

# Quelles exigences dans la démarche de certification des établissements de santé

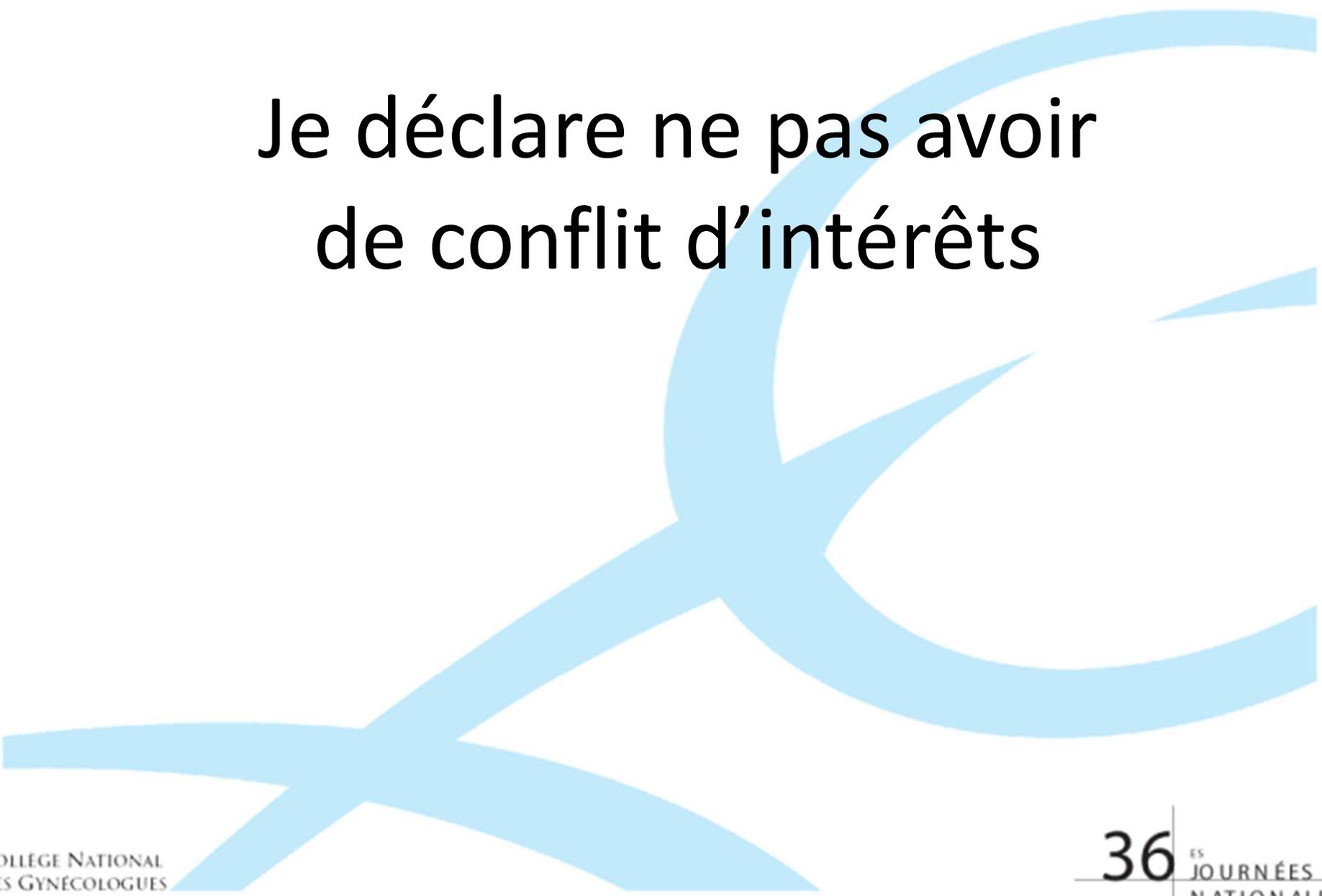
Docteur Ghada HATEM-GANTZER

Hôpital Delafontaine

Séminaire AUDIPOG 6/12/12



Centre Hospitalier de **Saint-Denis**



Je déclare ne pas avoir  
de conflit d'intérêts

# Finalité de la visite de certification

« Evaluer la capacité de l'établissement à mettre en place un système de **management de la qualité et des risques**, et de le déployer au sein des différentes équipes qui concourent à la prise en charge du patient »

- In « Lignes directrices de la visite de certification » HAS/ DAQSS 6 octobre 2011



# Attention!

Instituée par la réglementation, **la procédure de certification des établissements de santé n'est pas une fin en soi**. Elle doit être comprise par tous comme un **levier de management** pour évaluer et **améliorer** les organisations et les pratiques, en **gestion des risques** associés aux soins notamment.



# Petite définition simple de la qualité des soins (AHRQ)

- Soins dont on a apporté la preuve qu'ils fonctionnaient
- Soins qui répondent aux besoins et aux préférences des patients
- Soins qui protègent les patients **d'erreurs et de dommages**
- **On peut rajouter** (JCAHO): les moins coûteux à qualité égale.



# Bien sûr Qualité # Sécurité mais



# Les exigences de la V2010

## 1/ Qualité et sécurité des soins! Une injonction forte

Le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé charge le **directeur** et le **président de CME** d'arrêter l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, fixe de nouvelles exigences et crée la **fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins**



# Fonction de coordonnateur de GDR associés aux soins

- Décide initie, organise et pilote la démarche de gestion des risques associés aux soins. Définit les priorités, valide le programme d'actions, alloue les ressources adaptées, suit les actions en cours, évalue les résultats et adapte le programme en conséquence.
- Fonction assumée par une personne désignée conjointement par la direction et le président de la CME: met en œuvre et anime le programme d'actions, s'assure de la bonne utilisation des ressources allouées, communique....



# Les critères du manuel impactés par le risque:

- 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- 1.f Politique et organisation de l'EPP
- 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité
- 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations
- 2.e Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement
- 3.a Management des emplois et des compétences
- 3.b Intégration des nouveaux arrivants
- **3.d Qualité de vie au travail**
- 5.a Système d'information
- 5.b Sécurité du système d'information
- 5.c Gestion documentaire
- 6.a Sécurité des biens et des personnes
- 6.g Gestion des équipements et produits au domicile du patient
- 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- 8.d Évaluation des risques a priori
- 8.e Gestion de crise
- 8.f Gestion des événements indésirables
- 8.g Maîtrise du risque infectieux
- 8.h Bon usage des antibiotiques
- 8.i Vigilance et veille sanitaire
- 8.j Maîtrise du risque transfusionnel
- 8.k Gestion des équipements biomédicaux
- 9.a Système de gestion des plaintes et réclamations
- 12.a Prise en charge de la douleur
- 14.a Gestion du dossier du patient
- 15.a Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- 18.a Continuité et coordination de la prise en charge des patients
- 19.b Troubles de l'état nutritionnel
- 20.a Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- 25.a Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- 26.a Organisation du bloc opératoire
- 26.b Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur

# Annnonce d'un dommage associé aux soins

Guide destiné aux professionnels de santé  
exerçant en établissement de santé ou en ville

Mars 2011

## Les 3 temps de l'annonce

## La relation avec le patient

### 1 Préparer le rendez-vous d'annonce

- Quels sont les faits dont on est sûr ?
- Qui assistera au RDV ?
- Quand et où se tiendra le RDV ?
- Quels sont les besoins prévisibles du patient ?

### 2 Réaliser l'annonce

- Reconnaître le dommage
- Communiquer sur des faits connus et sûrs
- Exprimer des regrets voire des excuses
- Décider du plan de soins en concertation avec le patient
- Répondre aux besoins du patient
- Proposer un référent
- Tracer l'annonce dans le dossier médical
- Débriefter en équipe ou participer à des démarches collectives d'analyse des pratiques

### 3 Suivre l'annonce

- Informer le patient des nouveaux éléments connus
- Exprimer de nouveau des regrets voire des excuses en cas d'erreur avérée
- Mettre en œuvre les offres de soins et de soutien proposées
- Organiser avec le patient les soins d'aval
- Tracer les rendez-vous de suivi dans le dossier médical

→ **Répondre**  
aux attentes et aux  
besoins légitimes  
des patients

→ **Rassurer**  
et **accompagner**  
les professionnels  
de santé

→ Quelques repères

Communiquer  
avec empathie,  
sincérité  
et honnêteté

Prendre en  
compte  
l'entourage  
du patient

Respecter la  
confidentialité

Respecter  
l'individualité  
du patient

## Maintenir confiance et dialogue

# Les exigences de la V2010

## 2/ Des EPP

- Il s'agit de passer d'un exercice imposé comme en V2 à une responsabilisation des professionnels pour entrer dans une **culture pérenne de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques**



# Les exigences de la V2010

## 3/ Des PEP et des éléments de vérification

- Politique EPP
- Politique de gestion des risques et de la qualité
- Gestion des plaintes et réclamations
- Douleur
- Fin de vie
- Dossier patient
- Continuité et coordination de la prise en charge
- Médicament
- Urgences
- Bloc
- Secteurs à risque « **et nous, et nous!** »



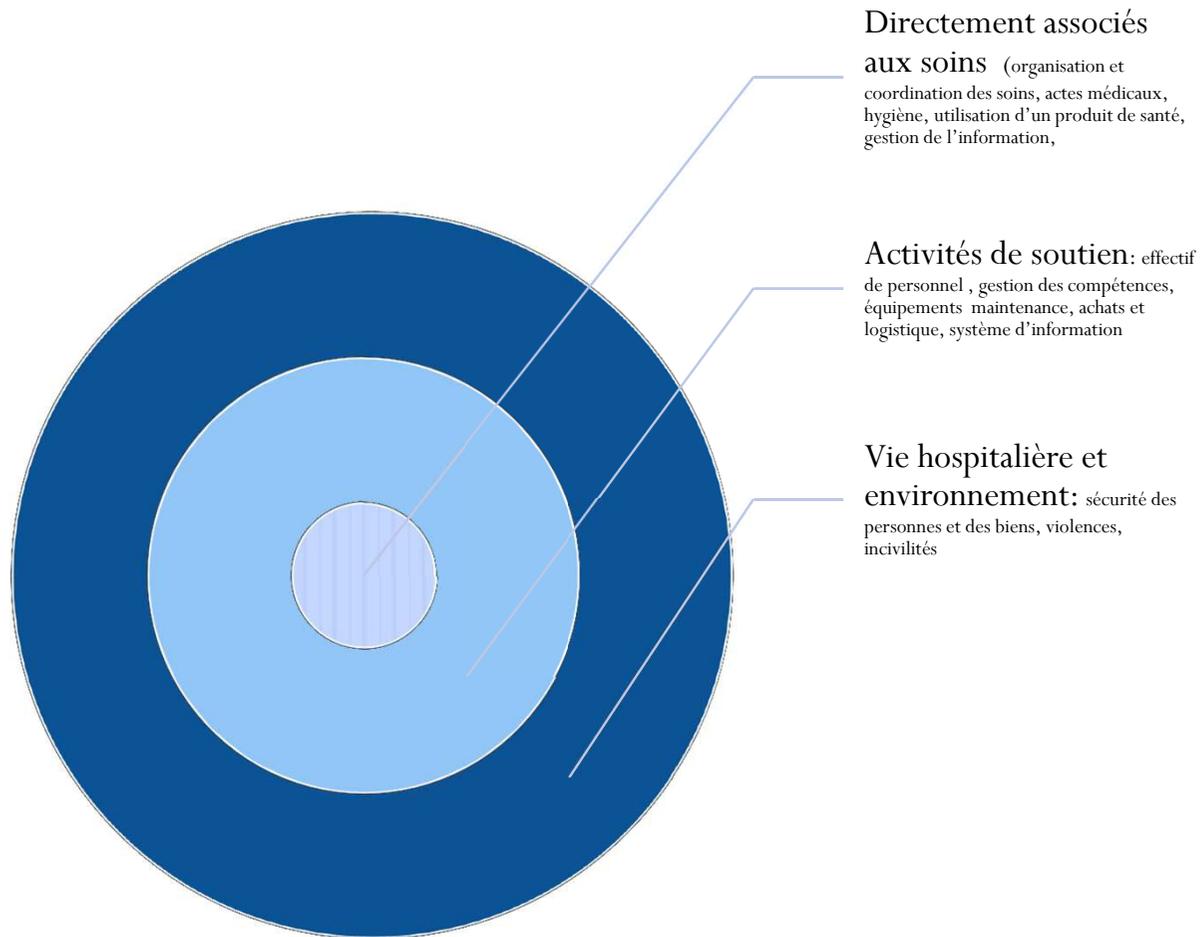
# Les exigences de la V2010

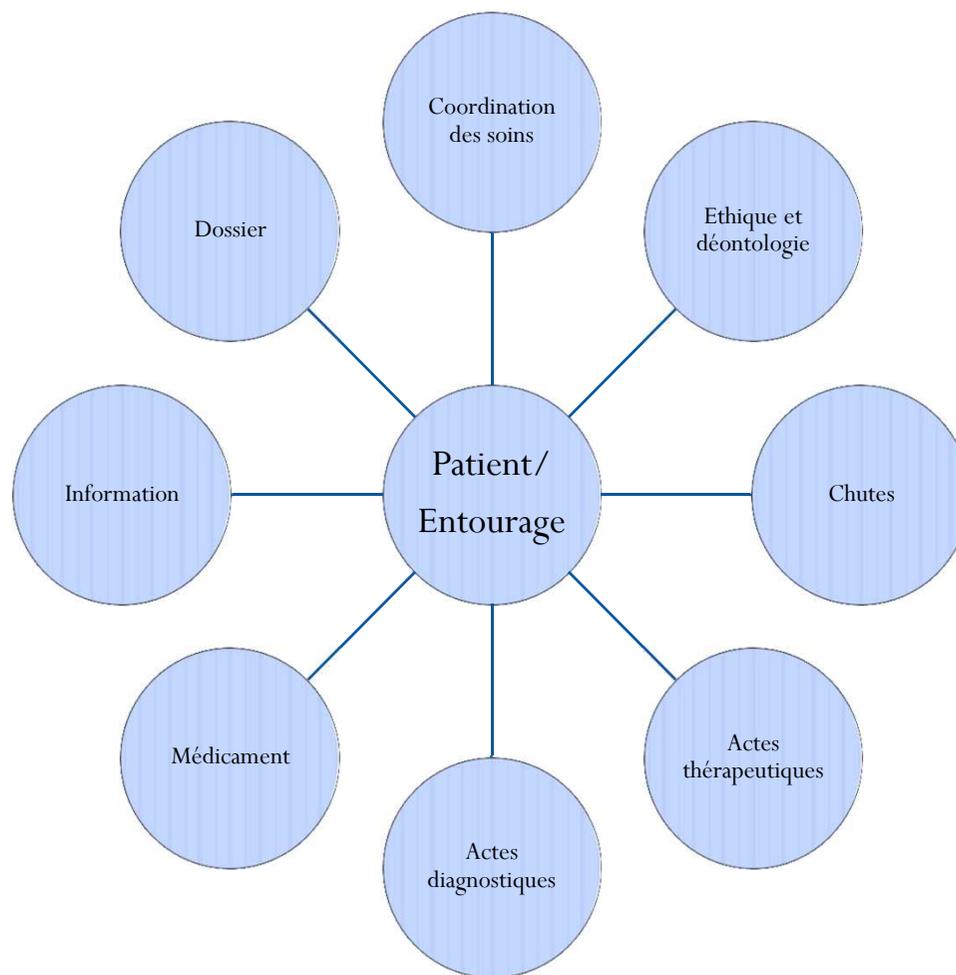
## 4/ Des indicateurs

- QUALHAS
- ICATB
- ISO
- ICSHA
- Nombre de: Plaintes, dossiers CRCI, RMM, RCP, EIG, CREX....



# Trois grandes catégories de risques







# Gestion a priori/ a posteriori

- **Approches dites a priori** : démarche préventive en identifiant et évaluant les mesures déjà en place (cartographie des risques, visites de risque)
- **Approches dites a posteriori**: démarche réactive après survenue d'évènements indésirables (FSEI, Plaintes, EPP, RMM, CREX, REMED, IPAQSS, infections)
- Complémentarité étroite des deux démarches (une analyse a priori devant être enrichie à partir des analyses a posteriori mettant en évidence une défaillance non identifiée jusque là)



## Exemple de cartographie des risques en maternité

BLOC ACCOUCHEMENT "Césarienne"		Matériel - Contrôle - Action limitant ou stoppant le risque assurant la sécurité du patient (barrières de prévention existantes)	Document		Notation criticité résiduelle (après mesures de prévention)		
Processus	Risque	Description	Description	PRC PRT	Gr	Pr	Cr
Entrée Examen Clinique Bilan (veille)	Risque d'erreur patient	Vérification orale : Nom, Prénom, Date de naissance en parallèle avec le dossier	Procédures d'accueil patient Procédure d'identification patient DPA		4	1	4
	Absence de l'ensemble du dossier patient	Fiche liaison Feuille prescription Transmissions			4		0
	Risque d'allergie	Questionnement patiente et en parallèle vérification des données du dossier	DPA		4	1	4
	Risque hémorragique	Questionnement patiente et en parallèle vérification des données du dossier	DPA		4	1	4
	Risque infectieux	Questionnement patiente et en parallèle vérification des données du dossier	DPA / Protocoles Hygiène		4	1	4
	Défaut d'information	Dossiers patient archivés par ordre alphabétique pendant la période de la grossesse Staff tous les matins	DPA		4	1	4
	Risque d'hypertension	Données dans le DPA et dossier anesthésique : vérification orale, clinique et traçabilité	DPA / Dossier d'anesthésie		4	1	4
	Risque cardiovasculaire	Données dans le DPA et dossier anesthésique : vérification orale, clinique et traçabilité	DPA / Dossier d'anesthésie		4	1	4
	Dystrophie fœtale	Données dans le DPA et dossier anesthésique : vérification orale, clinique et traçabilité	DPA / Dossier d'anesthésie		4	1	4
	Absence d'anomalie de présentation bb (césarienne inutile)	Vérification clinique et paraclinique si besoin Vérification du DPA Echographie de contrôle	DPA		4	1	4
	Risque de souffrance fœtale	Vérification paraclinique (monitoring)	Tracé		10	1	10
	Erreur transfusionnelle	Vérification présence carte de groupe sanguin	DPA		1	1	1
	Défaut d'examens	Pointage des examens Demande d'examens complémentaires si besoin	Protocoles AUORE		4	2	8
	Défaut d'évaluation de la douleur				4	4	16
	Défaut d'information du patient sur la préparation (douche, prémédication)	Formation des professionnels Diffusion de kit	Fiche d'information de la césarienne du réseau AUORE "utérus cicatriciel"		4	2	8
Défaut de recueil du consentement	Double avis médical			4	1	4	

# Processus entrée au bloc et préparation du site de l'opérée

Entrée au bloc + Préparation du site opératoire	Risque d'inconfort	Table d'accouchement révisée annuellement avec choix de positionnement	Enregistrements services techniques	1	1	1
	Erreur de PEC	Tube avec code couleur	Classeur rose laboratoire	4	2	8
	Risque de souffrance fœtale	Monitoring Surveillance	Tracé	20	1	20
	Défaut de diagnostic (mère)	Examen SF		10	1	10
	Défaut de vérification du risque allergique	Check-list	Check list HAS	10	1	10
	Défaut de réalisation du bilan pré-op	Check-list	Check list HAS	10	1	10
	Défaut de réalisation d'antibioprophylaxie	Check-list	Check list HAS	10	1	10
	Défaut de vérification du risque hémorragique	Check-list	Check list HAS	10	1	10
	Défaut de vérification du risque transfusionnel	Vérification des bilans sanguins / de la carte de groupe sanguin / de la consultation anesthésique		10	1	10
	Défaut d'évaluation des risques liés à la péridurale			10	1	10
	Risque infectieux direct (pose de sonde à demeure)	Suivi des protocoles Formation	PRT RESEAU MATER SUD	10	3	30
	Risque infectieux: mauvais lavage paroi	Suivi des protocoles Formation	PRT RESEAU MATER SUD	10	3	30
	Salle non prête	Nettoyage systématique de la salle à chq fin d'intervention Vérification quotidienne par l'équipe	PRT Hygiene Fiche "Ouverture de Bloc"	4	1	4
	Absence de matériel spécifique disponible dans la salle	Salle vérifiée remise en état à la fin de chq intervention Matériel satellite (supplémentaire) Report selon le cas	Fiche "Ouverture de bloc" + Check list Procédure "Césarienne code rouge"	4	1	4
Absence de vérification de la péremption du matériel	Salle vérifiée / nettoyée à fond 1x par mois		4	1	4	

# Les check-lists: ex bloc opératoire

Combine, à l'occasion d'un temps d'arrêt collectif, quatre bonnes pratiques de sécurité:

- « briefing » : confirmation de l'action à mener et partage collectif de l'information sur les éléments à risque
- vérifications de points critiques au moyen de la liste
- contrôle croisé entre professionnels
- voire arrêt temporaire ou définitif du processus en cas de constat contre-indiquant la poursuite de l'action engagée (NoGo)

L'arrêt temporaire ou définitif du processus devra ultérieurement être analysé pour en tirer des leçons et si besoin améliorer l'organisation et les pratiques (revue périodique des reports temporaires ou de déprogrammations, en RMM par exemple).



# CHECK-LIST

## « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01

Identification du patient  
Étiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

Identité visuelle  
de l'établissement

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Bloc : ..... Salle : .....  
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....  
Chirurgien « intervenant » : .....  
Anesthésiste « intervenant » : .....  
Coordonnateur(s) check-list : .....

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
<i>Temps de pause avant anesthésie</i>	
1	L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	L'intervention et site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> <li>idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique</li> <li>la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle</li> </ul> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4	La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements <ul style="list-style-type: none"> <li>pour la partie chirurgicale</li> <li>pour la partie anesthésique</li> </ul> <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : <ul style="list-style-type: none"> <li>risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> <li>risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> <li>risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> </ul>

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
<i>Temps de pause avant incision</i>	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE <ul style="list-style-type: none"> <li>identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>
8	Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention ( <i>Time out</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>(temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)</li> <li>sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)</li> </ul>
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/R <input type="checkbox"/> N/A

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention  
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

APRÈS INTERVENTION	
<i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>	
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> <li>de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</li> <li>de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul> Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *	
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL	

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLE(S) DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE. (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET (3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE \*) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

# Visites de risques

- **Objectif:** Réaliser au contact du terrain un constat argumenté des difficultés de mise en place des mesures de qualité-sécurité des soins
- **Principe** : méthode a priori pour repérage de risques latents (assurance, industrie). Combine plusieurs modes de recueil: référentiel, interview, visite sur site, observation
- **Indication**
  - Via l'assureur (mise en œuvre ou renouvellement d'un contrat d'assurance. Activités jugées les plus à risques: secteur obstétrical, urgences, réanimation, bloc opératoire, chirurgie ambulatoire).
  - Via l'établissement de santé (problématique locale) ou une structure régionale d'appui

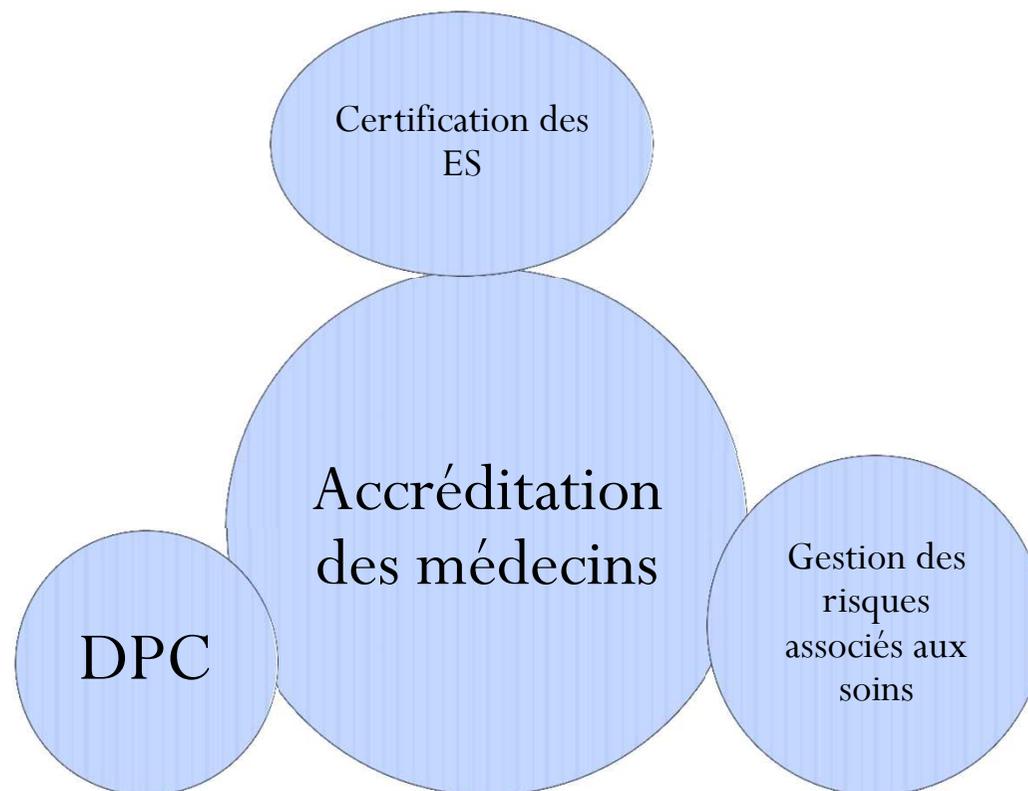


# Accréditation des médecins

- Objectifs: améliorer la qualité des pratiques professionnelles, réduire le nombre et limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins
- Démarche de gestion des risques fondée sur les programmes élaborés par les organismes professionnels d'accréditation:
  - Recueil des événements porteurs de risques médicaux (EPR) et analyse (produire des recommandations individuelles et tirer des enseignements résultants de l'analyse de la base de données rendues anonymes (dite Base REX), de la veille scientifique et d'études de risques
  - Mise en œuvre de recommandations ou référentiels professionnels,
  - Participation à des activités d'amélioration des pratiques professionnelles et de perfectionnement des connaissances (RMM, mise en œuvre de check-lists, formations, etc.)



# Accréditation des médecins, au carrefour de plusieurs dispositifs



De la V1 à la V2.0 (V2014 ou V4)

Un constat



# Sisyphes est fatigué!

Il faut le remotiver...



# Pas de grands changements

- Le manuel de certification demeure le cadre de référence délimitant le champ des exigences versus décisions
- Même si les investigations ne sont plus directement référées aux éléments d'appréciation



# Objectifs V2014

- Balayer les critères du manuel qui ne changent pas
- Identifier le profil de risque de l'établissement: fonction de son secteur d'activité, de ses ressources financières, de sa taille. Analysé au travers des documents (CPOM, CBU, Fiches ARS, Bilan CRU, données Platines, Tableau de bord des EPP, Résultats des indicateurs nationaux)
- Valider l'organisation de l'établissement à travers des patients dont on suit le parcours à différents moments
- Caractériser les écarts avec les pratiques attendues: **non conformités**



# Audits de processus

- Les 21 processus du manuel ne sont pas à auditer
- Le choix est fait en fonction du profil de risque de l'établissement



# Les processus du manuel

- Douleur
- Gestion du dossier
- Gestion du système d'information
- Identification du patient
- Maitrise du risque infectieux
- Management de la qualité
- Processus bloc opératoire, secteurs à risque
- Urgences
- Santé, sécurité, qualité de vie au travail
- Continuité et coordination de la prise en charge
- Activités logistiques
- Education thérapeutique
- Fin de vie
- Médicament



# Définition d'un processus

- Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie
- 3 sortes de processus
  - Management
  - Prise en charge du patient
  - Supports et environnement de soin



## Comment auditer un processus? 10 points de maitrise

- Les besoins du ou des clients sont connus
- Les risques sont évalués
- Les responsables, clients, fournisseurs...sont identifiés
- Des objectifs sont fixés, des indicateurs permettent d'apprécier la satisfaction des clients
- Le processus est décrit dans des documents de référence
- Les dispositions sont connues et appliquées par les acteurs
- Les éléments de preuve sont archivés
- Les risques résiduels sont couverts
- Les défaillances sont traitées en curatif et préventif
- L'efficacité du processus est évaluée et des actions d'amélioration mises en œuvre



# La méthode du patient traceur

- Permet d'apprécier les expériences de soin des patients hospitalisés
- Permet d'évaluer les processus de soins et les organisations qui s'y rattachent
- Positionne le regard de la certification au niveau opérationnel, **au plus près des équipes soignantes**



# La méthode du patient traceur

- Le choix du patient répond aux objectifs de la visite décidés en fonction du « profil de risque de l'établissement ». Il y a une priorisation
- L'évaluation débute dans le service où le patient est hospitalisé
- Rencontre avec les soignants, analyse du dossier
- Rencontre avec le patient et/ou sa famille
- N'évalue pas la pertinence de la stratégie diagnostique ou thérapeutique du patient
- Ne consiste pas à suivre le patient tout au long de son parcours

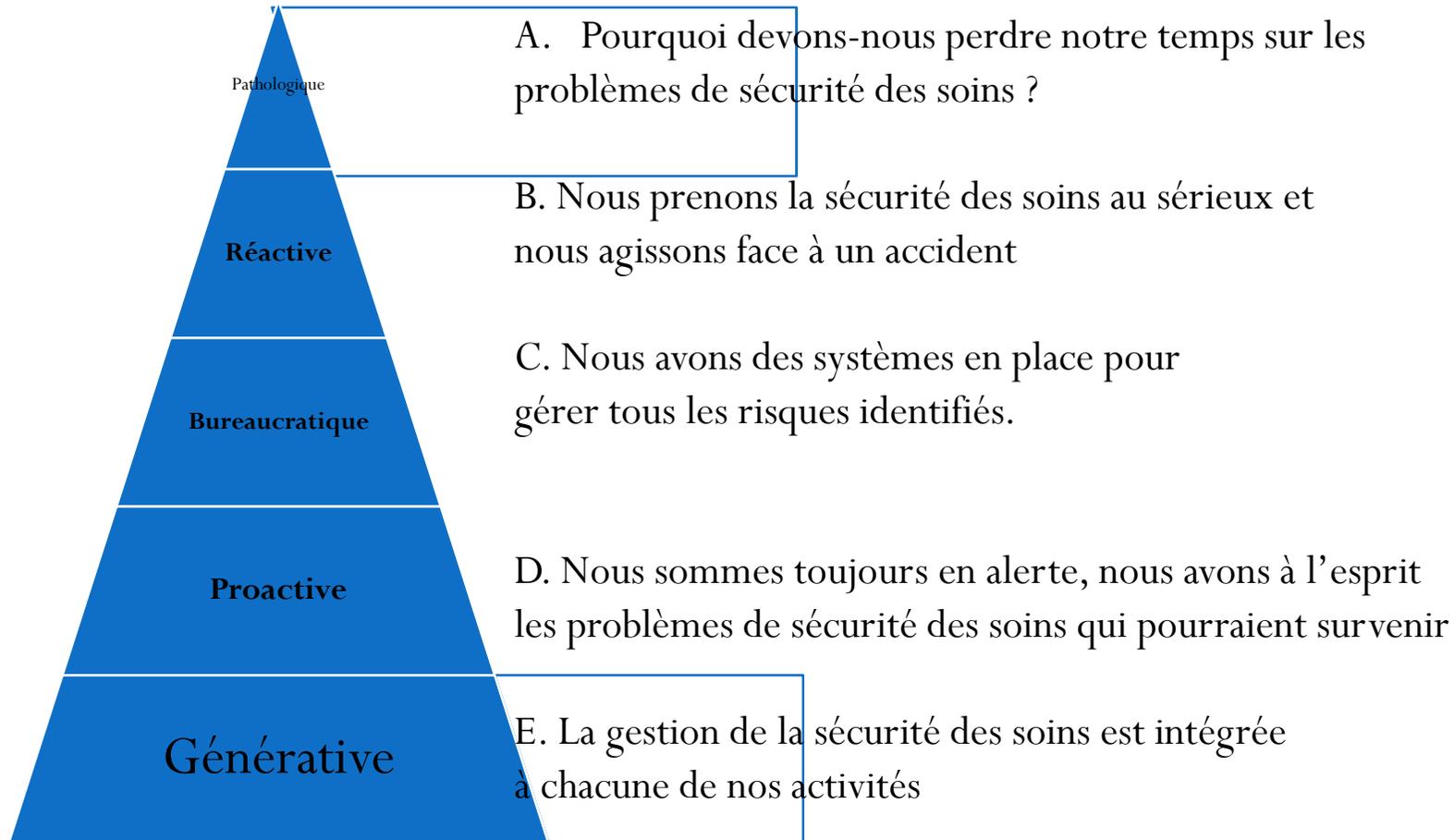


# Grille « Patient Traceur »

- Admission programmée Admission non programmée par les urgences Admission non programmée par une filière spécifique Accueil dans le service <sup>1,2,3,4,5,6</sup> Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé <sup>1,2,3,4,5,6</sup> Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats des résultats de biologie médicale Demande d'examen et transmission des résultats d'imagerie <sup>2</sup> Demande d'examen et transmission des résultats de médecine nucléaire <sup>2</sup> Demande d'examen et transmission des résultats d'endoscopie <sup>2</sup> Demande d'examen et transmission des résultats d'exploration fonctionnelle <sup>2</sup> Passage au bloc opératoire <sup>2</sup> Radiothérapie Prise en charge médicamenteuse <sup>1,2,5,6</sup> Prise en charge transfusionnelle Education thérapeutique <sup>1,6</sup> Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance Respect de la dignité et de l'intimité du patient. Respect de la confidentialité des informations Prise en compte de l'entourage <sup>1,6</sup> En cas de restriction de liberté Si hospitalisation sans consentement Information du patient sur son état de santé et les soins <sup>1,5</sup> Consentement et participation du patient Personne de confiance <sup>5</sup>



# La maturité du système



# Plus loin, des pistes, des outils?

- Formations individuelles et collectives par simulation
  - Non techniques: annonce d'un dommage lié aux soins, animation de réunions type RMM, mise en place de plans de secours
  - Techniques: simulations sur mannequins, avec scénarios...
- Participation du patient et de son entourage
  - Pédagogie
  - Education thérapeutique
  - Signalement des EIG
  - Participation des patients à leur analyse?



# Manuel Qualité Salle de Naissance

- 1/ Missions de la structure
- 2/ Instance de pilotage (Conseil de maternité)
- 3/ Architecture des locaux
- 4/ Logistique
  - Surveillance environnementale : eau, air, surfaces etc/Entretien des locaux/ Instrumentation (stockage, stérilisation, circuits
  - Approvisionnements/Maintenance préventive/ Matériel réutilisable : ballons, coussins...
  - Circuit des prélèvements et gestion des résultats d'examens /Entretien des baignoires
- 5/ Sécurité des soins
  - Cartographie des risques a priori
  - Contrôles quotidiens : ouverture des SDN, réa bébé, césariennes.../Vérification du chariot d'urgence/Prise en charge des urgences vitales/Procédures d'identitovigilance
  - Check-list césarienne/Prescriptions en SDN incluant la dispensation et l'administration/Surveillance du post-partum y compris en SSPI avec validation du retour en chambre
  - Gestion décentralisée des évènements indésirables du secteur
- 6/ Personnel
  - Fiches de postes : SF/IDE/AP/GYN/PED/ANEST/Brancardiers/Fonctions principales et horaires/Code vestimentaire/Elaboration des plannings et listes de garde
  - 7/ Circuits des patientes et des accompagnants
  - Aux urgences/En pré-travail/En salle de naissance
- 8/ Programmation et suivi de l'activité
- 9/ Evaluation
  - EPP/RMM/CREX/IPAQSS/ISO
- 10/ Outils de pilotage
- 11/ Protocoles du service
- 12/ Annexes
  - Textes de référence : décrets périnatalité...
  - Documents relatifs au décès/Documents d'état-civil/Procédure AES/ Procédure lavage des mains/Aide au codage simplifié

## Grille obstétrique

Cibles	0/1/2	Champ
<b>Suivi de grossesse</b>		
Procédure d'inscription connue		PPS
Dossier médico-administratif complet		Dossier
Poids, taille, IMC		Qualhas
Personne de confiance, personne à prévenir		Droits patient
Coordonnées médecin traitant		Dossier
Convention réseaux d'aval (PMI, centres de santé)		PPS
Projet de naissance recueilli		PPS
Entretien pré-natal précoce		PPS
Diagnostic anté-natal accessible (écho T1, T21)		QGDR
Cours de préparation à la naissance		Education thé
Education thérapeutique : diabète, nutrition, addiction		Educ thé
PEC précarité, PASS		Droits
IPP/ Identité/ doublons		Dossier/GDR
Circuit du dossier, archivage, accessibilité		Dossier
Circuit des résultats d'examens		GDR
Organisation du diagnostic anté-natal, staff CPDPN structuré		PPS
Organisation des IMG		QGDR
Formation professionnels bienveillance, droits du patient		Droits patient
Procédure de tenue du dossier papier/ informatisé		Dossier
Archivage du dossier		Dossier
Présence d'un dossier d'anesthésie, CS anesthésie systématique		Dossier
Présence d'un dossier transfusionnel le cas échéant		Vigilances
Audit de processus « prélèvements invasifs »		GDR
Réunion d'information sur la péridurale et la douleur		Douleur
Fiches d'information : T21, toxoplasmose, péridurale, césarienne, VME		QGDR
Possibilité de staffer les dossiers : ACP, voies d'accouchement		QGDR
Organisation d'un circuit d'explorations fonctionnelles		QGDR
<b>HDJ obstétrique</b>		
Protocoles, actualisation dossier médical		PEC
<b>Hospitalisation pré-natale</b>		
Visite pédiatre, protocoles médicaux, éducation thérapeutique		QGDR
<b>Accouchement (Audit de processus)</b>		
Motif d'admission renseigné		PEC
Identification des personnels : tenues, badges		QGDR
Evènements horodatés		QGDR
Procédure d'identification du patient connue		QGDR identito
Place du père en SDN, au bloc opératoire		Bienveillance
Evaluation initiale de la douleur		Douleur
Réévaluations régulières et prise en charge de la douleur		Douleur
Tableau des gardes et astreintes disponible et tenu à jour		QGDR
Procédures d'ouverture de salle respectées		QGDR
Charte de la salle de naissance rédigée, connue, signée		QGDR
Recensement des évènements indésirables secteur SDN réalisé et suivi		QGDR
Programmation des actes (cerclages, césariennes, IMG) organisée		QGDR
Formation des SF aux positions d'accouchement, respect physiologie		PEC