

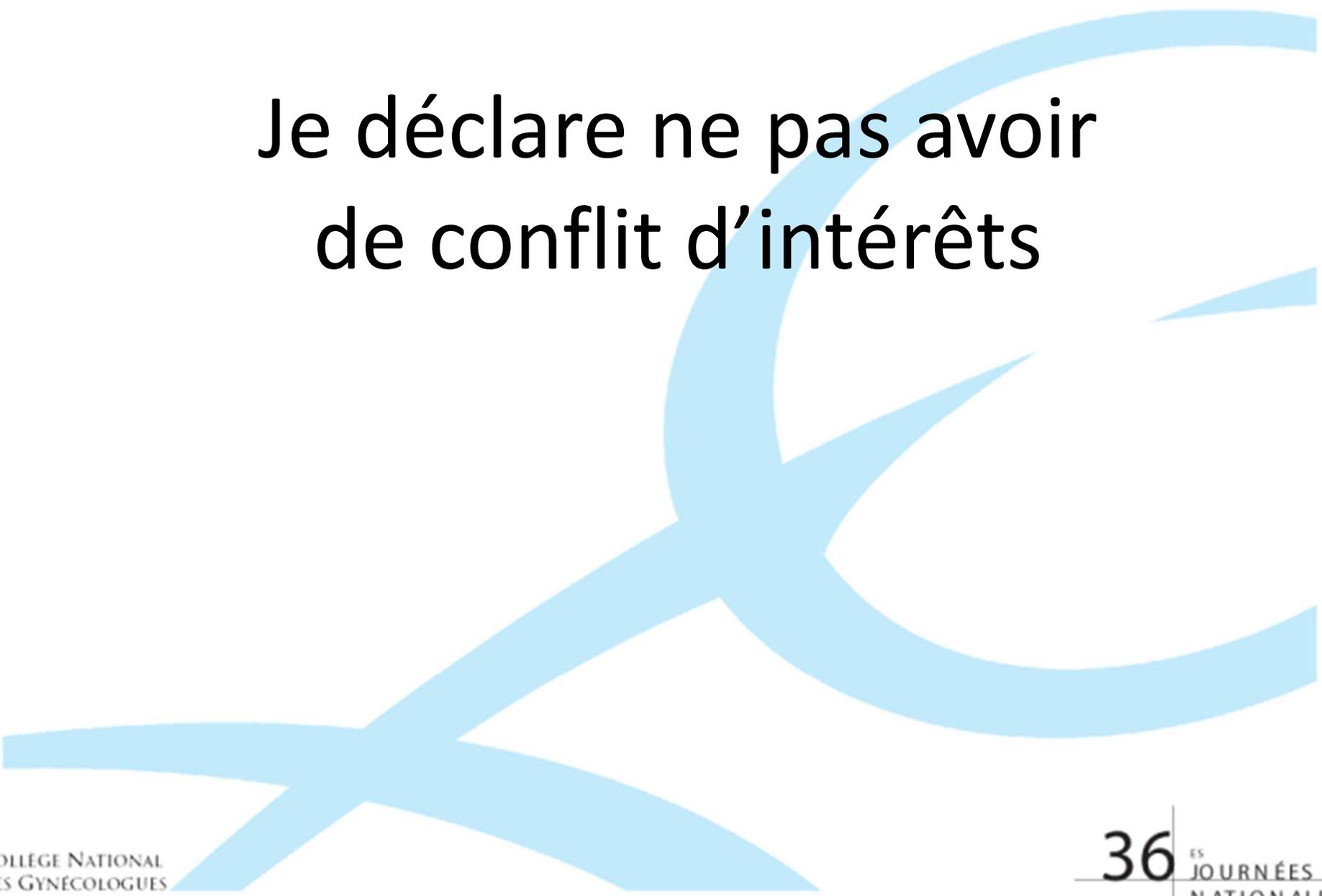
Déclaration des risques en Maïeutique Point de vue des sages-femmes

Véronique Tessier

AUDIPOG / CNSF

Séminaire de l'AUDIPOG -6 décembre 2012





Je déclare ne pas avoir
de conflit d'intérêts

Plan

- I. Le paradigme de la sécurité à l'hôpital
- II. L'approche de la qualité et de la sécurité en
Maïeutique

Pour gérer le risque :
une certaine approche du cadre de
notre exercice

Le paradigme du « tout à l'hôpital » - 1

- **1951 : l'accouchement à l'hôpital**
- 1974 : un plan périnatal pour l'équipement des ES
- 1991 : Pr Nizan
 - « On ne sait qu'une grossesse est normale que deux heures après l'accouchement ».
- 1994 : les décrets d'anesthésie : SSPI vs SdN
 - Suite à un gros travail d'harmonisation et protocolisation de l'anesthésie
 - Des normes en équipements
 - Des normes en ressources humaines

Un succès qu'on leur envie

Le paradigme du « tout à l'hôpital » - 2

- **1998 : décrets de périnatalité : même logique avec des normes en ressources humaines moins précises**
 - L'exercice de l'obstétrique doit être autorisé et sont autorisés les ES qui....
 - La fermeture de très petites maternités
 - La mise en réseau de maternités avec TIU
- **TIU : une fissure dans le paradigme ?**
 - L'évaluation de la situation est possible avant décision de transfert.
 - Nous avons appris à gérer le risque du transport

2004-2007 : Plan de périnatalité : Humanité, proximité, sécurité, qualité

- *Sécurité*

Pour des « sites d'accouchement garantissant qualité et sécurité » :

« La sécurité de la naissance, pour la mère et l'enfant, suppose que l'obstétrique soit exercée dans une structure dont l'activité est suffisante pour disposer d'équipes compétentes, disponibles 24 heures sur 24 et réactives à l'urgence dans les disciplines de gynécologie obstétrique, chirurgie, anesthésie réanimation et pédiatrie. »

→ Pas de changement de paradigme

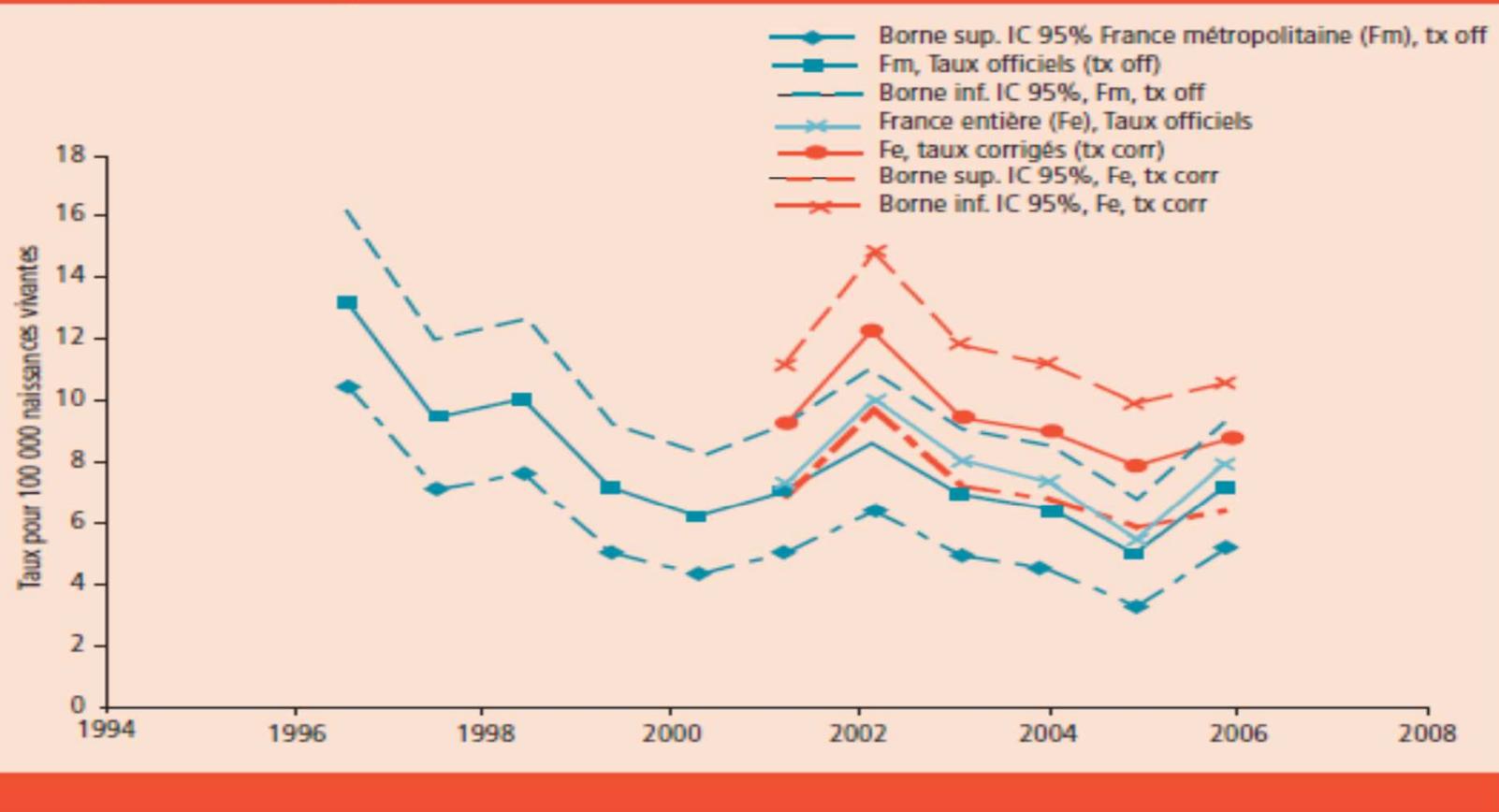
La gestion des risques en établissement de santé en 2012...

- Des pratiques a priori (de prévention) :
 - Cartographie des risques en secteur à risques
 - RCP en cancérologie
 - Certification et Patient traceur
- Des pratiques a posteriori (gestion)
 - Évènement indésirable grave en obstétrique (en cours de définition)
 - Indicateurs IPAQSS
 - Revues de morbi-mortalité en périnatalité
 - Déclaration d'EI

et tout ça en réseaux

Des résultats en demi-teinte

Figure 1 Évolution des taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes, France, 1996-2006 : taux officiels France métropolitaine et taux corrigés France entière.
Figure 1 Trends in maternal mortality ratios per 100,000 live births, France 1996-2006 : official rates in metropolitan France and adjusted rates whole France.



Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006, Monica Saucedo, Catherine Deneux-Tharaux, Marie-Hélène Bouvier-Colle, BEH ; 19 janvier 2010 / no 2-3

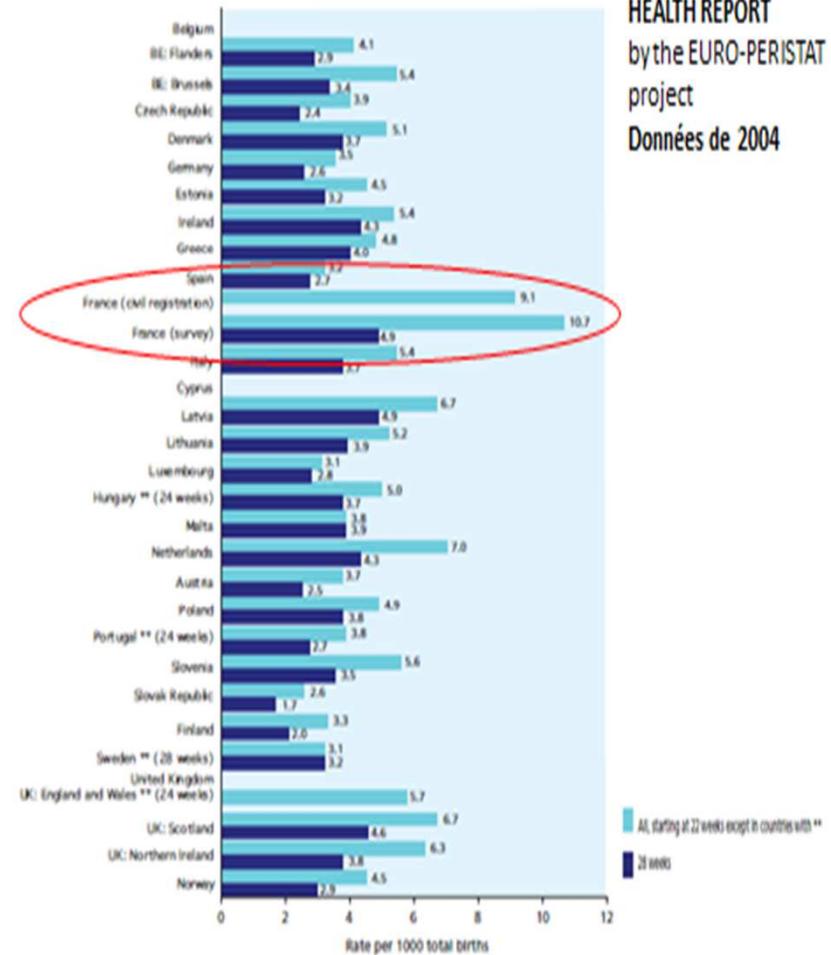
Des résultats en demi-teinte sur la mortalité périnatale

Figure 7.4 Early and late neonatal mortality rates per 1000 live births



EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT
by the EURO-PERISTAT project
Données de 2004

Figure 7.1 Fetal mortality rate per 1000 total births



EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT
by the EURO-PERISTAT project
Données de 2004

Mortalité néonatale précoce (< 8 jrs) et tardive (< 28 jours)

Mortalité foetale ≥ 22 sa et ≥ 28 sa

Approche de la qualité et de la sécurité
en Maïeutique

Vanessa FOLLOT-EKODO

Master recherche en Ergonomie - 2010

Deux démarches (et outils) d'évaluation de l'amélioration des soins

I- centré sur la sécurité des soins

- Par la gestion des risques
- Par la diminution des Événements Indésirables.
- Une approche systémique de la sécurité
- La culture de sécurité et de signalement (Occelli, Quenon, Hubert, Hoarau, Pouchadon, et al., 2007 ; Daniellou, Simart, Boissières, 2010)

La mobilisation des professionnels de santé autour des problématiques de la sécurité, de gestion des risques entretient une pensée sécuritaire.

Deux démarches (et outils) d'évaluation de l'amélioration des soins

II- centré sur la qualité des soins.

1. Définition de la qualité intégrant la sécurité, l'efficacité, l'accessibilité, l'équité, l'efficience et la réactivité.

La « réactivité » est la sensibilité du système de santé à la demande du patient : le respect, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix. IOM (Institut of Occupational Medecine), 2001.

2. L'éclairage des « relations de service » : deux modèles de relations

- un modèle traditionnel, centré sur le praticien-expert
- un modèle plus participatif, centré sur le patient, où le praticien développe une activité de conseil.

La relation de service : le modèle traditionnel et le modèle réflexif

Contrat traditionnel	Contrat réflexif
Je me place dans les mains du professionnel et, ce faisant, je bénéficie d'un sentiment de sécurité fondé sur ma foi en lui.	Je rejoins le professionnel dans l'effort pour donner de la signification à mon problème, et, ce faisant, je bénéficie d'un sentiment de participation et d'action accrues.
J'ai le confort d'être en de bonnes mains. Je dois simplement suivre ses avis et tout ira bien.	Je peux exercer un certain contrôle sur la situation. Je ne suis pas totalement dépendant de l'autre ; lui aussi dépend d'information et d'actions que moi seul peux fournir et entreprendre.
Il m'est agréable d'être servi par la meilleure personne disponible.	Il m'est agréable de pouvoir tester mon jugement sur ses compétences. Je prends plaisir à la découverte de ses connaissances, des processus de sa pratique et de moi-même.

Deux démarches (et outils) d'évaluation de l'amélioration des soins II- centré sur la qualité des soins.

3. Le « Care » = approche centrée sur le patient.

– Se distingue du « cure » ?

« Cure » = le traitement de symptômes physiques d'une façon quantifiable et la définition de la guérison à partir d'indices objectifs (De Valck, Bensing, Bruynooghe, Batenburg, 2001).

– Care = **modèle « biopsychosocial » de la médecine** (dimensions psychologiques et sociales et les symptômes physiques).

– **Le Care et le « cure » :**

- soit l'application d'un traitement imposé par le praticien à partir des recommandations fondées sur les preuves, considérant un corps «moyen»
- soit un traitement construit dans un partenariat entre le patient et le praticien, respectant les valeurs et les préférences du patient, informé par les preuves (Mollo & Falzon, 2009)
- Les deux attitudes peuvent se retrouver dans le même métier

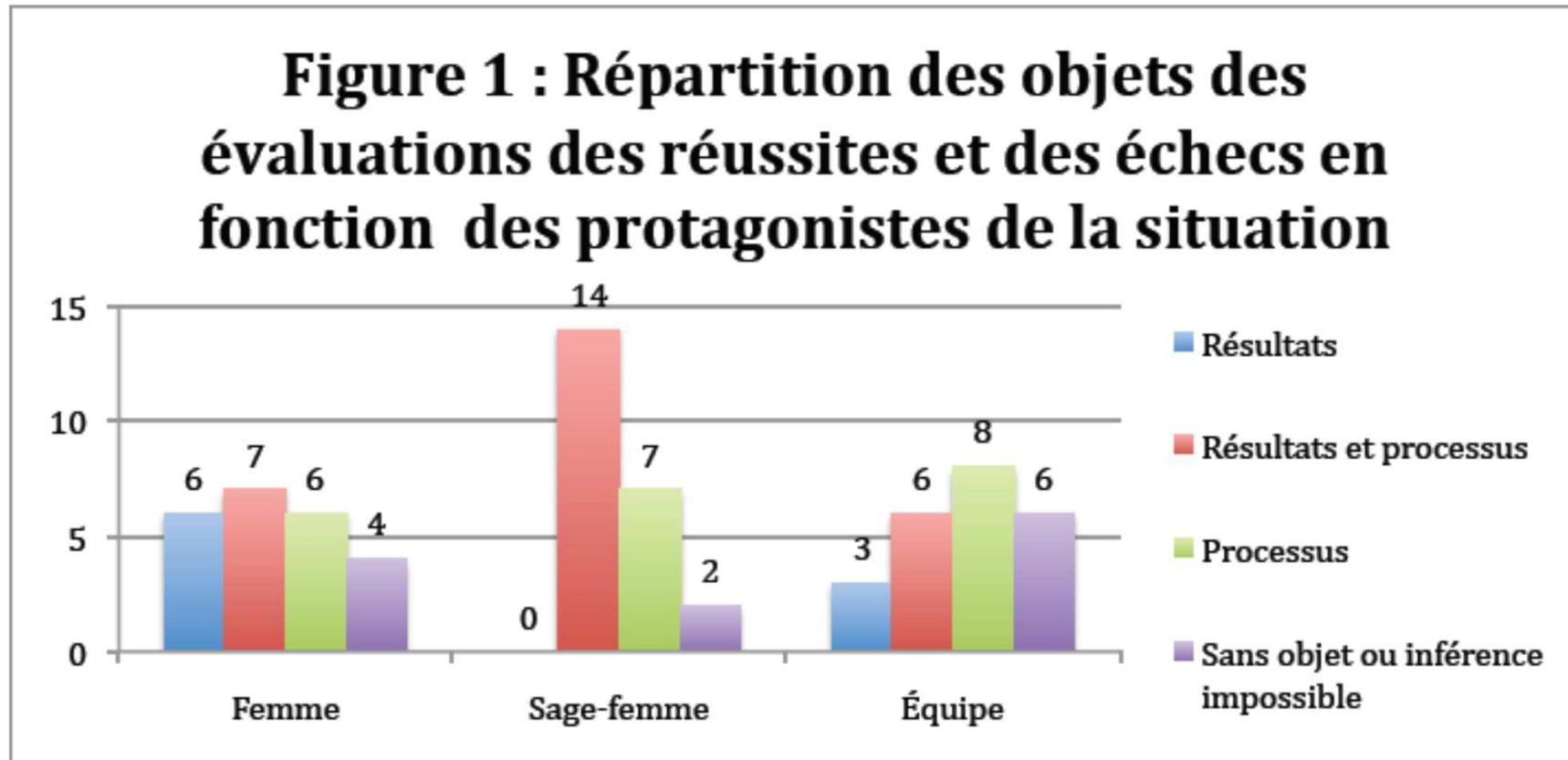
	No-Care	Care
Modèle de l'autre	Corps « moyen » (approche statistique)	Individu dans sa globalité, seul expert de ses désirs
Cure	Traitement du corps « moyen », basé sur les recommandations fondées sur les preuves	Traitement ciblé, nécessaire ajusté, choisi par le patient, satisfaisant le patient et le praticien
Prévention	Aucune action de prévention	Actions de prévention
Activité	Diagnostic	Conseil
Champ d'action	Restreint	Élargi (contexte, famille, culture, professionnel, social)
Vécu psychologique	Pas de prise en compte	Prise en compte du vécu psychologique
Valeurs, attentes, préférences	Pas de prise en compte	Prise en compte valeurs, attentes, préférence
Communication	Style directif	Style non directif
Attitude	Experte, centrée sur le praticien ou le malade	Participative centrée sur le « patient »
Affectif, émotionnel / Compétences et	Détachement personnel	Empathique

L'étude

- Quel arbitrage entre la qualité et la sécurité en Maïeutique propre à cette discipline ?
- Déclarations de SF sur des expériences professionnelles personnellement vécues, avec 7 items :
 - Contexte, évaluation de réussite ou d'échec, représentation du risque, prise en charge réalisée, transformations de la situation envisagée à titre individuel ou collectif, causes de la situation, transformations de ses pratiques professionnelles suite à la situation racontée.
- Analyse des déclarations des SF identifiant des règles d'actions classées :
 - Pour assurer la sécurité (éviter les pathologies, les complications, etc.),
 - Pour obtenir la qualité intrinsèque (assurer le bon vécu, des échanges satisfaisants, règles d'« excellence» définies comme importante pour la profession, règles liées aux facteurs organisationnels, etc.),
 - des règles de « qualité – sécurité » permettant d'atteindre ces 2 objectifs.

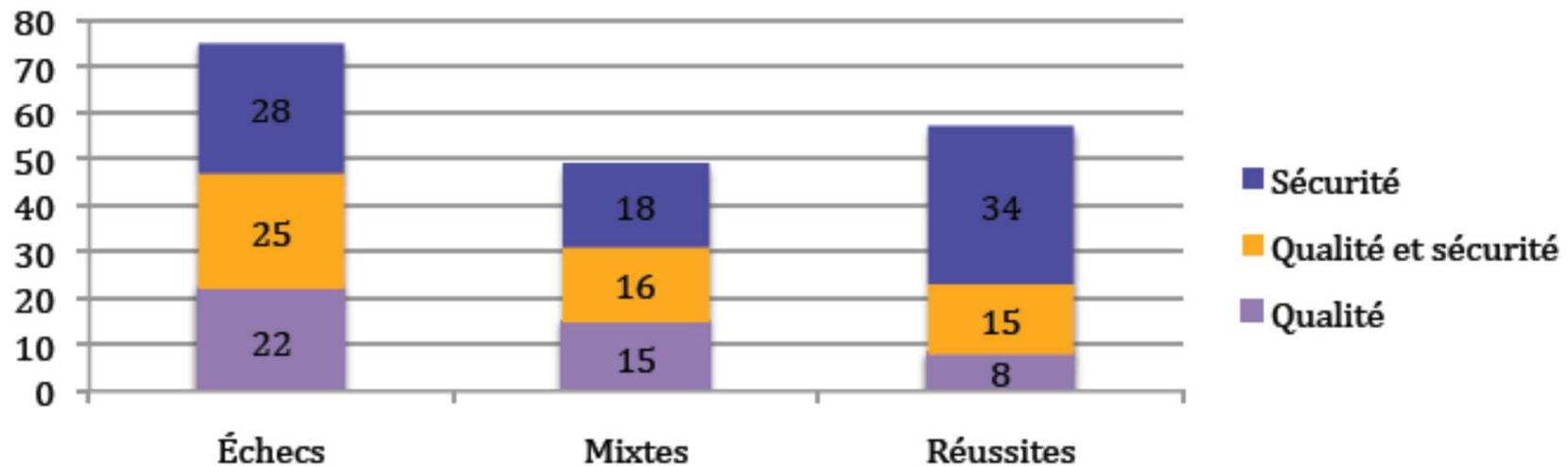
Les résultats 1

- Une faible adhésion au processus de signalement.
- Les sages-femmes n'ont jamais jugé la réussite uniquement à partir des résultats.



Les résultats 2

Figure 2 : Répartition des règles de qualité et / ou sécurité dans les différents types de PEC



Prédominance de description de situations d'urgence

La sécurité intervient comme un **prérequis** sans lequel la qualité de prise en charge ne peut être atteinte.

Les résultats 3

- La qualité intrinsèque vue par les SF dépend aussi de facteurs organisationnels tels qu'« organiser le système périnatal de façon optimale »
- Très forte incidence de l'approche par le Care : 21/23 déclarations.
- Plus de la moitié des situations, les SF ont dénoncé le manque de « care » de la prise en charge.
- Dans la moitié des situations, on relève qu'elles ont eu à l'égard de leurs patientes une approche orientée par le «care»

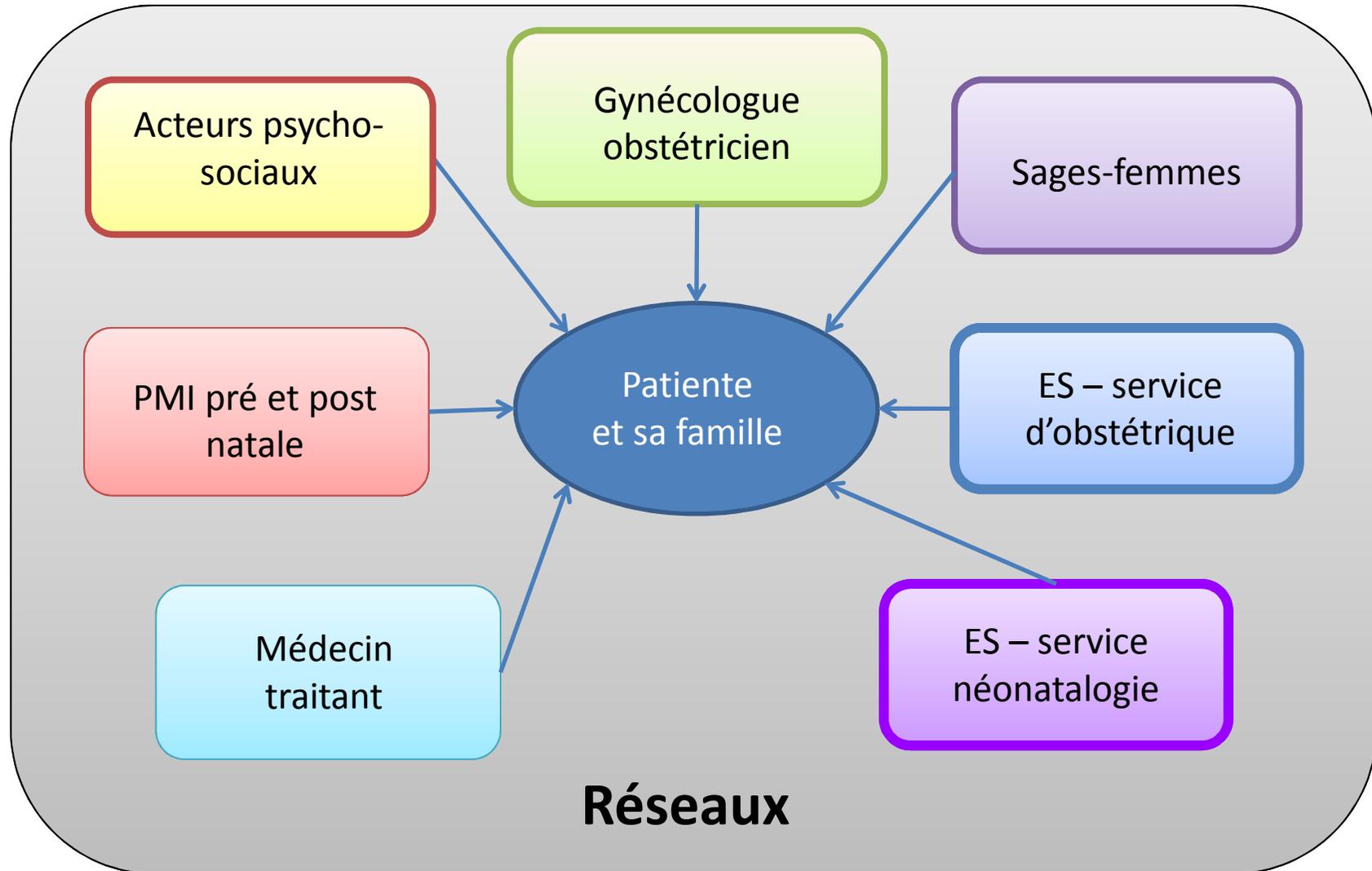
« C'est la façon dont on obtient les résultats qui prévaut et [...] le « care » fait partie intégrante du processus permettant de valider la réussite. »

Et la gestion des risques...

- La gestion du risque / SF intègre **le care et des facteurs organisationnels.**
- Une gestion de l'interaction par le care contribue à la sécurité des patients, grâce à :
 - la mise en place d'un climat serein propice à **l'observance** des traitements et/ou le **recueil d'informations intimes**, qui permet d'éviter le risque de complications,
 - la prise en compte des **valeurs et attentes des patients** qui garantit leur satisfaction et limite le risque psychologique.

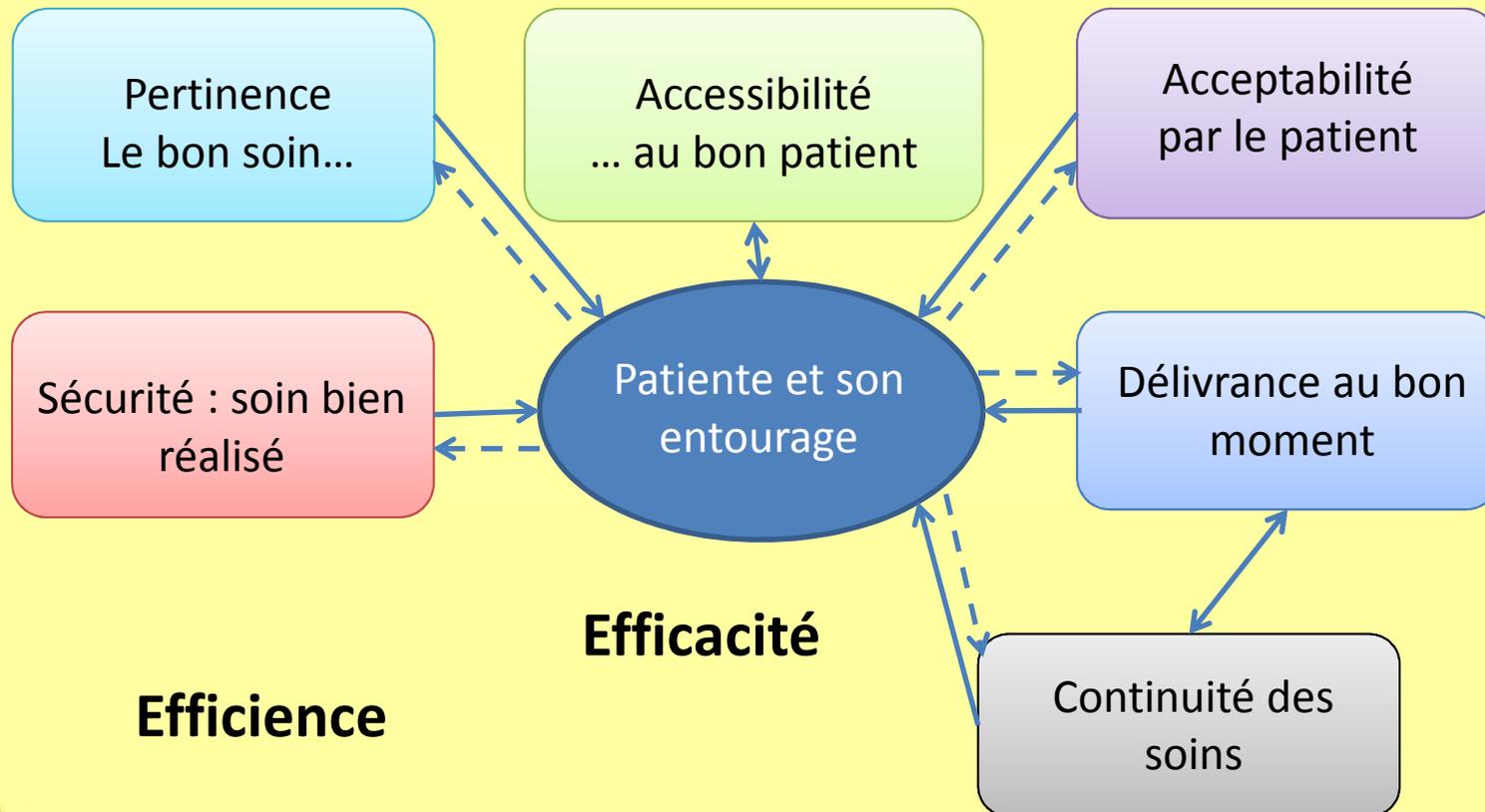
En conclusion,
un nouveau paradigme...

La périnatalité



La patiente actrice de sa prise en charge

Qualité et Sécurité des Soins et l'usager



La promotion de la santé

- La promotion de la santé (OMS, charte d'Ottawa, 1986)

C'est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »

- 5 grands axes pour agir :

4. Acquisition d'aptitudes individuelles. Donner aux gens davantage de possibilités de contrôle [...] et de les rendre mieux aptes à faire des choix judicieux.

5. Réorientation des services de sante sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

Le choix de l'utilisateur

- OMS, charte de l'accouchement

« 3- La communauté dans son ensemble devrait être **informée** des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que **chaque femme puisse opter** pour celle qui lui convient le mieux. », Fortaleza Brésil, 22-26 Avril 1985

- Charte des droits de la parturiente

Journal officiel des communautés européennes, 8 juillet 1988

« Le parlement européen [...] demande en outre, [...] **le libre choix de l'hôpital et des modalités** (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant.

Le nouveau paradigme pour la sécurité et la qualité en périnatalité

1. Le double but des soins périnataux par les sages-femmes :
 - Déterminer le niveau de risque d'une femme et de son enfant à naître,
 - Soutenir sa confiance en sa capacité d'accoucher et celle du couple à accueillir cet enfant.
2. Un droit inaliénable de la femme et du couple de choisir sa façon d'accoucher.
3. La qualité de la coopération au sein du réseau fait la sécurité de la filière

Merci de votre attention