

# Les résultats de la V2014 en secteur de Naissance début mars 2017

27 mars 2017

Véronique Tessier

PARIS – AUDIPOG

# Objectifs

- Faire un point sur les écarts les plus fréquents dans le processus Salle de Naissance

Guide méthodologique pour la certification des établissements de santé : Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. HAS, Mars 2014.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide\\_qualite\\_securite\\_secteur\\_naissance.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf)

# Méthode

- Consultation en ligne des rapports de certification
- Des établissements publics et privés
- 3 régions : Alsace, Bretagne, Ile de France
- Relevé des décisions de la HAS par thématique

Pas de décision

Recommandation  
d'améliorations

Obligation  
d'améliorations

Réserves

- Relevés des écarts dans les thématiques :
  - Salle de Naissance
  - Prise en charge médicamenteuse
  - Droits des patients

# Méthode

- Consultation en ligne des rapports de certification
- Des établissements publics et privés
- 3 régions : Alsace, Bretagne, Ile de France
- Relevé des décisions de la HAS par thématique

Pas de décision

Recommandation  
d'améliorations

Obligation  
d'améliorations

Réserves

- Relevés des écarts dans les thématiques :
  - **Salle de Naissance**
  - Prise en charge médicamenteuse
  - Droits des patients

# Méthode (suite)

- Repérer des écarts dans un rapport

*Dans le texte de synthèse, on trouve les **formules** :*

Cependant, ....

Toutefois, .....

De plus, ...

L'établissement n'a pas....

- Traitement par catégorisation des écarts par sous-étape du PDCA...

## VENTILATION PDCA

<b>P – Planifier (au-niveau institutionnel ES)</b>	
<b>P1 - Définition de la stratégie</b>	
<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>
<b>P2 - Organisation interne</b>	
<p><b>a. Rôles et responsabilités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Définition des pilotes et/ou instances en charge du processus</b></li> <li>➤ <b>Définition des missions des pilotes</b> : Fiches de poste / fiches de mission</li> </ul> <p><b>b. Identification des besoins et ressources nécessaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Existence de plans de formation, recrutement, gestion des compétences, etc. pour répondre aux objectifs et besoins en ressources humaines</li> <li>➤ Existence d'un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées</li> <li>➤ Existence de plans de maintenance, travaux, achats, etc. pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements</li> <li>➤ Structuration du système d'information</li> </ul> <p><b>c. Définition des circuits et interfaces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Avec secteurs cliniques</b></li> <li>➤ <b>Avec secteurs médico-techniques</b> (EOH, labo, imagerie, PUI, ...)</li> <li>➤ <b>Avec secteurs logistiques</b> (linge, déchets, transports, eau, air...)</li> <li>➤ <b>Avec secteurs administratifs</b> (équipe QGDR, CRU, ...)</li> </ul>	<p>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.</p> <p><b>Exemple</b> : P2.b renvoie au plan de formation et non à la mise en œuvre de ces formations (D2)</p> <p>Le cas échéant, c'est ici qu'il faut décrire comment l'ES sécurise la coexistence de supports papier et informatique.</p>
<b>D – Mettre en œuvre (déploiement opérationnel sur le terrain)</b>	
<b>D1 - Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle</b>	

# Ventilation du PDCA

## P – Planifier

**P1** - Définition de la stratégie

**P2** - Organisation interne

## D – Mettre en œuvre

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

**D2** - Disponibilité des ressources

**D3** – Description de la mise en œuvre effective

## C – Évaluer

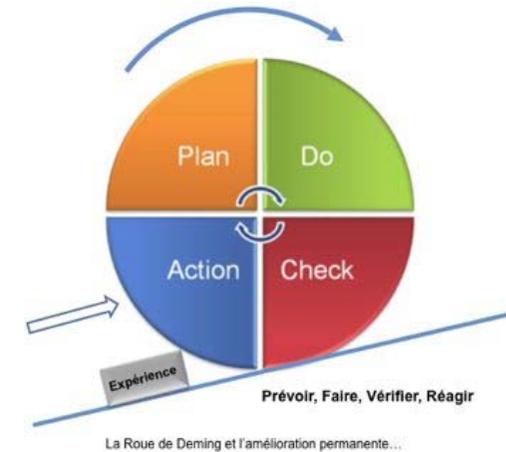
Évaluation périodique de l'ensemble du processus (suivi d'indicateurs, audits, ...)

Réalisation de bilans / rapports d'activité

## A – Agir

Dispositif institutionnel d'amélioration continue

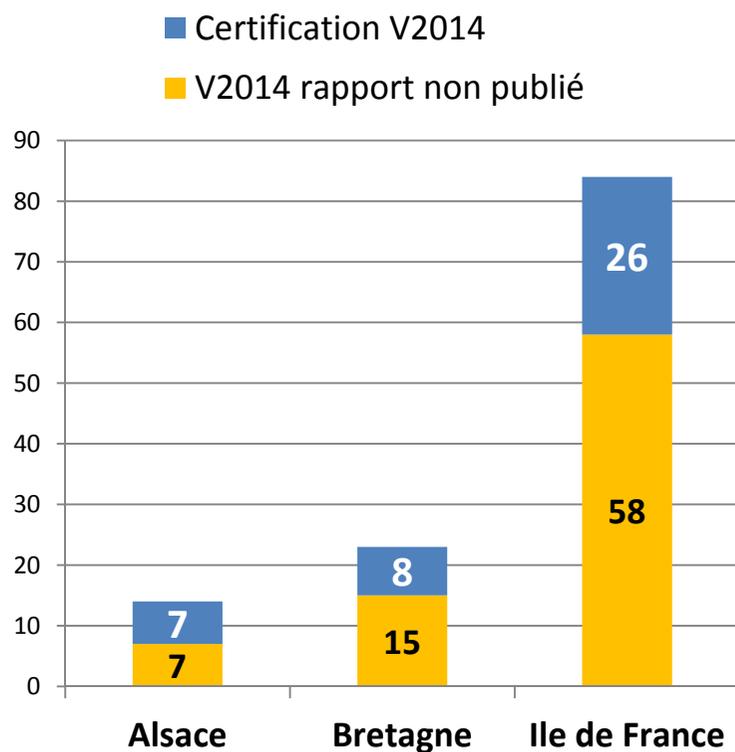
Communication sur les résultats d'évaluation et actions d'amélioration



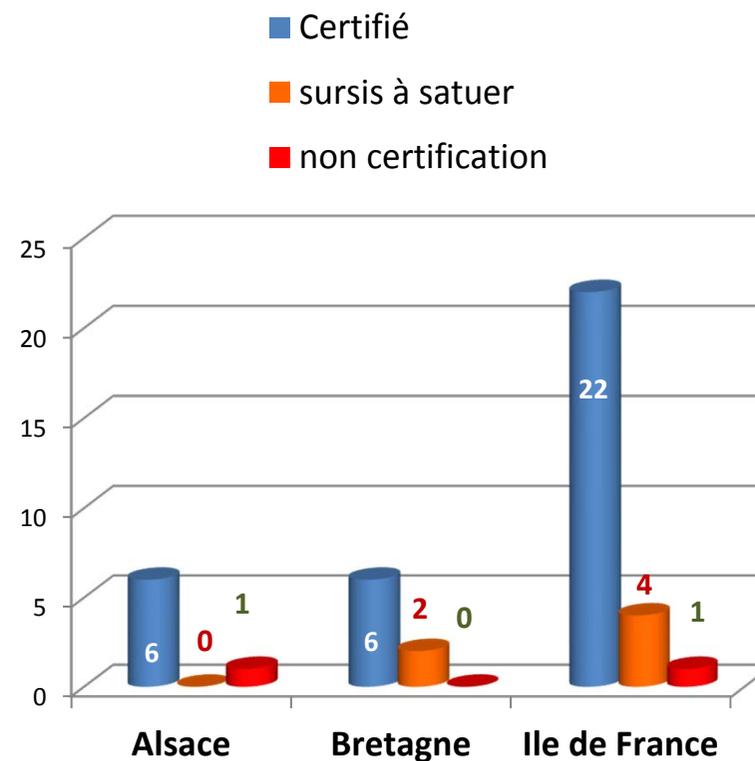
# **LES RÉSULTATS**

# Au niveau des ES : résultats de la V2014

**41 Etablissements inclus**  
**46 Maternités**

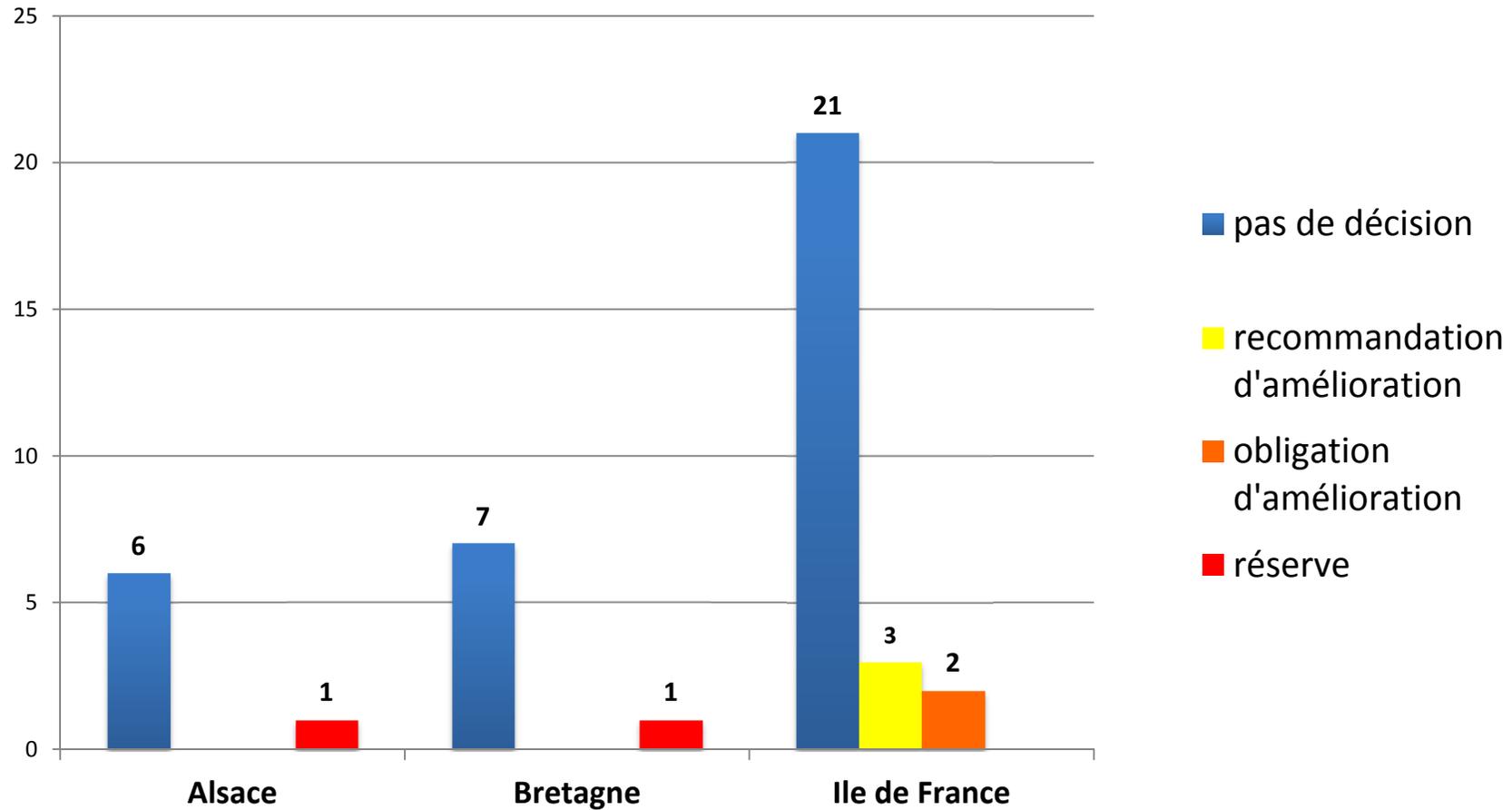


**Résultats de la certification**



Début mars 2017

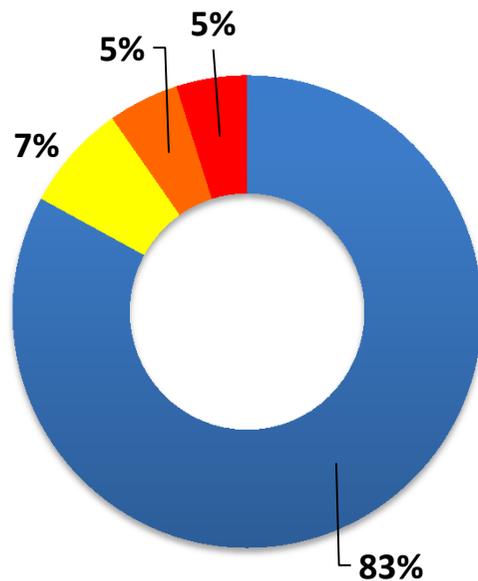
# Décisions concernant le secteur salle de naissance



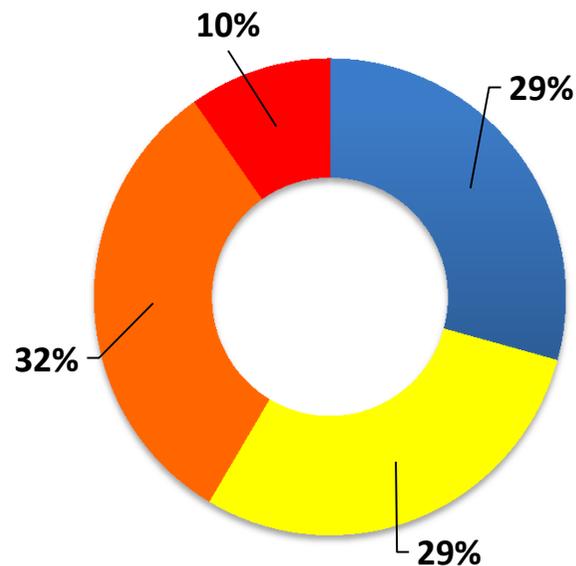
# Comment se situent les Secteurs Salle de Naissance

- pas de décision
- recommandation d'amélioration
- obligation d'amélioration
- réserve

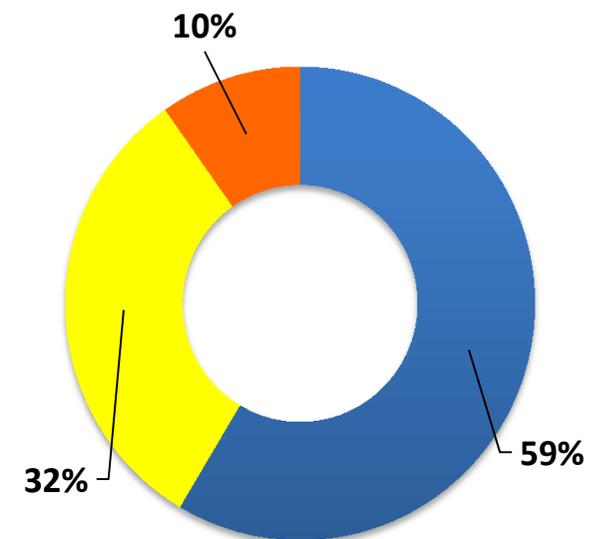
Salle de naissance



Prise en charge médicamenteuse

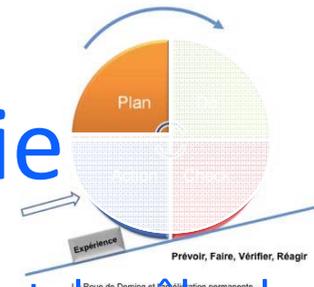


Droits des Patients



# **LES ÉCARTS EN SALLE DE NAISSANCE**

# SdN P1 - Définition de la stratégie



« Les **orientations stratégiques** ne sont pas formalisées »

« **L'identification des risques** est partielle »  
« La salle de naissance n'a pas élaborée de **cartographie spécifique des risques** »

« La cartographie des risques propres à la salle de naissance n'est pas **connue des personnels**. Elle a été rédigée successivement par le cadre et le responsable qualité. »

« Le service n'a pas formalisé un **programme d'action** exhaustif et articulé avec le PAQSS de l'établissement. »

« Celui-ci n'est pas **intégré au PAQSS** d'établissement. »

Formaliser un projet de pôle, de service, projet médical,...

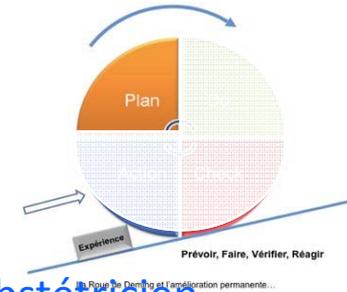
Utiliser cartographie, EI, IQSS, RMM, plaintes et réclamations, EPR,... pour identifier les risques

Travailler en équipe, en groupes de travail participatifs,

Elaborer un programme d'action de la SdN et de la maternité

Travailler avec le service Qualité et GR

# SdN P2 - Organisation interne



« L'ES n'a pas mis en œuvre une **organisation pour piloter le processus.** »

« **pas de manuel qualité** commun **aux deux sites**, ni de charte commune » « Un **règlement intérieur** commun au pôle n'est pas défini. » « La composition, les missions et le fonctionnement du **conseil de maternité** ne sont pas formalisés. »

« **Le rôle et les responsabilités** du pilote du processus salle de naissance ne sont pas formalisés. » « Aucun document ne **formalise le management opérationnel** »

« La **démarche qualité** n'est pas suffisamment **documentée.** »

« Il n'existe pas **réunions pluridisciplinaires** »

« Le **circuit des urgences gynéco-obstétricales** n'est pas bien visualisé. »

« **Les changements quotidiens** des équipes de gardes ...sont l'objet de discussions, non **tracées** »

Piloter avec obstétricien,  
pédiatre, SF, anesthésiste...

Elaborer un manuel Qualité,  
une charte voire un RI  
**Commun(e)** si 2 ou 3 sites

Formaliser des FP ou RI ou  
charte de la salle de naissance

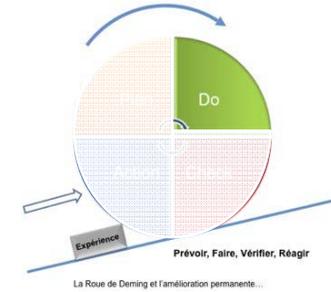
Disposer d'une documentation  
sur les prises en charge critiques

Organiser des staffs quotidiens,  
obstétrico-péd.,...

Signaliser l'accès aux Urgences

Tracer les transmissions utiles

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



« Les professionnels **rencontrés ne connaissent pas les** risques de leur secteur ni le **plan d'actions**. »

« Les **indicateurs IPAQSS** ne sont pas toujours connus »

« **L'information et la sensibilisation** régulières des professionnels ainsi que la **communication des résultats** ne sont pas assurées. »

« Le **programme d'EPP** n'est pas déployé dans ce secteur à risques. »

« Les déclarants d'un **événement indésirable** ne sont pas toujours informés des suites »

Informer/sensibiliser sur les risques identifiés et prioritaires, les IPAQSS, les EI,... et le plan d'action

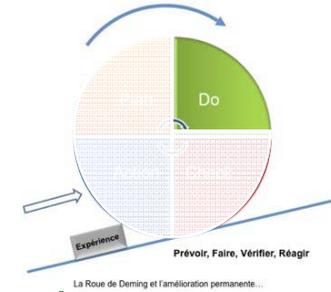
Impliquer l'ensemble des professionnels

Informer sur le suivi des actions d'améliorations

Impliquer à travers la participation à des EPP, des RMM, des audits

Impliquer à travers les EI, insister à déclarer, participer à l'analyse

# SdN D2 - Disponibilité des ressources



Locaux: **salles de césariennes** non dédiées ou difficile d'accès, **salle de prétravail** (intimité, confidentialité), **accès sécurisé, vétusté**

Obsolescence **du matériel**, tables d'accouchements non adaptées pour des parturientes **en surpoids**

**La gestion documentaire** : pas toujours **homogène** dans sa forme, base de données documentaire locale **vs** GED institutionnelle, **mise à jour**, « protocoles non institutionnels, sans date ni validation »

« Il n'y a pas d'appareil à pH-métrie sur le site »

**Chariot d'urgence** et **médicaments** des chariots d'anesthésie non sécurisés

Disposer d'une **salle de césariennes** disponible 24h/24

Organiser et respecter la confidentialité, intimité en SdN

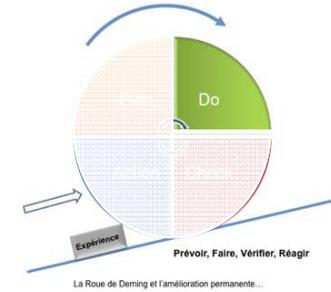
Etablir un plan de renouvellement des équipements

Gérer la documentation institutionnellement

Intégrer les conformités dans la gestion des risques du secteur

Organiser la maintenance des chariots / Sécuriser les médicaments anesthésiques

# SdN D3 – Description de la mise en œuvre effective



Traçabilités **dossier** patiente (heure admission, consentement)

Traçabilité des **vérifications** : ouverture de salle, entretien

Traçabilités des **transmissions**

Etiquetage manuscrit des casiers de **médicaments**

**Identification** (bracelets mère/NNé, modalités d'identification NNé), bracelets manuscrits

**Tenues** notamment des SF (césar, SSPI)

Absence de local intermédiaire de **déchets**

Horodater les actes

Tracer information et consentement

Tracer les vérifications (pleins, entretien, périmés, maintenance)

Définir les transmissions à tracer

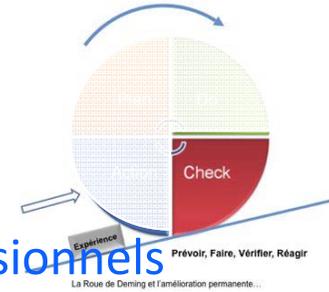
Organiser la gestion des armoires à pharmacie (mère / NNés / anesthésie)

Disposer de procédure d'identification mère, Nnés, étiquette sur bracelet

Respecter les règles de tenue en SdN et au BO

Sécuriser le circuit déchets (Rolls sécurisés)

# SdN C – Évaluer



« **L'évaluation régulière du processus** n'est pas réalisée par l'ensemble des professionnels. »

« pas ou peu (de) **déclaration d'évènements indésirables** » « pas d'organisation structurée d'**analyse** des EI »

« Les sages-femmes et l'ensemble des médecins du secteur de salle de naissance ne participent pas à des **RMM**. »

« Le fonctionnement d'une **prise en charge urgente** en salle de naissance n'a pas été évalué » « les **délais** de prise en charge n'ont pas fait l'objet d'une évaluation »

Dispositif « pas complètement structuré au regard d'**indicateurs** clairement identifiés et d'objectifs des cibles fixés. »

« Les **audits** pour lesquels les résultats démontrent des axes d'amélioration à réaliser, ne font pas l'objet de **modalités de reconduction** »

Impliquer les professionnels dans l'évaluation

Développer culture de déclaration et d'analyse des EI

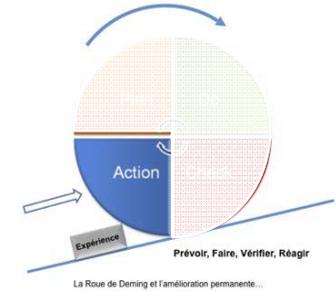
Favoriser la participation des SF, médecins et autres professionnels aux RMM, CREX, PT, audits,...

Evaluer la capacité à répondre à l'urgence (simulation, délais,..)

Suivre des indicateurs (pertinents)

Prévoir de réitérer les évaluations si besoin

# SdN A – Agir



« La **mise en œuvre d'actions** d'amélioration ne porte pas sur **l'ensemble des évaluations réalisées** »

« Les actions d'amélioration issues du recueil et de l'analyse des EI ne sont pas **articulées avec le programme institutionnel.** »

Les actions « ne permettent pas toujours de **mesurer** compte tenu de leur antériorité de mise en œuvre, leur **efficacité, leur impact** sur la gestion des risques identifiés. »

Structurer et prioriser le plan d'action

Travailler avec la direction Qualité et GR

Commencer maintenant,

Continuer au fil de l'eau,

Réitérer les évaluations pour mesurer l'impact

# Pourquoi on obtient une réserve sur SdN ? Et comment la lever ? (ou l'éviter ?)

## ES 1 : deux secteurs Naissance

- ✓ Une salle non dédiée pour la césarienne (1 site sur 2)
- ✓ + Identification partielle des risques
- ✓ + Actions du plan d'action pas toutes hiérarchisées
- ✓ + Pas d'organisation pour piloter le processus => pas de RI, charte ou manuel qualité commun



Trop tôt pour  
connaître la suite

## ES2

- ✧ Une salle non dédiée pour la césarienne
- ✧ + Pas d'information / sensibilisation régulière des professionnels et de communication des résultats
- ✧ + Pas de staff régulier
- ✧ + Peu de déclaration EI, ni d'analyse
- ✧ + Pas de participation à des RMM

salle de césar réservée,  
mise en place des codes couleur  
--> Levée de la réserve

# Conclusion

- De bons résultats dans l'ensemble
- Une aide précieuse : le guide méthodologique sur les secteurs de Naissance
- C'est le démarrage qui est le plus « douloureux »
- Les axes d'amélioration :
  - Acculturation à la Qualité et à la gestion des risques de l'ensemble des professionnels
  - Mettre en place une démarche au fil de l'eau qui ne pèse pas sur le quotidien



**AUDIPOG**

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**