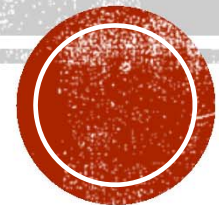


# La salle de naissance, Un secteur à risque?

Martine MOUGEOT (Directeur des soins- Metz)

Ghada HATEM-GANTZER (obstétricien)

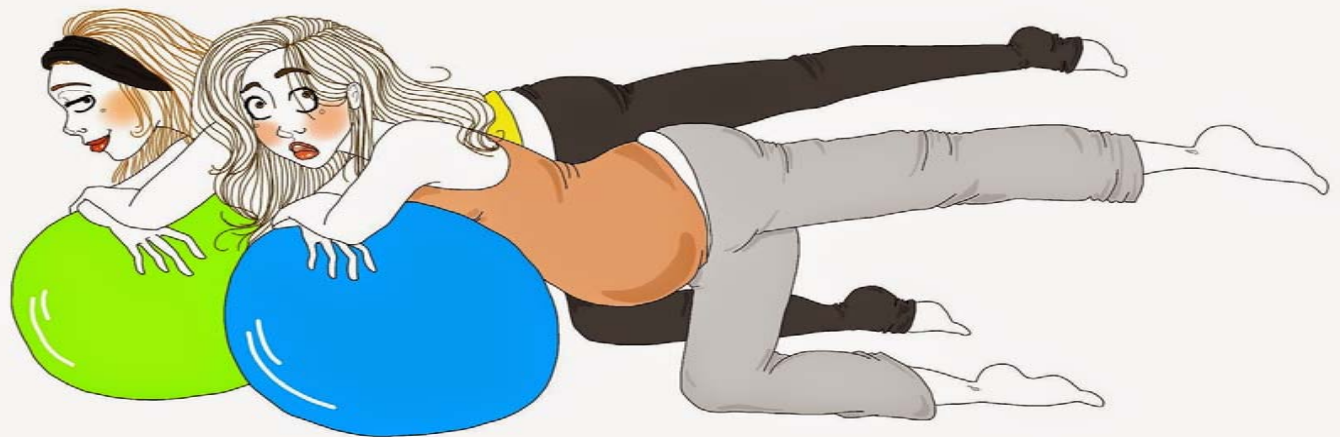


Journée de l'AFEV Paris le 11/12/2015

# En obstétrique: 2 postures

« Grossesse  
n'est pas une  
maladie »

*Si on m'avait dit qu'il fallait que  
je sois enceinte jusqu'aux yeux pour  
vraiment me mettre à la gym!*



Accompagnement de la physiologie  
Veille continue sur l'apparition d'une pathologie

# 3 types de maternité répartis sur le territoire

(qui sont en fait des niveaux de soins pédiatriques)

- **Type 1**
  - Patientes enceintes de plus de 36 à 37 semaines selon les structures
  - Fœtus eutrophes, sans pathologie nécessitant une prise en charge immédiate
- **Type 2A (pédiatre d'astreinte)/ 2B (Unité soins intensifs, pédiatre sur place)**
  - Patientes enceintes de plus de 32 semaines
  - Fœtus hypotrophes modérés
- **Type 3 (Réanimation néonatale)**
  - Patientes enceintes de moins de 32 semaines
  - Fœtus présentant une pathologie nécessitant une prise en charge immédiate (cardiaque, chirurgicale...)
- (Type 3 + ou 4: réanimation adulte)



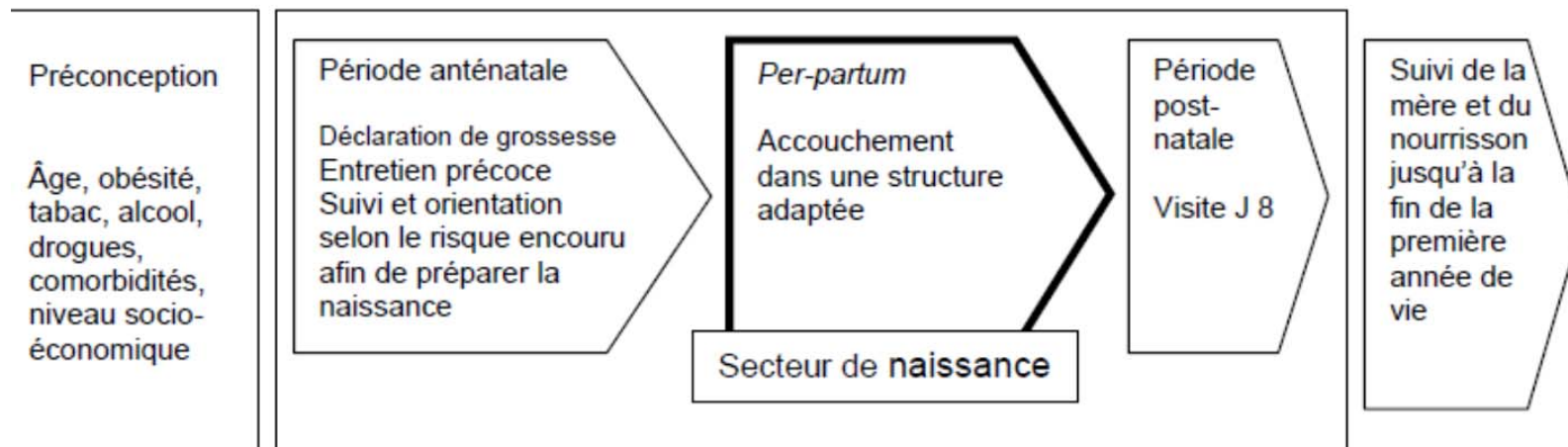
# Des organisations différentes entre public et privé

- Problématiques de leadership
- Staffs quotidiens ou décisions personnelles non partagées
- Dossier commun ou propriété du médecin
- Disponibilité et partage de l'information
- Disponibilité des équipes médicales
- Respect des RPC: Protocoles partagés/ Politiques individuelles de prise en charge
- Gestion qualité institutionnelle/ Certification individuelle «Gynerisq»



# Périmètre salle de naissance

Figure 1. Les grandes étapes de la prise en charge de la périnatalité



# La salle de naissance un lieu à part...



→ **PC multiples** : Obstétrique, Néonatalogie, Chirurgie

- Consultations
- PC Urgences(tes)
- Pré-travail, Travail
- Accouchement , Délivrance
- Surveillance Mère- Enfant(s)

→ **Environnement complexe:**

- Humain: Nombreux intervenants, différentes spécialités et corps de métier
- Technique: Locaux- matériels- Supports

→ **Environnement « Imprévisible »:** programmation illusoire ou partielle



**Un processus «entrée simple/sortie double»  
ou... 2 patients pour le prix d'un, risques x 2**



## Risques en salle de Naissance



# Où sont-ils?

💣 Risques liés à la programmation de l'activité

💣 Risques liés à l'admission

💣 Risques liés à la surveillance du travail

💣 Risques liés à la naissance (Accouchement puis Délivrance)

💣 Risques liés au post-partum immédiat ( mère et nouveau-né)





# Conformités en salle de naissance 1

## Précisés par les décrets de périnatalité

- **Locaux** = Si le nombre annuel d'accouchements est compris entre 500 et 1 000 accouchements, le nombre minimum de salles est de 2 pour les salles de travail et de 1 pour les salles de prétravail.
- Si le nombre annuel d'accouchements est compris entre 1 001 et 1 500, le nombre minimum de salles est de 3 pour les salles de travail et de 2 pour les salles de prétravail.
- Si le nombre annuel d'accouchements est compris entre 1 501 et 2 000, le nombre minimum de salles est de 4 pour les salles de travail et de 2 pour les salles de prétravail.
- Si le nombre annuel d'accouchements est compris entre 2 001 et 2 500, le nombre minimum de salles est de 5 pour les salles de travail et de 3 pour les salles de prétravail.
- Si le nombre annuel d'accouchements est compris entre 2 501 et 3 000, le nombre minimum de salles est de 6 pour les salles de travail et de 3 pour les salles de prétravail.
- Au-delà, 1 salle pour 1000 accouchements supplémentaires



# Conformités en salle de naissance 2

## Précisés par les décrets de périnatalité

- **RH** en salle de naissance: 1 SF 24h/24 pour 1000 accouchements (5,64 ETP), puis 1 ETP supplémentaire dans l'effectif pour chaque tranche de 200 accouchements supplémentaires. 1 cadre SF pour 2500 naissances (pas de recos cadres pour les autres secteurs)
- **Equipement** en pré-travail: fluides médicaux (O<sub>2</sub> et air), vide, dispositifs assurant oxygénothérapie, surveillance TA, RCF. Système d'appel pour le personnel
- Equipement en SDN: table d'acct, sonnette, RCF, perfusion automatisée, surveillance automatique de la TA, oxygénothérapie, ventilation au masque, chariot d'anesthésie pour AG, scope, fluides, matériel à péridurale, Hémocue , pHmètre (non obligatoire)
- Pour 1 à 4 salles de naissance: 1 dispositif mobile pour ventilation artificielle adulte avec contrôle continu pressions ventilatoires et alarmes. A appareil supplémentaire au delà de 4 salles



# Conformités en salle de naissance 3

- Dispositifs d'urgence: pour intubation trachéale, pour contrôle continu de la saturation du sang maternel en oxygène, pour le contrôle continu de la concentration en gaz carbonique expiré si patiente intubée
- 1 échographe au delà de 1500 naissances
- Chariot d'urgence, chariot hémorragie de la délivrance
- Pharmacie: médicaments Maman/ Bébé, stocks et péremptions (SDN et urgences), médicaments au frigo et congélateur (Propess): relevés des températures
- Continuité des soins: listes de gardes et astreintes, y compris chirurgicales
- Salle de césarienne = bloc opératoire, à proximité immédiate, réa bébé
- Sécurité transfusionnelle: dépôt de sang, liens EFS, délais et modalités d'acheminement du sang
- **Vérifications quotidiennes:** stocks matériel, cahiers de traçabilité de salle, check-list pour l'ensemble des équipements



# Conformités en salle de naissance 4

## Précisés par les décrets de périnatalité

Les locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés sont dotés d'au moins 2 tables de réanimation et des dispositifs médicaux adaptés aux nouveau-nés permettant :

- le maintien de l'équilibre thermique ;
- l'aspiration et la ventilation manuelle au masque ;
- le contrôle continu de la saturation en oxygène du sang ;
- l'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré ;
- l'intubation trachéale ;
- le cathétérisme ombilical ;
- la perfusion automatisée ;
- les prélèvements pour analyses bactériologiques, hématologiques et biochimiques ainsi que le dosage de la glycémie par bandelettes réactives.

Ces locaux sont équipés des fluides à usage médical, oxygène et air médical, ainsi que du système d'aspiration par le vide.

La ventilation artificielle avec un appareil adapté au nouveau-né, permettant le contrôle continu des pressions ventilatoires, muni d'alarmes de surpression et de débranchement et permettant également le contrôle continu de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré, est disponible rapidement.

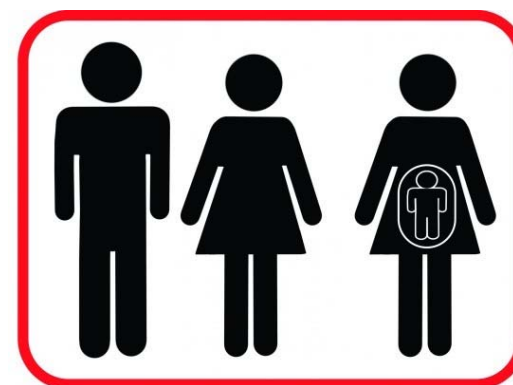


# Le circuit de la patiente pas à pas



# Les étapes en salle de naissance

- L'**entrée**: pré-travail, salle de naissance, bloc césarienne/ urgence ou programmé
- Le **travail**: physiologie/dystocie/ gestion des **urgences** pendant le travail
- Gestion de la **douleur**
- L'**accouchement**
- La **délivrance** et l'hémorragie de la délivrance
- Le **placenta**: pièce anatomique (DASRI ou foetopath)
- L'accueil et la réanimation du **nouveau-né**
- La mise en route de l'**allaitement**
- Le **papa**
- La **sortie**:
  - Maman: retour en unité d'hospitalisation ou réanimation ou transfert embolisation
  - Bébé: avec maman, en néonatalogie ou réanimation
- Le **bébé décédé: déclaration, obsèques**



# Entrée

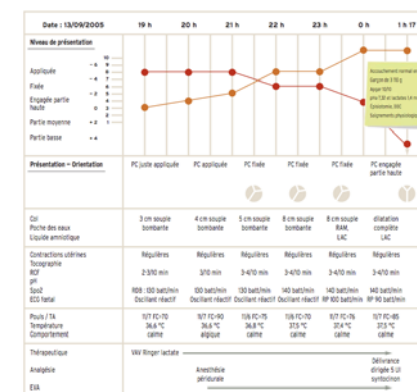
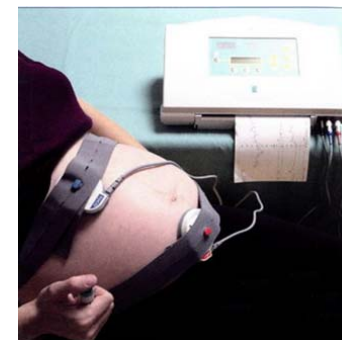


- **En salle de naissance**
  - Disponibilité des informations: suivi de grossesse, sérologies, groupe sanguin
  - Consentements éclairés: césarienne, déclenchement, siège
  - Circuit du dossier: archives (avec la patiente, avec le docteur)
  - Vérifications d'identité: bracelet, contrôles
  - Conditions d'accueil: intimité, confidentialité
  - PPS: projet de naissance? Informations (péridurale, siège, césarienne)?
- **Au bloc opératoire (césarienne programmée)**
  - Vérifications d'identité, bracelet
  - Transmission des informations: SF/Gynéco/anesthésiste
  - Check-list
  - SSPI: papa/maman/bébé



# Surveillance du travail

- Listes de gardes, et d'astreinte, modalités d'appel en urgence
- Disponibilité de l'équipe en urgence: Gynéco-obs/ Anesth/ Pédiatre
- Accès au bloc en urgence: localisation conforme ou procédure spécifique
- Formation des personnels: analyse du RCF, postures pendant le travail, réanimation du nouveau-né
- Accès à des protocoles actualisés
- Codes vestimentaires et identification des personnels
- Procédure urgences vitales
- Codes Césarienne: rouge, vert et orange
- Appartenance à un réseau de périnatalité
- Procédures de transfert in utero du bébé (dans sa maman!) selon le niveau de maternité
- Présence d'un partogramme (Recos HAS): outil médico-légal
- Délais des résultats pour des examens biologiques en urgence
- Gestion de la douleur: péridurales (taux), acupuncture, homéo, PCEA
- Prévention du Strepto A et port du masque dès que les membranes sont rompues

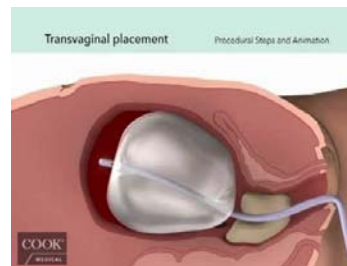


Partogramme : travail et accouchement normaux chez une primipare.



# Accouchement et délivrance

- Tenue adaptée: protection AES
- Disponibilité du matériel: trousse accouchement, forceps, ventouses, pack épisiotomie, pack vérification de la filière génitale
- Identité bébé: 2 bracelets (bonnes pratiques)
- Protocole hémorragie de la délivrance
- Caisse ou chariot HDD/ Sonde de Bakri/ Accès embolisation
- Possibilité d'une chirurgie d'hémostase
- Possibilité de renforts (astreinte, chirurgien)
- Accès imagerie: IRM, Scanner
- Circuit du placenta (déchet, anapath)



## Attention

je porte TOUJOURS un masque dès que les membranes sont rompues, pour examiner la patiente



# Le nouveau-né

- Réanimation (matériel, formation)
- Identito: double bracelet
- Surveillance immédiate
- Prise en charge de la douleur (forceps...)
- Bientraitance: soins en salle d'accouchement, allaitement en SDN, peau à peau (protocole)



# Protocoles prises en charge spécifiques

- Fœtopathologie
- Accouchement sous X
- Décès maternels
- Mort in utero
- Accouchement prématurissime, protocole soins palliatifs



# Démarche de prévention des risques

- Risques RH:
  - Nombre, remplacements, renforts, intégration des nouveaux arrivants
  - Formations, Simulation, Protocoles, Documentation maîtrisée
- Risques organisation interne: règlement intérieur, fiches de postes et fonctions, listes de garde et astreinte
- Risques interfaces: circuit prélèvements et résultats, examens radio, transferts vers autres secteurs, transmissions entre professionnels
- Risque matériel: maintenance préventive et curative, hot-line (centrale RCF)
- Risque « instruments »: cf bloc, disponibilité, stérilisation
- Risque hémorragique: procédures transfusionnelles, chariot HDD, compétence chir
- Evaluation: RMM, CREX, staffs quotidiens, IQSS, staff césar, analyse EIG par secteur



# **Implication d'équipe dans une Culture Sécurité**

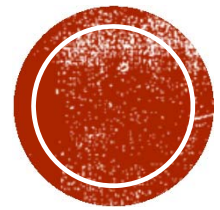


**Charte de la salle de Naissance / MAQ/ Protocoles**

**Et aussi...**



**Apprentissage/ Simulation**



# **La salle de naissance à l'épreuve de l'Audit de Processus**



## ÉLÉMENTS D'INVESTIGATION OBLIGATOIRES

Orientations stratégiques prenant en compte le niveau de risque foëto-maternel selon le type de maternité et formalisant les collaborations inter-établissemments adaptées

Identification, analyse et hiérarchisation des processus à risques (processus interventionnels, supports, etc.), support de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance.

Organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, etc.) permettant la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires, etc.).

Démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité.

Organisation et interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.

Régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.).

Pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

Traçabilité organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc.).

Recueil et analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience.

Dispositif d'évaluation et suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais, etc.).

Actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus.





# P1

Sous-étapes du processus	Attendus PDCA	Phrases types du rapport	<b>Commentaires : prendre en compte, pour chaque thématique, les EIO qui s'y rapportent.</b> <u>Les éléments d'investigation obligatoires (EIO)</u> sont des points de passage obligés visant à garantir que chaque thématique est investiguée identiquement, sous tous ses angles, par tout expert-visiteur, dans tout établissement. Eléments structurants, notamment lors de l'entretien avec les pilotes du processus, ils sont obligatoirement investigués par l'EV qui doit en faire mention dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart
<b>P1.</b> <b>Définition de la stratégie</b>  <i>A discuter avec les pilotes</i>	<b>a) Identification et analyse des missions et des risques</b>	Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quelles sont vos missions et activités principales ?</li> <li>✓ Quelles données avez-vous exploitées (décisions V2010 ? IQSS ? EPP ? évaluations internes ?) ?</li> <li>✓ Avec le CQ, avez-vous identifié vos principaux risques ? quels sont-ils ? pourquoi ?</li> <li>✓ Comment avez-vous procédé pour identifier les principaux (criticité/maîtrise) ?</li> <li>✓ Cette analyse de risques a-t-elle été réalisée avec les professionnels ?</li> <li>✓ Avez-vous établi des plans d'actions prioritaires sur vos principaux risques ?</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avez-vous établi une stratégie : quels sont vos objectifs et priorités d'action au regard des risques identifiés ?</li> <li>✓ Qui les a choisis ? le « Top management » seulement ou en association avec les professionnels ?</li> </ul>
	<b>b) Identification des objectifs</b>	Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La stratégie est-elle validée par les instances ?</li> <li>✓ Comment est-elle communiquée aux professionnels ?</li> <li>✓ Avez-vous établi un programme d'actions institutionnel qui centralise, priorise et articule l'ensemble de vos plans d'action ?</li> <li>✓ Avez-vous établi les modalités de mise en œuvre du programme : objectif(s), action(s), responsables(s), échéances, modalités de suivi (indicateurs, tableaux de bord, etc.) ?</li> <li>✓ Quelle articulation faites-vous entre CQ et PAQSS ?</li> </ul>



# P2

<p><b>P2.</b> <b>Organisation interne</b></p> <p><i>A discuter avec les pilotes</i></p>	<p><b>a) Rôles et responsabilités</b></p>	<p>L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quelle organisation avez-vous établie pour mettre en œuvre votre programme ? est-elle formalisée ?</li> <li>✓ Quels sont les pilotes ? comment les avez-vous choisis ?</li> <li>✓ Quelles sont leurs missions ? sont-elles formalisées ?</li> <li>✓ Comment sont définis les rôles et les responsabilités des professionnels ?</li> </ul>
<p><b>P2.</b> <b>Organisation interne</b></p> <p><i>A discuter avec les pilotes</i></p>	<p><b>b) Identification des besoins et ressources nécessaires</b></p>	<p>Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les <u>ressources humaines</u> (effectif, formation, etc.), <u>matérielles</u> (locaux, équipements, maintenance, etc.) et <u>documentaires</u> (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.</p>	<p>Au regard des objectifs que vous vous êtes fixés dans votre stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quels sont vos besoins en RH ? comment vous organisez-vous pour y répondre ? (plan de formation, campagnes de recrutement, etc.) ?</li> <li>✓ Quels sont vos besoins en locaux, matériel et équipements ? comment vous organisez-vous pour y répondre ? (programme de travaux, programme d'achat, plan de maintenance, etc.) ?</li> <li>✓ Avez-vous structuré vos ressources documentaires ? Les règles et procédures sont-elles définies, formalisées et validées ? Avez-vous établi un dispositif structuré de gestion documentaire ?</li> <li>✓ Comment structurez-vous le système d'information ? comment organisez-vous la coexistence de supports papier / informatique ?</li> </ul>



# D1

Sous-étapes du processus	Attendus PDCA	Phrases types du rapport	<b>Commentaires : prendre en compte, pour chaque thématique, les EIO qui s’y rapportent.</b> <u>Les éléments d’investigation obligatoires (EIO)</u> sont des points de passage obligés visant à garantir que chaque thématique est investiguée identiquement, sous tous ses angles, par tout expert-visiteur, dans tout établissement. Eléments structurants, notamment lors de l’entretien avec les pilotes du processus, ils sont obligatoirement investigués par l’EV qui doit en faire mention dans le rapport qu’il s’agisse d’une conformité ou d’un écart
<p><i>D1</i>  <b>Mobilisation des équipes pour mise en œuvre opérationnelle</b></p> <p><i>A discuter avec le management de proximité et/ou les professionnels de terrain</i></p>	<p><b>a) Existence de plans d’action propres aux secteurs en déclinaison du programme d’actions institutionnel</b></p> <p><i>A discuter avec le management de proximité</i></p>	<p>Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d’action opérationnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Qui est chargé du déploiement opérationnel du programme dans le(s) secteur(s) ?</li> <li>✓ Quels sont les objectifs assignés au(x) secteur(s) ? comment ont-ils été établis ?</li> </ul>
	<p><b>b) Sensibilisation régulière des professionnels sur les objectifs de leur secteur</b></p> <p><i>A discuter avec les professionnels de terrain</i></p>	<p>Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les professionnels ont-ils été sollicités pour l’identification des risques et le choix des plans d’actions prioritaires (mobilisation pour le CQ) ?</li> <li>✓ Sont-ils informés des risques principaux et priorités retenus ?</li> <li>✓ Cela correspond-il aux risques et priorités qu’eux auraient choisis spontanément ?</li> </ul>



# D1 BIS

<p><i>D1</i> <b>Mobilisation des équipes pour mise en œuvre opérationnelle</b></p>	<p><b>c) Evaluation périodique des activités et information des professionnels sur leurs résultats</b></p>	<p>Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quelles actions périodiques d'évaluation et d'amélioration par le secteur d'activité (notamment indicateurs, EPP, CREX, RMM, déclarations d'EI, etc.) ?</li> <li>✓ Les professionnels sont-ils informés de leurs résultats ?</li> </ul>
<p><i>A discuter avec le management de proximité et/ou les professionnels de terrain</i></p>	<p><b>d) Identification d'actions correctives avec les professionnels</b></p>	<p>Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Au regard des résultats, qui identifie les actions correctives ?</li> <li>✓ Les professionnels sont-ils associés au choix des actions ?</li> </ul>



# D2

<p><b>D2</b> <i>Disponibilité des ressources en compétences, documents, matériel ....</i></p> <p><i>A voir et discuter avec les professionnels de terrain</i></p>	<p><b>Disponibilité des compétences</b></p>	<p>Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les effectifs et compétences sont-ils suffisants pour l'activité ?</li> <li>✓ Les professionnels sont-ils formés périodiquement ?</li> <li>✓ Comment intégrez-vous les nouveaux arrivants ?</li> </ul> <p>Exemple : « quelle formation avez-vous suivi récemment ? qu'en avez-vous retenu ? qu'en faites-vous au quotidien ? »</p>
	<p><b>Disponibilité des documents</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quels sont les documents utiles à votre activité ?</li> <li>✓ Avez-vous participé à leur élaboration ?</li> <li>✓ Ont-ils été actualisés récemment ?</li> </ul>
<p><b>D2</b> <i>Disponibilité des ressources en compétences, documents, matériel ....</i></p> <p><i>A voir et discuter avec les professionnels de terrain</i></p>	<p><b>Disponibilité des ressources matérielles</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Les locaux sont-ils conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité ?</li> <li>✓ Les équipements et matériels sont-ils disponibles, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité ?</li> <li>✓ Les outils informatiques sont-ils disponibles et adaptés ?</li> <li>✓ Comment assurez-vous l'entretien et la maintenance ?</li> </ul>



# D3

**D3.**  
**Effectivité de  
la mise en  
œuvre**

**A discuter  
avec les  
professionnels  
de terrain**

**Description de  
la mise en  
œuvre effective  
& traçabilité**

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement interface.  
Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.  
La traçabilité des actions et activités est assurée.

Il s'agit ici de décrire concrètement le fonctionnement quotidien sur la thématique.

- ✓ Comment se déroule la prise en charge du patient au sein du secteur ?
- ✓ Les procédures établies sont-elles mises en œuvre ?
- ✓ Les circuits établis sont-ils respectés ? sécurisés ?
- ✓ Comment fonctionne le secteur ?
- ✓ Comment et sur quoi assurez-vous la traçabilité des activités ?
- ✓ Avec quel(s) secteur(s) travaillez-vous ?
- ✓ Les interfaces avec les autres secteurs sont-elles opérationnelles ? comment ?
- ✓ Les instances sont-elles opérationnelles ? comment fonctionnent-elles ? quel rôle ? quelle fréquence de réunions ? existe-t-il des comptes rendus ? sont-ils diffusés ?



# C

Sous-étapes du processus	Attendus PDCA	Phrases types du rapport	<p><b>Commentaires : prendre en compte, pour chaque thématique, les EIO qui s'y rapportent.</b></p> <p><u>Les éléments d'investigation obligatoires (EIO)</u> sont des points de passage obligés visant à garantir que chaque thématique est investiguée identiquement, sous tous ses angles, par tout expert-visiteur, dans tout établissement. Eléments structurants, notamment lors de l'entretien avec les pilotes du processus, ils sont obligatoirement investigués par l'EV qui doit en faire mention dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart</p>
<p><i>Evaluation du fonctionnement du processus</i></p> <p><i>A discuter avec les pilotes</i></p>	<p><b>Dispositif d'évaluation périodique du processus</b></p>	<p>L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Quelles sont les actions d'évaluation qui sont organisées ? concernent-elles l'ensemble des sujets de la thématique ?</li> <li>✓ Avez-vous établi un dispositif structuré d'évaluation de l'ensemble du processus ? comment (indicateurs, tableaux de bord, audits, enquêtes, etc.) ? qui pilote ces évaluations ? quelle périodicité des évaluations ?</li> <li>✓ Comment vous assurez-vous de la maîtrise des risques identifiés et de la mise en œuvre de vos plans d'actions ? Comment assurez-vous le suivi de la mise en œuvre du programme d'actions institutionnel (tableau de bord, suivi d'indicateurs, mode, fréquence, analyse des résultats ..... ) ?</li> </ul>




# A

<b>Mise en place des actions d'amélioration &amp; communication</b>  <i>A discuter avec les pilotes</i>	<b>Actions d'amélioration</b>	Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Quelles sont les actions d'amélioration mises en place ? concernent-elles l'ensemble des sujets de la thématique ?</li><li>✓ Avez-vous établi un dispositif structuré d'amélioration de l'ensemble du processus ?</li><li>✓ Comment sont-elles intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel ?</li></ul>
	<b>Communications sur les résultats</b>	Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Quels sont les modes de communication et de diffusion des résultats et actions d'amélioration de l'établissement ? supports ? périodicité ?</li><li>✓ Comment communiquez-vous auprès des professionnels ?</li><li>✓ Comment communiquez-vous auprès des usagers ?</li></ul>





# Ventilation PDCA

P1 - Définition de la stratégie	
<p><b>a. Identification et analyse des missions et des risques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Identification des besoins spécifiques à l'ES</b> au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales.</li><li>➤ <b>Sources de données</b> utilisées par l'ES pour identifier et analyser ses risques (dont IQSS et éventuelles décisions V2010)</li><li>➤ <b>Hiérarchisation des risques avec les professionnels concernés</b> selon une méthodologie définie.</li></ul> <p><b>b. Identification des objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Déclinaison dans un programme institutionnel d'action</b> (formalisé, priorisé, unique)</li><li>➤ <b>Définition des modalités de mise en œuvre du programme</b> : objectif(s), action(s), responsables(s), échéances, modalités de suivi (tableaux de bord, etc.)</li><li>➤ <b>Présentation du programme aux instances</b></li><li>➤ <b>Articulation CQ / PAQSS.</b></li></ul>	<p>P1.a concerne les modalités d'élaboration de la stratégie Les « sources de données » intègrent la veille réglementaire.</p> <p>P1.b évoque le programme qui a vocation à décliner la stratégie et à regrouper et articuler l'ensemble des objectifs.</p>



## P2 - Organisation interne



### a. Rôles et responsabilités

- Définition des pilotes et/ou instances en charge du processus
- Définition des missions des pilotes : Fiches de poste / fiches de mission

### b. Identification des besoins et ressources nécessaires

- Existence de plans de formation, recrutement, gestion des compétences, etc. pour répondre aux objectifs et besoins en ressources humaines
- Existence d'un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées
- Existence de plans de maintenance, travaux, achats, etc. pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements
- Structuration du système d'information

### c. Définition des circuits et interfaces

- Avec secteurs cliniques
- Avec secteurs médico-techniques (EOH, labo, imagerie, PUI, ...)
- Avec secteurs logistiques (linge, déchets, transports, eau, air...)
- Avec secteurs administratifs (équipe QGDR, CRU, ...)

Il s'agit ici de décrire si l'ES a identifié et prévu les ressources, moyens circuits et interfaces pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés dans sa stratégie en P1.

**Exemple :** P2.b renvoie au plan de formation et non à la mise en œuvre de ces formations (D2)

Le cas échéant, c'est ici qu'il faut décrire comment l'ES sécurise la coexistence de supports papier et informatique.



## D1 - Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle



- a. Existence de plans d'action propres aux secteurs en déclinaison du programme d'actions institutionnel
- b. Sensibilisation régulière des professionnels sur les objectifs de leur secteur
- c. Évaluation périodique des activités et information des professionnels sur leurs résultats
- d. Identification d'actions correctives avec les professionnels

D1.b permet d'évoquer les actions d'évaluation et d'amélioration menées par les secteurs notamment EPP, CREX, RMM, déclarations d'EI, etc.

## D2 - Disponibilité des ressources



- a. Mise à disposition des compétences (effectifs suffisants, mise en œuvre de formations, etc.)
- b. Mise à disposition des documents
- c. Mise à disposition des ressources matérielles (dont locaux conformes et adaptés et équipements/outils adéquats et fonctionnels)

D2.a est l'endroit où évoquer l'absence de formation.

D2.c permet d'évoquer les sujets de non-conformité, vétusté, etc.



## D3 – Description de la mise en œuvre effective



### a. PEC du patient (à chaque étape)

- Respect des règles, protocoles, procédures, etc.
- Coordination entre professionnels

### b. Fonctionnement du secteur

- Mise en œuvre de l'organisation établie
- Respect des circuits établis
- Interfaces opérationnelles entre le secteur et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques, administratifs

### c. Instances opérationnelles

- Réunions périodiques
- Traçabilité des réunions, CR, etc...

### d. Traçabilité des actions

### Descriptions attendues en D3.a :

- « **MQR** » : mise en œuvre d'actions notamment analyse des risques, EPP, déclarations et analyse EI, gestion plaintes et réclamations, CREX, RMM/RCP, etc. ;
- « **Parcours** » : parcours chronologique de l'entrée du patient à sa sortie au regard des EIO ;
- « **PECM** » : circuit effectif de la prescription à l'administration, incluant la dispensation.

D3.b permet de décrire la régulation/programmation dans les blocs et secteurs à risque.



**C1 - Évaluation du fonctionnement du processus**  
(dispositif institutionnel, à l'échelle de l'ES)



- a. **Évaluation périodique de l'ensemble du processus** (*suivi d'indicateurs, audits, ...*)
- b. **Réalisation de bilans / rapports d'activité**

C1.a permet d'évoquer les actions d'évaluation organisées et structurées au niveau institutionnel, par l'établissement



**A1 - Mise en place des actions d'amélioration et communication des résultats (dispositif institutionnel, à l'échelle de l'ES)**



**a. Dispositif institutionnel d'amélioration continue**

- Mise en œuvre d'actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation
- Articulation avec le programme d'actions

**b. Communication sur les résultats d'évaluation et actions d'amélioration**

A1.a permet d'évoquer les actions d'amélioration organisées et structurées au niveau institutionnel, par l'établissement



# Des EPP très encadrées

- Hémorragie de la délivrance
- Tenue du partogramme
- Bon usage du Syntocinon
- Check-list césarienne
- Allaitement en salle de naissance
- Taux d'épisiotomies
- Péridurales et prise en charge de la douleur
- Chek-list mort in utero...



# Un support utile



CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

## Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance

Guide méthodologique

Mars 2014





# La naissance, Un vrai travail d'équipe

