



Bien anticiper sa visite de certification en obstétrique et pédiatrie

Vendittelli Françoise, Audipog, Lyon

Préambule

- Le contenu de cet atelier n'engage que l'orateur
- Il est basé sur une longue expérience
- L'orateur a vécu toutes les visites de certification dans son CHU de rattachement
- Il a été 8 ans expert pour la HAS
- Il s'occupe de la qualité au sein du RSP depuis plus de 20 ans
- Responsable scientifique de l'Audipog

Règle fondamentale : Anticiper la visite



La pyramide de la performance pour atteindre l'état idéal, ou le « flow »



Les étapes suggérées (1)

- **Etape 1:** Lire le manuel V2020 et repérer les critères spécifiques à notre activité ou bien transversaux mais qui nous concernent (ex: Checklist bloc opératoire).
- **Etape 2 :** Bien identifier les critères prioritaires +++
- **Etape 3 :** Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification



Les étapes suggérées (2)

- **Etape 4** : Mettre en place les différents types d'évaluation au sein de son service
- **Etape 5** : En même temps, mettre en place les incontournables (infos patients affichées, fiche informations patients, EPP....)
- **Etape 6** : En même temps, communiquer et informer les équipes
- **Etape 7** : Préparer la visite en aidant les professionnels (rédaction de mémos, centraliser les documents utiles sur l'intranet du CH et si existe onglet de votre pôle)
- **Etape 8** : Bien accueillir les experts dans une grande salle avec accès à un ordinateur et donc Dossier Patient et Intranet. Ceux connaissant le dossier patient doivent être là, ainsi que ceux connaissant la démarche qualité du secteur. Pluridisciplinarité utile +++

Etape 1 : lecture du manuel V2020 (1)

Les critères

Légendes		N° critère Description	Niveau d'exigence standard Niveau d'exigence inspiratif	N° critère Description	Niveau d'exigence avancé Critère avec IGSS
Chapitres	Objectifs	Critères		Champs d'application	Page
1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée		1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques (IGSS)	Tout établissement	29
		1.1-02	Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéficiaire de toute décision majeure pour sa prise en charge	Tout établissement	30
		1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	Tout établissement	31
		1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	Enfant et adolescent	32
		1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	Tout établissement	33
		1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge (IGSS)	Tout établissement	34
		1.1-07	Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	Maternité	35
		1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	Tout établissement	36
		1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	Tout établissement	37
		1.1-10	Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	Tout établissement	38
		1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	Tout établissement	39
		1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	Ambulatoire	40
		1.1-13	En HAD, le patient sait qui contacter à tout moment	Hospitalisation à domicile	41
		1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	Tout établissement	42
		1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire savoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	Tout établissement	43
		1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	Tout établissement	44
		1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	Tout établissement	45

1.1-04 L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins

Enfant et adolescent

32

1.1-07 Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse

Maternité

35

Selon la maturité de votre démarche qualité au sein du CH et de votre secteur, choix à faire:

- **Travailler impérativement sur les critères prioritaires**
- **Critères avancées**



Etape 1 : lecture du manuel V2020 (2)

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
1.2 Le patient est respecté	1.2-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	1.2-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	Tout l'établissement	47
		1.2-02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Enfant et adolescent	48
		1.2-03 Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	Patient vivant avec un handicap	49
		1.2-04 Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	Patient âgé	50
		1.2-05 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	Tout l'établissement	51
		1.2-06 Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	Tout l'établissement	52
		1.2-07 Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	Tout l'établissement	53
		1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur (IQSS)	Tout l'établissement	54
	1.3 Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	1.3-01 Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	Tout l'établissement	56
		1.3-02 Les proches et/ou aidants du patient adhèrent, avec son accord, aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD	Hospitalisation à domicile	57
1.3-03 La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite		Tout l'établissement	58	
1.4 Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	1.4-01 Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	Tout l'établissement	60	
	1.4-02 Le patient vivant avec un handicap - ou ses proches et/ou aidants - exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	Patient vivant avec un handicap	61	
	1.4-03 Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	Enfant et adolescent	62	
	1.4-04 En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	Soins de longue durée	63	
	1.4-05 Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite	Psychiatrie et santé mentale	64	
	1.4-06 Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	Tout l'établissement	65	
2. Les équipes de soins	2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe	2.1-01 La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	Tout l'établissement	67
		2.1-02 La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval	SAMU - SMUR	68

1.2-02 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

Enfant et adolescent

48

1.4-03 Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation

Enfant et adolescent

62

Attention penser que vos êtes concernés par les critères transversaux : les repérer surtout les impératifs

1.2-08 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur (IQSS)

Tout l'établissement

54

2.1-01 La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe

Tout l'établissement

67

Attention aux mots clefs de la HAS : « Pertinence des soins »

Vous interroger : staff pluridisciplinaires, EPP dont revue de pertinence ou RCP....

Etape 1 : lecture du manuel V2020 (3)

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe	2.1-03 La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	Soins de suite et de réadaptation	69
		2.1-04 En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient	Tout l'établissement	70
		2.1-05 La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée (IQSS)	Psychiatrie et santé mentale	71
		2.1-06 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée (IQSS)	Tout l'établissement	72
		2.1-07 La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée	Tout l'établissement	73
2.2 Les équipes de soins	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	2.2-01 Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	SAMU – SMUR	75
		2.2-02 Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	SAMU – SMUR	76
		2.2-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	Urgences	77
		2.2-04 L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	Urgences	78
		2.2-05 Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués	Tout l'établissement	79
		2.2-06 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins (IQSS)	Tout l'établissement	80
		2.2-07 La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	Tout l'établissement	81
		2.2-08 Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	Tout l'établissement	82
		2.2-09 L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	Tout l'établissement	83
		2.2-10 Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	Chirurgie et interventionnel	84
		2.2-11 Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	Chirurgie et interventionnel	85
		2.2-12 Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	Chirurgie et interventionnel	86
		2.2-13 Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent (IQSS)	Hospitalisation à domicile	87
		2.2-14 En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est assurée	Hospitalisation à domicile	88

2.1-06 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée (IQSS)	Tout l'établissement	72
2.1-07 La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée	Tout l'établissement	73

Attention, vérifier :

Avez-vous une procédure institutionnelle sur l'antibiothérapie et/ou une procédure spécifique pour votre secteur des naissances ? Avez-vous vérifié par un audit de dossier que tout roule ? Avez-vous vérifié que votre processus est le même pour vous (SF et Obst) et les anesthésistes (faire un traceur ciblé) ?

Pertinence transfusion sanguine : travail CH et/ou la maternité (faire un traceur ciblé) ? Croise critère sur HPP +++

Etape 1 : lecture du manuel V2020 (4)

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe	2.1-03	La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	Soins de suite et de réadaptation	69
	2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient	Tout l'établissement	70
	2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée [IQSS]	Psychiatrie et santé mentale	71
	2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée [IQSS]	Tout l'établissement	72
	2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée	Tout l'établissement	73
	2.2-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	SAMU – SMUR	75
	2.2-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	SAMU – SMUR	76
2.2 Les équipes de soins sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	2.2-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	Urgences	77
	2.2-04	L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	Urgences	78
	2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués	Tout l'établissement	79
	2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins [IQSS]	Tout l'établissement	80
	2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	Tout l'établissement	81
	2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	Tout l'établissement	82
	2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	Tout l'établissement	83
	2.2-10	Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	Chirurgie et interventionnel	84
	2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	Chirurgie et interventionnel	85
	2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	Chirurgie et interventionnel	86
	2.2-13	Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent [IQSS]	Hospitalisation à domicile	87
	2.2-14	En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est assurée	Hospitalisation à domicile	88

2.2-05 Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués	Tout l'établissement	79
2.2-06 Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins [IQSS]	Tout l'établissement	80

Attention : Tenue Dossier patient ++++

Avez-vous vérifier que votre dossier est bien tenue (traçabilité des infos remises, traçabilité bénéfice-risque) [EPPs sur le dossier]? - croise avec d'autres critères

2.2-11 Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	Chirurgie et interventionnel	85
2.2-12 Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	Chirurgie et interventionnel	86

Attention : êtes-vous conforme sur la checklist ?

Audit CH et/ou au sein du secteur de naissance ? EPP sur le sujet ?

Etape 1 : lecture du manuel V2020 (5)

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2 Les équipes de soins	2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	2.2-15 En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	Tout l'établissement	89
		2.2-16 Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	Enfant et adolescent	90
		2.2-17 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	Psychiatrie et santé mentale	91
		2.2-18 En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques	Psychiatrie et santé mentale	92
		2.2-19 Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	Tout l'établissement	93
		2.2-20 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant (IQSS)	Tout l'établissement	94
	2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	2.3-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Tout l'établissement	96
		2.3-02 Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	Tout l'établissement	97
		2.3-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	Tout l'établissement	98
		2.3-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	Tout l'établissement	99
		2.3-05 Les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé	Hospitalisation à domicile	100
		2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	Tout l'établissement	101
		2.3-07 L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	Tout l'établissement	102
		2.3-08 Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	Tout l'établissement	103
		2.3-09 Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Tout l'établissement	104
		2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains (IQSS)	Tout l'établissement	105
		2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires (IQSS)	Tout l'établissement	106
		2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	Chirurgie et interventionnel	108
		2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	Tout l'établissement	109

2.2-16 Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	Enfant et adolescent	90
2.2-20 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant (IQSS)	Tout l'établissement	94
2.3-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	Tout l'établissement	98
2.3-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	Tout l'établissement	99
2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	Tout l'établissement	101
2.3-09 Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Tout l'établissement	104
2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains (IQSS)	Tout l'établissement	105
2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires (IQSS)	Tout l'établissement	106
2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	Chirurgie et interventionnel	108

Etape 1 : lecture du manuel V2020 (6)

- **Vérification** :

- Avez-vous une procédure institutionnelle sur l'antibioprophylaxie et/ou une procédure spécifique pour votre secteur des naissances ? Avez-vous vérifié par un audit de dossier que tout roule ? Avez-vous vérifié que votre processus est le même pour vous (SF et Obst) et les anesthésistes (faire un traceur ciblé)?
- Les femmes sortent-elles avec une lettre de liaison ?
- Le circuit du médicament tjs un standard !
- La sécurité transfusionnelle tjs un standard (croise pertinence , HPP)

Etape 1 : lecture du manuel V2020 (7)

Chapitres	Objectifs	Critères	Champs d'application	Page
2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques		2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates (IQSS)	Tout l'établissement	110
		2.3-15 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires (IQSS)	Chirurgie et interventionnel	111
		2.3-16 Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	Tout l'établissement	112
		2.3-17 Les équipes respectent les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé (IQSS)	Tout l'établissement	113
		2.3-18 La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	Psychiatrie et santé mentale	114
		2.3-19 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	Tout l'établissement	115
		2.3-20 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPi) (IQSS)	Maternité	116
		2.3-21 L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	Ambulatoire	117
		2.3-22 Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	Tout l'établissement	118
		2.4 Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle		2.4-01 Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés (IQSS)
2.4-02 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient	Tout l'établissement			121
2.4-03 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins	Tout l'établissement			122
2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	Tout l'établissement			123
2.4-05 Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Soins critiques			124
2.4-06 Dans les blocs opératoires et secteurs interventionnels, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Chirurgie et interventionnel			125
2.4-07 Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place	Tout l'établissement			126
2.4-08 Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place	Tout l'établissement			127
2.4-09 Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Chirurgie et interventionnel			128

2.3-20 Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPi) (IQSS)

Maternité

116

2.4-01 Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés (IQSS)

Tout l'établissement

120

2.4-02 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient

Tout l'établissement

121

2.4-03 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins

Tout l'établissement

122

2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins

Tout l'établissement

123

Vérification :

- Ai-je une EPP, une RMM/CREX, un suivi d'indicateurs avec un focus sur l'HPP. Regardez ce que le service a fait depuis 4 ans avec le RSP (simulations hautes fidélité? Autres ateliers? Ma procédure locale est à jour ?.....
- Ai un paqs inclus dans celui de mon CH ? Est-ce que je suis régulièrement les actions d'amélioration de mon secteur ? Est-ce que je connais les résultats des IQSS et des EI et j'en fait quoi ?
- Enquête de satisfaction patient spf et E-satis ? Que fait-on des résultats ?

Etape 2 : Bien identifier les critères prioritaires dépendant de mon secteur +++ (1)

- Se sentir aussi concernés par les autres critères impératifs



Etape 2 : Bien identifier les critères prioritaires dépendant de mon secteur +++ (2)

Il faut travailler en priorité sur ces critères prioritaires :

- qu'avons-nous fait depuis 4 ans ou plus ?
- centraliser les éléments de preuve (émargements, EPP, PAQS, justificatifs des formations suivis par les professionnels en interne et via le réseau : demander de l'aide à son réseau, protocoles à jour ? Protocole existant sur par ex HPP ?...)
- auto-évaluation(s) : EPP, évaluations HAS, etc. à réaliser

Etape 3 : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification (1)

- Aides via outils de la HAS
- Utiliser les **grilles HAS**

Éléments d'évaluation

Observations

Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée & charte de l'enfant en secteurs accueillant des enfants.

Oui Non Non applicable

Affichage dans les services de supports d'information à des prises en charges spécifiques. (ex : Charte Romain Jacob).

Oui Non Non applicable

Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans les services.

Oui Non Non applicable

Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site Internet.

Oui Non Non applicable

Les équipements et les locaux garantissent le droit des patients.

Oui Non Non applicable

Les pratiques garantissent le droit des patients.

Oui Non Non applicable

En cas d'hospitalisation de mineurs dans un service d'adultes, l'environnement est adapté à leur sécurité et protection.

Oui Non Non applicable

Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel dans la totalité des secteurs de l'hôpital (Observation).

Oui Non Non applicable

Le programme d'activités et le planning d'intervention des bénévoles, animateurs, etc., sont affichés dans le service.

Oui Non Non applicable

Le patient dispose d'un dispositif d'identification (bracelet ou carte alternative à son identification dans le respect de la confidentialité et de sa dignité) qui est systématiquement vérifié au cours des examens complémentaires ou autres thérapeutiques.

Oui Non Non applicable

Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (cartes fermées, contenants sécurisés, conservation du froid...).

Oui Non Non applicable

Le stockage des produits de santé est sécurisé, notamment pour les produits à risque.

Oui Non Non applicable

Observations

Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée & charte de l'enfant en secteurs accueillant des enfants.

Oui Non Non applicable

Affichage dans les services de supports d'information à des prises en charges spécifiques. (ex : Charte Romain Jacob).

Oui Non Non applicable

Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans les services.

Oui Non Non applicable

Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site Internet.

Oui Non Non applicable

Etape 3 : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification (2)

• Grilles HAS (suite): chir et secteurs interventionnels

Éléments d'évaluation

Patient
Si son admission a été faite aux urgences, le patient a été informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins et la durée prévisionnelle de sa prise en charge, etc.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
L'évaluation bénéfice/risque a été expliquée et partagée avec le patient ou, le cas échéant, avec le patient et/ou la personne de confiance qu'il a désignée.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient consent à son projet de soins et ses modalités (HAD, hôpital de jour, ambulatoire...).
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient bénéficie, en amont ou au cours de son séjour, d'interventions qui visent à renforcer sa capacité à agir pour promouvoir sa santé et réduire ses risques (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages, évaluation de son statut vaccinal...).
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient se sent impliqué dans sa prise en charge (s'il le souhaite).
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer sa maladie, accélérer sa convalescence, éviter des complications.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée

Patient
Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé de sa suite de soins : ? des modalités d'admission de son traitement médicamenteux, ? des modalités de soins, ? de la nécessité de signer tout effet indésirable et à son traitement médicamenteux et à son traitement médicamenteux.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient a été préalablement informé avant la pose de dispositifs médicaux implantables.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé des risques et bénéfices, précautions et conseils à tenir en cas d'incident et toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du produit.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient reçoit des informations sur les produits, leurs effets et les médicaments dérivés de sang qui lui ont été administrés, les risques associés, les précautions et les modalités à tenir en cas d'incident.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé sur son droit à régler ses dettes anticipées.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé des études et des personnes, représentatifs des usagers affectés, associatives de patients, qui peuvent l'accompagner.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé sur les modalités pour les demandes d'indemnités, aménagements, etc.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé sur les aides techniques et humaines associées à son traitement médicamenteux pour éviter les erreurs.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient peut exprimer sur son expérience avant et sa maladie, son point de vue sur son projet.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction avec son expérience d'accueil et après son séjour (accueil, accompagnement de l'admission).
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé des modalités pour assurer une réévaluation durant et après son séjour.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
Le patient est informé des modalités pour évaluer son environnement médical grâce à la note soins (DDE).
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
En point de vue du patient, les conditions d'accueil et de prise en charge sont respectées en matière de son intérêt (exemple : durée de la consultation, satisfaction au nombre suffisant, respect des droits, etc.).
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
En point de vue du patient, les professionnels respectent son intérêt et sa dignité.
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée
En point de vue du patient, la confidentialité et le secret professionnel est respectés lors de son séjour (Patient).
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Patient non concerné <input type="radio"/> Réponse inappropriée

Etape 3 : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification (3)

- **Grilles HAS (suite): chir et secteurs interventionnels**

Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance.

Oui Non Patient non concerné Réponse inappropriée

Le patient est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées.

Oui Non Patient non concerné Réponse inappropriée

Observations

Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée & charte de l'enfant en secteurs accueillant des enfants.

Oui Non Non applicable

Etape 3 : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification (4)

- **Grilles HAS (suite): chir et secteurs interventionnels**

Consultation documentaire

La remise d'information et le recueil de la personne à prévenir et la personne de confiance sont tracés dans le dossier.

Oui Non Patient non concerné Réponse inappropriée

La pose du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées :.? dans le dossier du patient ;.? dans la lettre de liaison et/ou les documents de sortie ;.? et, s'ils existent, dans le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique.

Oui Non Patient non concerné Réponse inappropriée

Lorsque le patient a rédigé des directives anticipées, celles-ci sont tracées dans le dossier.

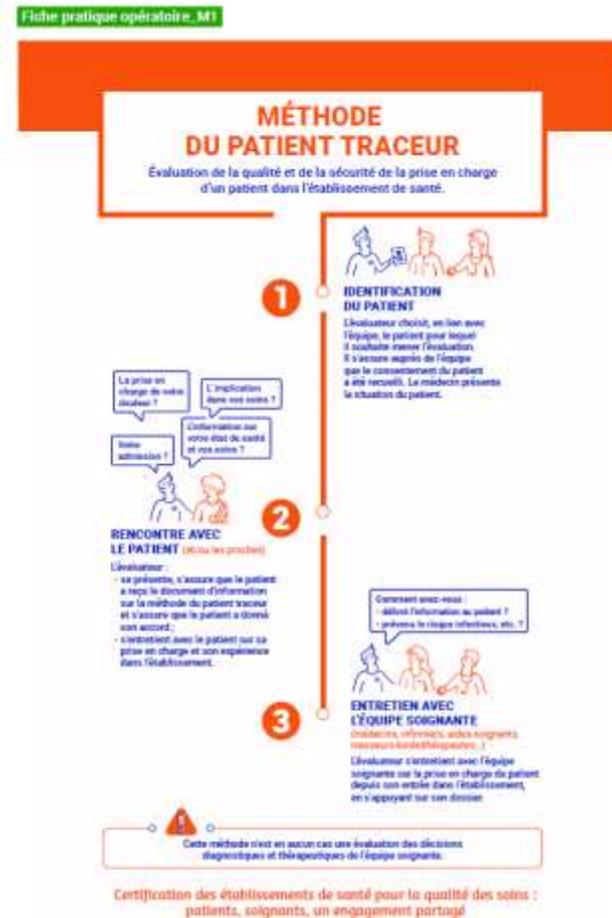
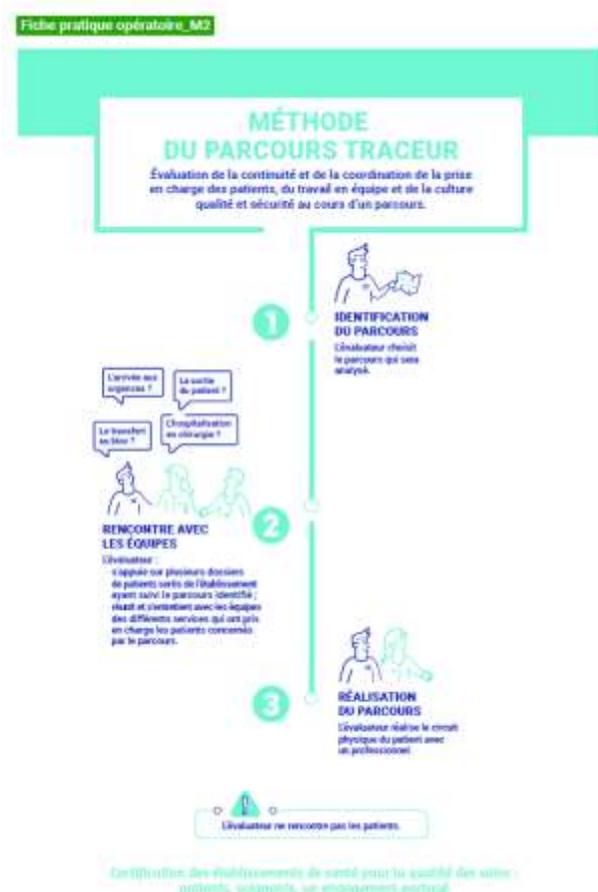
Oui Non Patient non concerné Réponse inappropriée

L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin niveau de douleur est précisé).

Oui Non Patient non concerné Réponse inappropriée

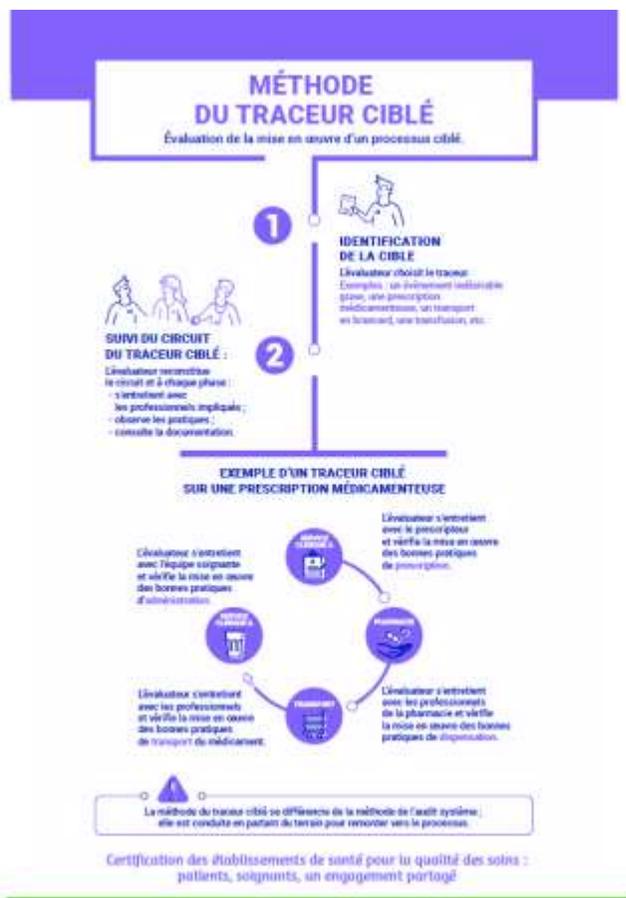
Etape 3 : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification (5)

- Outils pédagogiques HAS et vidéos pour bien comprendre



Etape 3 : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification (6)

- Outils pédagogiques HAS et vidéos pour bien comprendre (Suite)



Etape 3 : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification (7)

• Autres Outils pédagogiques HAS (suite)



**Évaluation des secteurs
interventionnels**
selon le référentiel de certification

Derrière le terme « **secteurs interventionnels** » s'entendent particulièrement les points suivants :

- des secteurs dédiés à la réalisation d'actes invasifs (urgents/programmés : cadre de la permanence des soins) ;
- des compétences médicales et paramédicales reconnues ;
- pour les prises en charge des césariennes, 2 types d'organisation pourront être rencontrés :
- une zone d'accouchement et une salle d'opération dédiée dans un bloc opératoire, avec une salle réservée pour les césariennes ;
- une zone d'accouchement et un bloc opératoire intégré où sont réalisées les césariennes.

La radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie et réalisée sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (Rx, ultrasons, scanner, IRM).

Dispositif médical : « Tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

3. L'utilisation de la *check-list*

👁️ La *check-list* sécurité patient doit être une **priorité pour tous** :

- un engagement de la direction ;
- un engagement de la commission/conférence médicale d'établissement
- un relais effectif de l'encadrement, responsable de pôle, conseil de bloc, cadres de santé ;
- la participation de l'ensemble des professionnels qui exercent au bloc opératoire.

Son principal objectif est de sécuriser la prise en charge des patients dans les secteurs interventionnels en favorisant la communication entre tous les acteurs impliqués.

Lors de la visite, **vous devez vous assurer** que :

- la *check-list* est intégrée à la pratique et réalisée pour chaque acte interventionnel ;
- la réalisation de la *check-list* se fait en 3 temps :
 - avant l'induction anesthésique,
 - avant l'intervention chirurgicale,
 - en fin d'intervention et avant la sortie du patient de la salle de bloc opératoire.
- le temps de la *check-list* est un partage exhaustif d'informations entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge en salle. Il nécessite d'impliquer activement le patient (temps 1) ;
- les évaluations indispensables de la *check-list* : évaluation de sa mise en œuvre par les équipes, suivi d'indicateurs, et analyse pratiques.

4. Zoom sur la prévention et la prise en charge précoce de l'HPPI au bloc obstétrical

👁️ Concernant les bonnes pratiques liées à la prévention et à la prise en charge précoce de l'HPPI, **vous vous assurez** que :

- le matériel d'urgences vitales est vérifié et conforme ;
- la procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels ;
- l'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.

L'indicateur IQSS HPPI n'est plus obligatoire depuis 2017 mais l'établissement peut continuer à le suivre en interne s'il le souhaite.

Etape 3 : Comprendre les différents types d'évaluation utilisés pour cette certification (8)

• Autres Outils pédagogiques HAS (suite)



Évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents
selon le référentiel de certification

Les enfants et adolescents constituent une population : « [...] âgée de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable » - Convention internationale relative aux droits de l'enfant de 1989.

Enjeux nationaux

- Implication et prévention des ruptures de prise en charge.
- Accès à un environnement adapté.
- Continuité de la vie familiale, sociale et scolaire.
- Prévention et détection précoce.
- Accès à l'innovation et la recherche.

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous devez vous assurer que les enfants et les adolescents sont hospitalisés dans un environnement adapté à leur maturité.

Par exception, dans le cas où un enfant ou un adolescent est hospitalisé avec des adultes, **vous serez vigilant** à ce que :

- il soit hospitalisé en chambre seule ;
- les professionnels sont formés aux spécificités de leur prise en charge ;
- le matériel est adapté (par exemple, les lits, les appels malades, etc.) et permet l'atteinte des objectifs du projet de soin.

1. L'environnement de l'enfant/adolescent hospitalisé



Principe

Idéalement les enfants/adolescents sont réunis par groupe d'âge
Il faut éviter l'hospitalisation d'un mineur dans un secteur d'adultes



Exceptions

Elles sont encadrées (chambre seule, professionnels formés) et le jeune patient doit conserver un environnement adapté (matériels, nutrition, dossier médical adapté à la pédiatrie, etc.)



Évaluation de la culture de la pertinence et du résultat selon le référentiel de certification

- La pertinence, c'est l'ensemble des actions qui permettent de décider **le bon acte, au bon patient, au bon endroit, au bon moment**.
- La pertinence vise **les interventions, les prescriptions, les modes de prise en charge, les parcours**.
- Les grandes catégories de **situations de « non-pertinence » sont les soins inutiles, l'absence de soin, le défaut de soins**.

Un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût.

Cela signifie que le soin a été choisi parmi des alternatives ayant démontré leur efficacité, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour une affection et pour un patient donné.

Un soin ne peut être pertinent que si certaines conditions sont satisfaites :

- les compétences techniques et les autres ressources nécessaires au soin doivent être disponibles, en sorte qu'il puisse être dispensé selon les bons standards ;
- les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de tous les soins potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination du soin pertinent parmi ceux dont l'efficacité est connue. Leurs préférences seront indicatives non seulement de l'objectif principal qu'ils espèrent atteindre, mais aussi de leurs perceptions des effets secondaires qui pourraient advenir ;
- la pertinence des soins doit également être considérée dans le contexte social et culturel actuel, et au regard de la juste répartition des ressources de santé.

Enjeux nationaux

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins pour les patients.
- Accroître la pertinence des soins, actes, examens dans le cadre des parcours de soins.
- Réduire les variations de pratiques médicales.
- Réduire le nombre d'actes non pertinents.
- Favoriser l'implication du patient dans la prise de décision partagée et la coordination de son parcours.
- Contribuer à la réduction des dépenses de santé.

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

⚠ L'évaluateur n'évalue pas la pertinence des décisions diagnostiques ou thérapeutiques, ni les résultats observés mais uniquement la capacité de l'équipe à s'évaluer.

👁 Évaluateur

Vous vous assurez que les équipes s'appuient sur leurs expertises, la balance entre les bénéfices et les risques, et les souhaits du patient pour justifier leurs décisions cliniques et évaluer la pertinence de leurs pratiques.

C'est-à-dire

→ Mesurer le résultat pour le patient au travers de ses résultats cliniques, de sa satisfaction et de son expérience de prise en charge.

Vous porterez un regard sur la capacité de l'équipes à analyser ses résultats, à rechercher les causes des écarts constatés entre observé et attendu et à mettre en place les améliorations nécessaires.

Ces analyses peuvent mobiliser des méthodes reconnues dont vous trouverez quelques exemples ici, et peuvent aussi résulter d'initiatives internes dont l'efficacité et la rigueur sont démontrées.

1. Évaluation de la culture de la pertinence

Évaluer la capacité de l'équipe à s'appuyer sur :

- Les expertises
 - les expertises individuelles et collectives
 - les connaissances scientifiques
 - les recommandations de bonne pratique
- La balance entre les risques et les bénéfices attendus
- Les préférences du patient, notamment quant aux alternatives thérapeutiques

Pour augmenter les choix cliniques et évaluer leur pertinence sur la base de :

- Des résultats cliniques pour le patient
- De sa satisfaction
- De son expérience de prise en charge

2. Analyse des résultats cliniques par l'équipe et leur traduction en plans d'actions d'amélioration

Évaluer la capacité de l'équipe à :

- Apprendre de l'analyse de ses pratiques et de ses résultats cliniques
- Identifier les écarts entre le résultat obtenu et attendu, et à mener des actions pour améliorer ses résultats

Exemples de méthodes pour l'amélioration de la pertinence :

- Revue de pertinence des pratiques
- Revue de concertation pluridisciplinaire
- Indicateurs de pratiques cliniques
- Revue de mortalité et de morbidité
- EPP/DPC
- IQSS – ETE-ORTHO
- Exploitation de bases de données, registres, observatoires

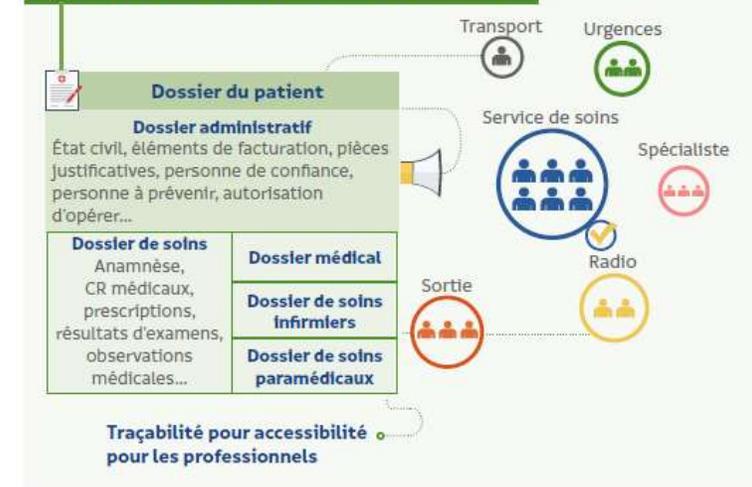


Évaluation du système d'information hospitalier (SIH) et du dossier patient selon le référentiel de certification

Concernant la complétude et l'accessibilité du dossier patient, **vous veillerez** :

- à ce qu'il soit complet ;
- qu'il intègre toutes les informations utiles en amont tout au long de la prise en charge du patient jusqu'à sa sortie ;
- qu'il soit accessible par les professionnels impliqués quelle que soit l'unité de production des soins ou le lieu de stockage (secrétariat, bloc, imagerie...).

3. Complétude et accessibilité du dossier



- Le système d'information de l'hôpital peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique.
- Le Dossier Patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.



Enjeux nationaux

- Améliorer la pertinence et la continuité de la prise en charge sans rupture pour le patient.
- Contribuer à repenser l'hospitalisation en un parcours de soins.
- Harmoniser les services numériques des établissements de santé.
- Permettre la communication, la coordination et l'information entre les acteurs de soins et les patients.
- Assurer la traçabilité de toutes les actions effectuées.

Etape 4 : Auto-évaluation (1)

- **Pourquoi ?**

- Faciliter l'appropriation du référentiel par les professionnels ;
- S'évaluer sur les critères du référentiel qui lui sont applicables.
- Anticiper la visite auprès des professionnels : moins de stress, démarche qualité facilitée et mieux acceptée car « **Des méthodes d'évaluation proches du terrain** »
- Chaque méthode se décline dans une grille d'évaluation qui intègre les éléments d'évaluation de l'ensemble des critères, génériques et spécifiques, de la cible évaluée

Etape 4 : Auto-évaluation (2)

Méthodes	Entretien			Consultation		Observation Entretien
	Patient	Équipe	Gouvernance	Dossier du patient	Autres documents	
Patient traceur	●	●		●		●
Parcours traceur		●		●		●
Traceur ciblé		●	●		●	●
Audit système		●	●		●	

Etape 5 : En même temps, mettre en place les incontournables (infos patients affichées, fiche informations patients, EPP....)(1)



- **Vérifier ses affiches**
- **Vérifier les documents d'information patients à disposition** (projet naissance et directive anticipées !)
- **Vérifier la Maj des protocoles et s'il en manque les écrire** (manuel qualité à jour ?)
- **Vérifier les EPP, indicateurs** en cours ou à mettre en place
- **Vérifier la MAJ du paqs du secteur de naissance, de sa cartographie** des risques
- **Pour ce faire, créer au niveau local un groupe qualité s'il n'existe pas avec réunions régulières et courtes par 15 jours, au moins 6 mois avant la visite :** partage des actions (pilotes), communication (info news), cohérence interne de la démarche mais communiquer et se coordonner avec le central +++

Etape 5 (2): Plan action maternité

PAQSS Maternité juin 2021 [Lecture seule] - Excel

Plan d'action Obsétrique/consultation. Certification V2020

N°	Action	Pilote	étape	Contenu des étapes	Date début	Date de fin	Suivi	Avancement	Réalisé	Reste à faire
Documentation										
A	Fiches de poste	N. Monier	A1	Mise à jour des fiches de poste en SDC	Janv-21	avr-21	●	●	SF SDC, AP SDC	ASH SDC
			A2	Mise à jour des fiches de poste en GHR	Janv-21	avr-21	●	●	AP GHR	SF GHR, ASH GHR
			A3	Mise à jour des fiches de poste en consulti	Janv-21	avr-21	●	●	AP consultation, IDE consultation, SF cc, SF coordinatrice	
			A4	Mise à jour des fiches de poste en SDN	Janv-21	avr-21	●	●	ASH BOB, SF consult terme, AP BOB	SF BOB, SF bloc, SF coordinatrice
B	Protocoles	J. Gony	B1	Mise à jour PCA	oct-20	mars-21	●	●	Protocoles en cours de relecture	validation et diffusion
			B2	Mise à jour d'un PCA automatique pour les protocoles	avr-21	sept-21	●	●	Service pilote, attente retour informatique	
C	Manuel Qualité SDN	F. Vendittelli	C1	Mise à jour	fév-21	juin-21	○	○		A faire
D	Protocole organisation Qualité pole FEE	F. Vendittelli	D1	Mise à jour	fév-21	juin-21	○	○		
E	Mise à jour de la carto des risques	L. Ducros	E1	Mise à jour	juil-20	juin-21	●	●	1ère réunion faite, carto mise à jour	plan d'action à faire (téléphone de garde...)
Formations										
F	Arrêt Cardio-respiratoire	C. Desmartins	F1	Mise en place de formation	fév-21	mars-21	●	●	Formation programmée, inscriptions en cours, salle réservée	
			F2	Déroulement des formations	mars-21	sept-21	●	●	Formations débutées le 03 mai	
G	Formation basse fidélité obstétrique	J. Gony, F. Pécillon, C. Texier, R. Colas	G1	Mise en place ballon Bakri	Janv-21	Janv-21	●	●	Formation faite aux internes, eménagement ok	
			G2	Extractions instrumentales	fév-21	fév-21	●	●	1er formation faite le 01/02	Autres dates à programmer,
			G3	Dystocie des épaules, mensuration du siège	fév-21	juin-21	●	●	Prévue le 29/03, inscriptions ok, salle ok	recupérer mannequins, eménagement...
			G4	Dystocie épaules/ formation obligatoire	mars-21		○	○		A mettre en place
H	Formation bloc obstétrical	J. Gony, A. Bruhnes	G5	Réanimation néonatale	fév-21	juin-21	○	○		A organiser
			H1	Formation SF et AP au bloc	mai-21	sept-21	○	○		A organiser
EPP										
I	EPP HDD	J. Gony	I1	Mise à jour	Janv-21	avr-21	●	●	Mise à jour ok	
J	EPP RAC	J. Gony	J1	Mise à jour	Janv-21	fév-21	●	●	Mise à jour ok	
K	EPP temps d'attente	D. Gallot	K1	Mise à jour	Janv-21	avr-21	●	●	Mise à jour ok	
L	EPP analyse ERCF	F. Vendittelli	L1	Mise à jour	Janv-21	avr-21	●	●	Fait	
M	EPP peau à peau per	J. Gony	M1	Mise à jour	Janv-21	fév-21	●	●	EPP cloturée	
N	EPP automatisé portogramme	F. Vendittelli	N1	A mettre en place	fév-21	juin-21	○	○	En cours	Attente indicateur Icos. Tableau à mettre en forme
O	EPP utilisation synto	C. Barsinski	O1	Mise à jour	Janv-21	mai-21	●	●	Mise à jour ok	
P	RMM, bilan 2020	M. Accoceberry	P1	Mise à jour	Janv-21	mars-21	●	●	Mise à jour ok	
Communications										
Q	Infonews qualité	C. Desmartins, E. Blanchet	Q1	Mise en place d'une newsletter qualité "Inf	fév-21	sept-21	●	●	1er envoi le 29/04	2è numéro à préparer
R	Affichage à destination des patientes	A. Viallon	R1	Consultation	Janv-21	juin-21	○	○		Chercher les affichages obligatoires, vérifier que affichage effectif
			R2	GHR	Janv-21	juin-21	○	○		Chercher les affichages obligatoires, vérifier que affichage effectif
										Chercher les affichages obligatoires, vérifier que

FICHIER ACCUEIL INSERTION MISE EN PAGE FORMULES DONNÉES RÉVISION AFFICHAGE

Couper Copier Reproduire la mise en forme Police Alignement Nombre Style Cellules Édition

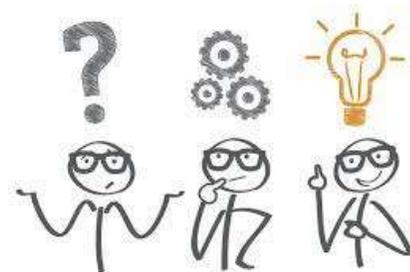
Calibri 11 Standard Normal Insatisfaisant Neutre Satisfaisant

Renvoyer à la ligne automatiquement Mise en forme conditionnelle Mettre sous forme de tableau Insérer Supprimer Format Remplissage Effacer Trier et Rechercher et filtrer

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
40	S	Affichage à destination des professionnels	N. Monier	S2	GHR	janv-21	juin-21		☐	Affiche arret cardio-respi fait	affichage 5B/médicaments								
41				S3	SDC	janv-21	juin-21		☐	Affiche arret cardio-respi fait	affichage 5B/médicaments								
42				S4	SDN	janv-21	juin-21		☐	Affiche arret cardio-respi fait	affichage 5B/médicaments								
43	T	Projet de naissance	A. Viallon	T1	Remise fiche info projet naissance à chaque patiente	janv-21	juin-21		●	Fiche validée	Tracer la diffusion ? La systématiser ? Tracabilité Icos en cours								
44				Projets de service / Actions spécifiques															
45	U	Audit info bénéfique/risque césariennes programmées	J. Gony	U1	Audit de 20 dossiers	févr-21	mars-21		●	Audit fait, plan d'action à faire									
46				U2	Plan d'action et communication	mars-21	juin-21		○		A faire								
47	V	Audit check-list bloc obstétrical	F. Vendittelli, J. Gony	V1	Audit de dossiers	févr-21	avr-21		●	100 requêtes sur dossiers faites. 6 observations au bloc									
48				V2	Plan d'action et communication	avr-21	sept-21		○		A faire								
49	W	Audit proposition entretien prénatal précoce (+projet post-natal)	F. Vendittelli, Etudiant Sanou	W1	Audit de dossiers	févr-21	avr-21		●	59 entretiens réalisés. Analyse en cours									
50				W2	Plan d'action et communication	avr-21	sept-21		○		A faire								
51	X	Audit proposition projet naissance (+directives anticipées)	F. Vendittelli, F. Delava	X1	Audit de dossiers	févr-21	avr-21		○	51 entretiens réalisés. Analyses stat faites									
52				X2	Plan d'action et communication	avr-21	sept-21		○		A faire								
53				Y1	Gestion des déchets	févr-21	juin-21		○										
54	Y	Plan d'action patient traceur 2020	N. Monier	Y2	Mise en place d'une étiquette/formulaire refus bracelet	févr-21	mars-21		●	Fait, formulaire à jour									
55				Y3	Prescription en DCI	févr-21	avr-21		○										
56				Y4	Nom complet des pédiatres sur feuilles prescription	févr-21	mars-21		●	Communication avec les pédiatres du service									
57	Z	Mise à jour du site internet/page pole FEE	N. Monier	Z1	Mise à jours des noms	févr-21	juin-21		☐		A faire								
58	AA	Plan d'action suite questionnaire satisfaction des patientes	N. Monier	AA1	Amélioration allaitement	févr-21	juin-21		●	Temps référente allaitement, staff, mise en place d'affiche/10 commandements dans les chambres, 5 temps de formation à destination des professionnels en mai et juin									
59				Entretien locaux															
60	AB	Entretien locaux BOB	J.Gony	AB1	Travaux peinture	avr-21	sept-21		○		Visite avec M. Jacquet le 13-04. Travaux à prévoir								
61				AB2	Entretien bouches aération	avr-21	sept-21		○		Visite avec S. Rodriguez prévu								
62				AB3	Portes incendies	avr-21	sept-21		○		A revoir avec M. Valleix								
63		Entretien locaux SDC	E. Blanchet/ F. Delava																
64																			
65				Audit managérial des services															
66	AB	???	N. Monier	AB1							A faire/ mois. Audit restreint								
67																			
68																			
69																			
70																			
71																			
72																			
73																			
74																			

Etape 5 (3) : faire le point sur ses EPP (ex)

- **Alors EPP sur HPP ancienne** et MAJ n-1 faite et a été remontée à la commission EPP de notre ES
- **Pertinence des soins** : ok car revue de pertinence sur les césariennes programmées terminée (RSP), sur interprétation RCF (RSP), etc. MAJ annuelles a été faite et remontée à la commission APP. Travail en cours avec central sur blood management +++
- **Suivi indicateurs spfs maternité en place** : préparation tableau bord indicateur audipog et certificat de participation à la base audipog



Comparaison des indicateurs de votre maternité à ceux du Réseau Sentinelle AUDIPOG

Ce document est un outil d'évaluation des pratiques dans votre maternité

Il vous est proposé de réaliser, à partir des données de votre maternité :

- le calcul de vos propres indicateurs (de recrutement, de pratiques et de résultats) et de les confronter à ceux du Réseau Sentinelle ;
- le calcul de vos propres indicateurs (de pratiques et de résultats) dans deux sous-groupes « primipares à bas risque » et « multipares à bas risque » (cf. définition en bas de la 4^e page et de les confronter à ceux observés dans ces mêmes sous-groupes au sein du Réseau.

Indicateurs de santé périnatale

Indicateurs de recrutement	Réseau Sentinelle 2016 (n=8198)	Votre maternité 2019 (n=3894)
	Taux standardisés %	Taux bruts %
Âge maternel		
< 20 ans	1,8	2,0
20-34 ans	76,3	76,4
≥ 35 ans	21,9	21,6
Situation de famille		
célibataire	7,2	10,2
vit en couple	52,2	55,2
marlée	40,4	34,4
autre	0,2	0,2
DMC		
< 18,5	6,9	6,7
25-29	20,5	21,3
30-39	10,8	12,8
≥ 40	1,0	2,0
Tabagisme pendant la grossesse	12,5	15,9
Parité		
0	42,9	34,4
1	35,4	39,0
2	13,6	15,9
3 et +	8,1	10,7
Antécédent de césarienne chez les multipares	15,5	17,1
Antécédents périnataux chez les multipares		
au moins un antécédent périnatal	10,9	13,7
antécédent de prématurité	9,8	13,5
antécédent de mort-né	1,1	0,4
antécédent de mort néonatale	0,8	0,6
Grossesse multiple (/ mère)		
gémellaire	1,7	2,3
triple et plus	0,0	0,0

Dérèglement de la grossesse et du travail Suites de couches	Réseau Sentinelle 2016 (n=8198)	Votre maternité 2019 (n=3894)
	Taux standardisés %	Taux bruts %
AG à la 1 ^{re} consultation à la maternité < 14 SA	25,4	37,6
Hospitalisation en cours de grossesse	16,0	12,0
Amniocentèse	2,2	2,2
Existence d'une pathologie de la grossesse	40,9	42,3
Si oui, type de pathologie :		
MAP	5,1	3,3
Hypertension	2,4	2,9
Protéinurie avec ou sans œdème ⁽¹⁾	1,1	1,0
Diabète	9,7	13,1
Infection urinaire ⁽²⁾	2,3	2,6
Infection cervico-vaginale ⁽²⁾	2,8	8,3
Hydramnios	0,5	0,5
Oligoamnios sans RPM	0,7	0,8
RCU (diagnostiqué in utero)	3,1	3,3
Macrosomie	2,2	3,3
Signes d'hypoxie fœtale ⁽¹⁾	0,6	0,5
Corticothérapie anténatale⁽³⁾		
si accouchement < 33 SA	76,5	75,7
si MAP et accouchement < 33 SA ⁽²⁾	89,6	91,7
Membranes rompues avec travail retardé (RPM)	25,2	20,2
Mode de début du travail		
spontané	68,3	65,6
déclenchement artificiel	22,4	24,3
césarienne avant travail	9,3	10,1
Si déclenchement, motif		
accouchement programmé	1,2	1,2
grossesse prolongée	5,6	3,2
pathologie maternelle	4,5	5,6
pathologie fœtale (et mort in utero)	2,8	3,8
RPM sans contraction	4,9	7,1
autre	3,4	3,4
Anesthésie		
aucune	14,9	10,6
péridurale	72,4	77,4
rachimésthésie	10,8	10,0
générale	1,5	1,7
locale ou autre	0,4	0,3
Délivrance dirigée⁽²⁾	89,1	98,3
HPP immédiat⁽²⁾		
≥ 500 ml (VB + Césa)	5,6	11,0
≥ 1 000 ml (VB + Césa)	3,1	3,9
≥ 1 000 ml si VB	2,8	1,7
≥ 1 000 ml si césarienne	4,1	13,6
Épisiotomie⁽²⁾	20,8	9,6
Déchirure périnéale⁽²⁾		
1 ^{re} - 2 ^e degré	52,6	69,6
3 ^e - 4 ^e degré	1,2	1,9
Existence de pathologie des suites de couches	13,3	45,3
Dont infection ⁽²⁾	1,4	3,5
Sortie précoce⁽⁴⁾		
≤ 72h (ou ≤ 3j) si V.B	14,6	86,4
≤ 96h (ou ≤ 4j) si césarienne	7,9	36,5
Transfert ou mutation	1,2	0,4
Allaitement maternel exclusif à la sortie⁽¹⁾	60,9	55,3

Déroutement de l'accouchement État du nouveau-né Gr. uniques et jumeaux séparés (taux rapportés aux enfants)	Réseau Sentinelle 2016			Votre maternité 2019		
	Gr. uniques	Gr. jumeaux		Gr. uniques	Gr. jumeaux	
	(n=8049) Tx. stand. %	J1 (n=147) Tx. stand. %	J2 (n=147) Tx. stand. %	(n=3803) Tx. bruts %	J1 (n=90) Tx. bruts %	J2 (n=90) Tx. bruts %
Présentation						
sommet	95,8	69,1	44,4	96,0	64,7	58,7
siège	3,8	26,0	47,7	3,6	33,0	33,3
autre	0,4	4,9	7,9	0,4	2,3	8,0
Mode d'accouchement						
voie basse spontanée	68,4	41,1	25,8	70,6	41,6	31,0
intervention voie basse	12,7	9,4	24,3	12,1	9,0	17,2
césarienne	18,9	49,5	49,9	17,3	49,4	51,8
Intervention voie basse						
forceps	3,2	1,6	0,4	1,0	2,2	0
spéciale	3,2	3,3	2,4	0	0	0
ventouse	5,5	1,7	3,4	10,8	6,8	8,0
autre	0,8	2,8	18,1	0,3	0	9,2
		J1+J2			J1+J2	
Terme						
< 33 SA	1,1	10,1		2,5	14,4	
33-36 SA	4,4	43,2		4,3	34,4	
Apgar à 5 min ≤ 5	0,9	5,0		2,0	6,5	
Poids de Naissance						
< 1500 g	0,8	7,9		1,9	8,9	
1500-2499 g	4,5	52,9		5,7	47,3	
2500-3999 g	87,2	39,2		86,4	43,8	
≥ 4000 g	7,5	0		6,0	0	
Transfert ou mutation						
immédiat	4,9	39,7		9,0	47,7	
différé	0,8	0,2		0,7	0	
Décès in utero ou en salle de naissance	0,4	3,0		0,8	2,8	

Étude des césariennes (taux rapportés aux mères)	Réseau Sentinelle 2016 (n=8198)			Votre maternité 2019 (n=3894)		
	Taux standardisés %			Taux bruts %		
Césarienne (taux global)	19,4			18,0		
Césarienne (NTSV) ⁽⁵⁾	16,3			12,4		
Césarienne si utérus cicatriciel	60,1			62,3		
Césarienne si siège	72,8			69,4		
Césarienne si jumeaux	52,4			50,6		
Classification de Robson ⁽⁶⁾	Relatif	Césa	Contrib	Relatif	Césa	Contrib
Gp 1	28,9	8,9	2,6	21,1	6,9	1,5
Gp 2	11,7	32,6	3,8	9,2	25,0	2,3
Gp 2a	10,7	26,3	2,8	8,6	19,8	1,7
Gp 2b	1,0	100	1,0	0,6	100	0,6
Gp 3	29,8	2,6	0,8	35,8	2,6	0,9
Gp 4	10,6	15,9	1,7	13,5	15,5	2,1
Gp 4a	9,4	5,6	0,5	12,6	9,4	1,2
Gp 4b	1,2	100	1,2	0,9	100	0,9
Gp 5	7,5	56,8	4,3	8,8	54,6	4,8
Gp 6	2,8	84,0	2,4	1,7	63,6	1,1
Gp 7	2,4	58,1	1,4	3,1	72,6	2,2
Gp 8	0,8	42,5	0,3	1,1	30,2	0,3
Gp 9	0,4	85,9	0,4	0,4	68,8	0,3
Gp 10	5,1	35,1	1,8	5,3	35,1	1,9
Total	100	-	19,5	100	-	17,4

Indicateurs dans les sous-groupes de femmes « à bas risque ⁽⁷⁾ »

Variables de pratiques et de résultats	Réseau Sentinelle 2016		Votre maternité 2019	
	Bas risque primipare (n=2431) Tx. stand. %	Bas risque multipare (n=2427) Tx. stand. %	Bas risque primipare (n=326) Tx. bruts %	Bas risque multipare (n=415) Tx. bruts %
AG 1^{re} consultation à la mat. < 14 SA	15,7	19,5	37,2	42,1
Mode de début du travail				
spontané	74,9	82,8	77,0	82,9
déclenchement artificiel	23,9	14,9	22,7	16,6
césarienne avant travail	1,2	2,3	0,3	0,5
si déclenchement, motif				
accouchement programmé	0,7	0,6	0,3	0,5
grossesse prolongée	8,8	3,6	4,5	4,0
pathologie maternelle	2,1	1,4	1,9	1,2
pathologie fœtale (et mort in utero)	1,4	0,9	2,9	2,2
RPM sans contraction	8,7	5,8	11,5	5,5
autre	2,2	2,6	1,6	3,2
Mode d'accouchement				
voie basse spontanée	63,1	89,5	68,2	88,2
intervention voie basse	23,7	5,1	21,3	7,2
césarienne	13,2	5,4	10,5	4,6
Anesthésie				
péridurale	89,9	70,4	95,1	81,3
rachianesthésie	1,1	4,0	1,2	1,0
générale	1,0	0,4	0,3	0
Prématurité	2,4	1,8	1,5	0
Restriction de croissance fœtale (< 5 e ⁽⁸⁾)	2,9	2,0	5,2	4,8
Apgar à 5min ≤ 5	1,1	0,6	0,9	0,2
Réanimation en salle de naissance	7,0	2,7	13,5	3,5
Transfert ou mutation				
immédiat	4,6	1,5	4,3	1,4
différé	1,2	1,1	0,3	0,7

ATTESTATION DE PARTICIPATION à la base de données AUDIPOG

L' **A**ssociation des **U**tilisateurs de **D**ossiers **I**nformatisés en
Pédiatrie, **O**bstétrique et **G**ynécologie
atteste que le

C.H.U. Estaing de Clermond-Ferrand

a participé au Réseau Sentinelle de 2015 à 2019

Lyon, le 03 mai 2021

Françoise VENDITTELLI
Directrice du comité scientifique
de l'AUDIPOG





Votre participation à la base de données AUDIPOG, souligne l'implication des professionnels de votre maternité, dans sa démarche d'amélioration continue dans la prise en charge des femmes enceintes, des parturientes, et de leur(s) nouveau-né(s).

Vous pouvez valoriser la participation de votre maternité à la base de données AUDIPOG, en remettant cette attestation à votre direction qualité, à votre compagnie d'assurance, notamment lors de son audit sur site, ainsi qu'aux experts de la HAS, lors de la visite de certification de votre établissement.

Le comparatif de vos résultats, ou de vos indicateurs de pratiques en regard des données de la base AUDIPOG (benchmarking), vous permettra de choisir les thèmes de vos évaluations de pratiques professionnelles, indispensables à la certification de votre établissement. Ce comparatif sera également utile à la validation individuelle de vos praticiens, dans le cadre de leur DPC.

L'AUDIPOG vous remercie pour votre participation et reste votre interlocuteur pour toute demande relevant de ses compétences.

Etape 5 (4) : faire le point sur ses EPP (suite)

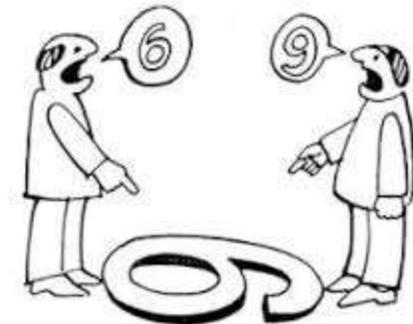
- **Rien de récent pour projet naissance, DA, checklist op, EPP et EPNP !**
- Donc Mise en place EPP sur EPP et EPNP, projet naissance et DA, audit checklist HAS avec enregistrement à la commission EPP de notre ES

n ≠ 50

- Discussion des actions d'amélioration découlant de l'évaluation 1 et intégration dans le plan d'action du CH

Etape 6 : En même temps, communiquer et informer les équipes

- Info news
- Réunion service avec les médecins +++
- Site intranet Pôle à jour
- Préparer calendrier des médecins pour les audits internes et la visite HAS
- En même temps des professionnels sont membres groupes institutionnels CH



- Outils
- Liens divers
- Pôle FEE
 - Présentation
 - Livrets d'accueil des professionnels
 - Infos pros
 - Documents Internes
 - Démarches qualité
 - Staff
 - Recherches en cours
 - Recherche par mots clefs
 - Liens internet
 - Liste des rapports
 - Synoptic Urgences Pédiatrique

Editer

Présentation

Nom	Taille	Date de modification
1- les secteurs du pôle	359 Ko	09/06/2021 12:12:39
2- plans des secteurs du pôle	2 585 Ko	07/06/2021 15:12:10
3- les médecins du pôle	180 Ko	16/06/2021 16:03:42
4- les activités du pôle	28 Ko	17/01/2017 13:57:56
5- Répertoires téléphoniques	270 Ko	16/06/2021 11:04:57



- Outils
- Liens divers
- Pôle FEE
- Présentation
- Livrets d'accueil des professionnels
- Infos pros
- Documents Internes
- Démarches qualité**
- Staff
- Recherches en cours
- Recherche par mots clefs
- Liens internet
- Liste des rapports
- Synoptic Urgences Pédiatrique

Editer

Démarches qualité

Nom	Taille	Date de modification
 APP des secteurs du pôle	69 815 Ko	01/11/2017 17:09:53
 Cartographie des risques	5 472 Ko	19/05/2018 17:21:29
 Certification V2020	12 813 Ko	17/06/2021 10:27:09
 Certifications Iso 9001	144 Ko	30/06/2017 16:14:34
 compte rendu réunion contentieux-20.02.2020.pdf	14 591 Ko	27/02/2020 17:25:08
 EI	589 Ko	10/05/2019 17:59:32
 Patients traceurs	6 583 Ko	30/10/2017 16:19:45
 Programme actions amélioration secteur naissances	1 176 Ko	30/06/2021 10:53:08
 Réunions des référents qualité FEE	12 516 Ko	29/11/2019 19:25:51
 Satisfaction usagers	6 051 Ko	17/01/2017 13:46:52



- Outils
- Liens divers
- Pôle FEE
- Présentation
- Livrets d'accueil des professionnels
- Infos pros
- Documents Internes
- Démarches qualité**
- Staff
- Recherches en cours
- Recherche par mots clefs
- Liens internet
- Liste des rapports
- Synoptic Urgences Pédiatrique

Editer

Démarches qualité

Nom	Taille	Date de modification
 Suivi d'indicateurs	5 126 Ko	22/11/2019 19:42:02
1		2



- Outils
- Liens divers
- Pôle FEE
- Présentation
- Livrets d'accueil des professionnels
- Infos pros
- Documents Internes
- Démarches qualité**
- Staff
- Recherches en cours
- Recherche par mots clefs
- Liens internet
- Liste des rapports
- Synoptic Urgences Pédiatrique

Editer

Démarches qualité

Dossier parent : APP des secteurs du pôle

Nom	Taille	Date de modification
 Analyse des pratiques dans les secteurs de Pédiatrie	11 226 Ko	23/03/2020 13:56:34
 Analyses des pratiques dans les secteurs de Gynécologie Obstétrique	58 377 Ko	23/04/2021 19:39:53
 EPP du pôle FEE.pdf	197 Ko	06/11/2017 11:36:25



- Outils
- Liens divers
- Pôle FEE
- Présentation
- Livrets d'accueil des professionnels
- Infos pros
- Documents Internes
- Démarches qualité**
- Staff
- Recherches en cours
- Recherche par mots clefs
- Liens internet
- Liste des rapports
- Synoptic Urgences Pédiatrique

Site, Service ?

ex : Direction informatique, MoArchives...



Mme VENDITTELLI FRANCOISE

Editer

Démarches qualité

Dossier parent : APP des secteurs du pôle\Analyses des pratiques dans les secteurs de Gynécologie Obstétrique

Nom	Taille	Date de modification
Allaitement professionnels	671 Ko	23/04/2021 13:29:17
APP TERMINEES	17 821 Ko	23/04/2021 13:36:44
Checklist bloc obstetrique	855 Ko	22/06/2021 14:14:01
Delais attentes aux urgences secteur naissances	1 748 Ko	15/04/2021 19:06:33
Entretien Prénatal	1 210 Ko	22/06/2021 14:13:47
Hémorragies post partum	18 860 Ko	15/04/2021 19:44:24
Oxytocine	2 085 Ko	23/04/2021 13:35:47
Partogramme	1 199 Ko	17/03/2020 18:25:56
Pertinence RCF	5 265 Ko	29/01/2021 19:42:22
Projet Naissance	1 480 Ko	22/06/2021 14:13:47

1

2



Etape 7 : Préparer la visite en aidant les professionnels (rédaction de mémos, centraliser les documents utiles sur l'intranet du CH et si existe onglet de votre pôle)(1)

- Savoir trouver à tout moment et en toute circonstance les éléments utiles



Outils

Liens divers

Pôle FEE

Présentation

Livrets d'accueil des professionnels

Infos pros

Documents Internes

Démarches qualité

Staff

Recherches en cours

Recherche par mots clefs

Liens internet

 Liste des rapports

 Synoptic Urgences Pédiatrique

 Editer

Démarches qualité

Nom	Taille	Date de modification
 APP des secteurs du pôle	69 815 Ko	01/11/2017 17:09:53
 Cartographie des risques	5 472 Ko	19/05/2018 17:21:29
 Certification V2020	12 813 Ko	17/06/2021 10:27:09
 Certifications Iso 9001	144 Ko	30/06/2017 16:14:34
 compte rendu réunion contentieux-20.02.2020.pdf	14 591 Ko	27/02/2020 17:25:08
 EI	589 Ko	10/05/2019 17:59:32
 Patients traceurs	6 583 Ko	30/10/2017 16:19:45
 Programme actions amélioration secteur naissances	1 176 Ko	30/06/2021 10:53:08
 Réunions des référents qualité FEE	12 516 Ko	29/11/2019 19:25:51
 Satisfaction usagers	6 051 Ko	17/01/2017 13:46:52



- Outils
- Liens divers
- Pôle FEE
- Présentation
- Livrets d'accueil des professionnels
- Infos pros
- Documents Internes
- Démarches qualité**
- Staff
- Recherches en cours
- Recherche par mots clefs
- Liens internet
- Liste des rapports
- Synoptic Urgences Pédiatrique

Editer

Démarches qualité

Dossier parent : Certification V2020

Nom	Taille	Date de modification
2021-06-08 Calendrier visite HAS.pptx	415 Ko	09/06/2021 09:08:43
2021_06_08_DQGRDU Programme visite tri polaire.xlsx	426 Ko	09/06/2021 09:08:43
bilan FEI	762 Ko	10/06/2021 19:22:35
formations urgences vitales de pédiatrie	4 621 Ko	17/06/2021 09:43:55
Mémo antibioprophylaxie césarienne.pdf	324 Ko	14/06/2021 19:55:25
Mémo certification HPP.pdf	1 216 Ko	17/06/2021 10:27:09
Parcours traceurs	605 Ko	11/06/2021 12:09:08
Patient traceur	2 217 Ko	11/06/2021 12:05:21
Patient traceur Césa	2 217 Ko	11/06/2021 12:06:39



Etape 7 : Préparer la visite en aidant les professionnels (2)

- Rédiger des mémos et les diffuser avant la visite

[question d'un collègue « Françoise dois-je les apprendre par cœur ? »]



Etape 7 : rédiger des mémos (3)

Mémo « antibioprophylaxie et césarienne » pour visite HAS

Le 14 juin 2021

**Mémo « Hémorragie du post-partum » pour visite
de certification V2020**

Juin 2021

Etape 8 : Bien accueillir les experts

- Prévoir une grande salle avec accès à un ordinateur et donc au Dossier Patient et Intranet.
- Ceux connaissant le dossier patient doivent être là, ainsi que ceux connaissant la démarche qualité du secteur. Pluridisciplinarité utile +++
- Bloquer les agendas des médecins +++
- Accueil sans stress car préparation via les auto évaluations, infos +++, connaissance des mémos et où trouver les documents/ justificatifs



Conclusion

