialement être attestées que sur la mère. De plus, les logiciels utilisés par les sages-femmes de première ligne ne disposent que d'un dossier mère auquel sont rattachées les données du bébé. Par ailleurs, il n'existe pas de nomenclature INAMI distincte pour le bébé. Une même codification pour les soins à la mère et au bébé ne reflète toutefois pas la réalité et la diversité des soins prodigués par la sage-femme.	Assurez une meilleure harmonisation entre les prestations fournies par la sage-femme et la rémunération financière. Cela peut se faire en optimisant l'enregistrement, en prévoyant d'une part un dossier bébé distinct dans les logiciels utilisés par les sages-femmes de première ligne. D'autre part, il est également important de rendre possible une nomenclature INAMI spécifique pour le bébé. L'attribution anticipée du numéro de registre national au bébé est aussi nécessaire dans ce cadre.	Actuellement, il est envisagé de lier l'attribution du numéro de registre national au nouveau-né à la déclaration de naissance (plutôt qu'à l'enregistrement de l'acte de naissance), ce qui permettrait une disponibilité plus rapide de ce numéro. Les critères d'homologation des logiciels destinés aux sages-femmes de première ligne sont actuellement en cours de définition. C'est donc le bon moment pour intégrer un dossier bébé distinct comme l'un des critères. Cependant, les modifications des logiciels pour sages-femmes de première ligne progressent difficilement, car le nombre d'utilisateurs est relativement faible comparé à celui des médecins ou des infirmiers. De plus, des adaptations majeures, comme la création d'un dossier bébé séparé, nécessitent des investissements importants de la part des éditeurs de logiciels. Cela peut entraîner une augmentation du prix d'achat du logiciel pour les sages-femmes, alors que la prime de télématique est déjà insuffisante. La mère et l'enfant nécessitent des soins distincts, ce qui rend souhaitable une séparation de la nomenclature INAMI. Cependant, le budget des soins de santé est sous pression et l'extension demandée de la nomenclature pour les sages-femmes a déjà été refusée par le passé. Néanmoins, cette extension constituerait une reconnaissance du travail des sages-femmes et garantirait une rémunération correcte, ce qui est l'une des raisons majeures de la déconversion massive des sages-femmes.	Optimiser l'enregistrement des soins prodigués par les sages-femmes à la mère et à l'enfant. Garantir une rémunération adéquate des prestations effectuées par les sages-femmes. Encourager les sages-femmes à adhérer à la convention ou à y rester affiliées, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, avec une attention particulière portée aux groupes vulnérables.



Barrière(s) / besoin(s)	Stratégie(s) de mise en œuvre possible(s)	Faisabilité de la stratégie	Impact de la stratégie
Les évolutions dans le domaine de la santé numérique (eHealth) se succèdent rapidement, ce qui implique la nécessité d'une formation continue. La prime télématique encourage la tenue d'un dossier patient numérique, mais elle ne couvre pas tous les coûts.	Prévoir régulièrement des formations accréditées sur la santé numérique (eHealth), afin que les sages-femmes soient à jour des évolutions récentes. Mettre en place un groupe de travail sur la santé numérique au sein des organisations professionnelles de sages-femmes pour suivre les évolutions en eHealth, faire des retours à leurs membres et les sensibiliser.	Des formations autour de la santé numérique (eHealth) sont déjà proposées par la plateforme eHealth et d'autres organisations (notamment VIVEL). Il est important que ces formations soient largement communiquées auprès des sages-femmes. Les organisations professionnelles de sages-femmes assurent déjà la formation continue, peuvent sensibiliser leurs membres et promouvoir la formation complémentaire en matière de santé numérique (eHealth).	Optimiser les compétences numériques des sages-femmes. Favoriser l'intégration de l'eHealth dans la pratique des sages-femmes et accélérer l'adoption des nouvelles évolutions en matière de santé numérique. Favoriser la continuité des soins et la communication entre les prestataires de soins périnataux, ce qui améliore la qualité des soins.

THÈME 5 : PORTFOLIO NATIONAL POUR LES SAGES-FEMMES

Barrière(s) / besoin(s)	Stratégie(s) de mise en œuvre possible(s)	Faisabilité de la stratégie	Impact de la stratégie
Il y a besoin d'un portfolio national pour les sages-femmes dans lequel les diplômes et certificats peuvent être téléchargés, l'expertise et l'expérience professionnelle indiquées, et la formation enregistrée. Il est également utile de prévoir un espace où le matériel de promotion de la santé et les modalités de communication peuvent être intégrés. Une sage-femme est légalement tenue de suivre 75 heures de formation continue tous les 5 ans. Il existe des recommandations concernant un nombre d'heures à consacrer aux compétences en réanimation et en situations d'urgence (uniquement pour les sages-femmes de première ligne pratiquant des accouchements de manière autonome). Ceci peut être complété par un quota minimum de formation en PMG (problèmes médicaux graves) et en eHealth. Une préoccupation concerne la qualité des formations proposées (auparavant, il était nécessaire qu'elles soient approuvées par le Conseil Fédéral des Sages-Femmes, CFSF).	Création d'un groupe de travail réunissant des sages-femmes, des organisations professionnelles et d'autres parties prenantes pertinentes afin de définir le contenu et la mise en œuvre du portfolio numérique pour sages-femmes. Un portfolio national est préférable à un portfolio régional ou lié à l'adhésion à une organisation professionnelle. Ce portfolio est de préférence géré et mis en œuvre par un organisme indépendant, composé de sages-femmes issues du terrain, de l'enseignement, des instances politiques et des associations professionnelles. Cet organisme établit un règlement précisant notamment les conditions d'adhésion, les mécanismes d'assurance qualité des formations, les critères d'accréditation et les modalités d'évaluation et fournit également les explications nécessaires (notamment manuel, documents d'évaluation, etc.). Une prime de qualité (annuelle) — par analogie avec celle octroyée aux kinésithérapeutes — peut également jouer un rôle incitatif. Les sages-femmes répondant aux critères d'accréditation peuvent également se valoriser auprès des patientes et d'autres prestataires de soins en rendant cette reconnaissance publique (par exemple, via un registre de qualité, comme c'est le cas pour les kinésithérapeutes, ou encore à travers des supports de communication, et un logo apposé à leur nom dans la liste des sages-femmes de première ligne portant le Good Practice Logo (GPL) de l'Organisation professionnelle flamande des sages-femmes (VBOV)). Il est également utile d'introduire ce portfolio dès la formation des étudiantes en bachelier en sage-femme.	Cela s'inscrit dans l'obligation prévue par la Loi qualité (22 avril 2019, article 8) selon laquelle chaque professionnel de santé doit tenir un portfolio, de préférence sous forme électronique, contenant les informations nécessaires validant ses compétences et son expérience. Dans le cadre du projet 'Portail', les administrations de l'INAMI et du SPF Santé publique examinent le déploiement d'un portfolio électronique pour chaque professionnel de santé. À ce titre, un avis sur le portfolio a été formulé par le Conseil fédéral des sages-femmes, basé sur le modèle CanMEDS. Des bonnes pratiques provenant de l'étranger ainsi que d'autres professions en Belgique (voir rapport partie 2 + supplément 2) peuvent servir de référence. Le déploiement d'un portfolio s'inscrit dans l'obligation légale pour les sages-femmes de suivre 75 heures de formation continue tous les 5 ans. Pour les sages-femmes qui pratiquent des accouchements de manière autonome, il est recommandé de suivre au moins 8 heures de formation à la RCP (nouveau-né, adulte) et au moins 8 heures de formation aux techniques d'urgence (CFSF). La GPL de la VBOV exige également qu'une sage-femme suive une formation continue sur l'examen des nouveau-nés. Les organisations professionnelles de sages-femmes encouragent déjà la tenue d'un portfolio. Il existe une large offre de formation continue pour les sages-femmes proposée par diverses organisations. La faisabilité pratique et financière de la supervision et du feedback, tels que développés dans le modèle A-EQUIP (Royaume-Uni) et le Midwifery Standards Review (Nouvelle-Zélande), sont remis en question.	Encourager le développement professionnel et l'apprentissage tout au long de la vie chez les sages-femmes, ce qui peut améliorer la qualité des soins périnataux et la satisfaction des (futurs) parents. Actualiser les connaissances et compétences afin de rester informé(e) des évolutions pertinentes dans le domaine d'activité des sages-femmes.