



Particulier

AGISSONS POUR DEMAIN



SEPTEMBRE 2025

SÉCURITÉ DES SOINS POUR LES NOUVEAU-NÉS ET LES ENFANTS « LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DÈS LE DÉBUT ! »



**Semaine
de la sécurité
des patients**

**La sécurité des patients
dès le début de la vie !**
du 15 au 19 septembre 2025

www.sante.gouv.fr/ssp

**À l'occasion de la Semaine de la Sécurité des Patients 2025,
le CCECQA, en collaboration avec le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine,
consacre un dossier spécial
sur la sécurité des soins en période périnatale et néonatale.**

**Ce choix s'inscrit dans le prolongement du thème défini
par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
pour la Journée mondiale de la sécurité des patients :
« Des soins sûrs pour chaque nouveau-né et chaque enfant ».**

Sous le slogan « La sécurité des patients dès le début ! », l'OMS appelle à une **mobilisation urgente** afin d'éliminer les **préjudices évitables** dans les soins pédiatriques et néonataux. Relever ce défi implique des actions globales sur des **axes clés de la sécurité des patients : sécurité de l'accouchement et des soins postnataux, sécurité médicamenteuse, sécurité du diagnostic, sécurité vaccinale, prévention des infections et reconnaissance précoce de la détérioration clinique**. L'objectif affiché pour 2025 est de générer des améliorations tangibles tout en réaffirmant le **droit fondamental** de chaque enfant à **des soins sûrs et de qualité**.

Ce sujet revêt une **importance majeure** : les **nouveaux-nés** et les **enfants** présentent une **vulnérabilité accrue** aux **événements indésirables associés aux soins (EIAS)** [1-2], en raison de leur **immaturité physiologique**, de leur **dépendance complète** aux adultes et de la **complexité des prises en charge**. Les soins intensifs néonataux, les traitements médicamenteux, les actes diagnostiques ou thérapeutiques comportent des **risques spécifiques**, qui doivent être **identifiés, anticipés, prévenus** et **surveillés** avec rigueur.

D'ailleurs les 1000 premiers jours, débutant du 1er jour de la grossesse aux 2 ans de l'enfant, est une période reconnue comme essentielle pour le développement physique, psychique et social avec des impacts à long terme sur sa santé et son bien-être.

Une **méta-analyse internationale** publiée en 2022, regroupant **32 études menées dans 15 pays**, a révélé que les **événements indésirables graves (EIG)** concernaient en moyenne **9 % des enfants hospitalisés** [3], illustrant l'ampleur du phénomène.

En 2023, la **France** se situe au **22ème rang européen** en matière de **mortalité infantile**, avec un taux de **4 %**, soulignant une **situation préoccupante** au regard des standards européens. Dans ce contexte, les **analyses récentes** menées par la **Haute Autorité de Santé (HAS)** sur les **EIGS néonataux** [4] mettent en lumière à la fois des **axes de vulnérabilité** et des **opportunités concrètes d'amélioration**.

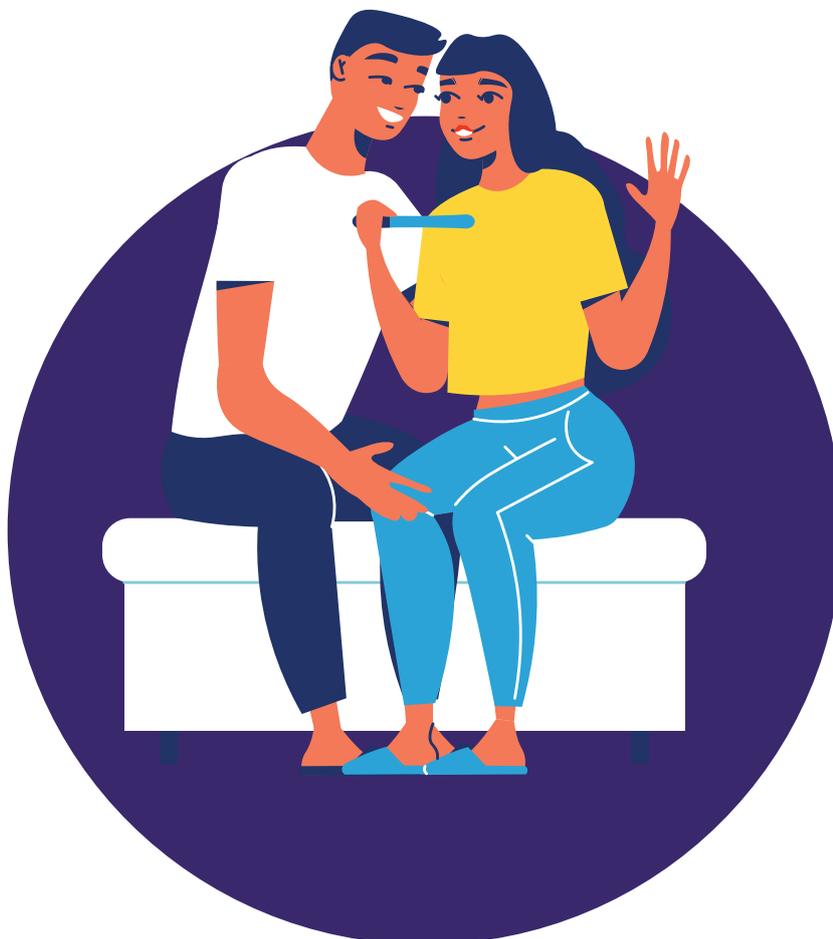
Les démarches engagées — qu'il s'agisse des **méthodes d'évaluation** dans le cadre de la **certification des établissements de santé**, de l'**accréditation des équipes médicales**, des **outils de coordination interprofessionnelle**, des **indicateurs de pratiques professionnelles**, ou encore des **dispositifs de communication** entre **soignants** et **usagers** — constituent autant de **leviers systémiques** pour renforcer la **qualité** et la **sécurité des soins en périnatalité**.

Cependant, ces efforts s'inscrivent dans un **environnement sous tension** : **pression hospitalière croissante**, **souffrance professionnelle persistante**, et **fragilité de la culture de sécurité** dans certaines organisations. Par ailleurs, une **exigence contemporaine** vient enrichir ce paysage : celle d'intégrer la transition écologique aux pratiques

de soins, selon une logique d'**écosoins** et de **responsabilité sociale et environnementale** du système de santé.

Ce **dossier thématique** vise à **croiser ces dynamiques** — **sécurisation des pratiques**, **formation des équipes**, **engagement des usagers**, **innovations organisationnelles** et **durabilité** — afin de **contribuer collectivement à l'amélioration de la santé périnatale** en France.

Ce CCECQA Particulier propose un dossier présentant des informations générales sur la périnatalité, des outils et des témoignages de professionnels de terrain. Les items intéressant la certification HAS et ses enjeux sont signalés tout au long du document. La liste des critères de certification HAS, en lien direct avec le secteur maternité, est présentée en annexe.





**Semaine
de la sécurité
des patients**

**La sécurité des patients
dès le début de la vie !**
du 15 au 19 septembre 2025

www.sante.gouv.fr/ssp

Ce dossier du CCECQA, réalisé en collaboration avec le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine, propose un ensemble de ressources dédiées à la périnatalité. Il comprend des informations générales, des outils pratiques ainsi que des témoignages de professionnels de terrain.

Les items en lien avec la certification HAS 2025 et ses enjeux sont signalés tout au long du document pour faciliter leur repérage.

En complément, la liste complète des critères de certification applicables aux secteurs de la maternité et de la néonatalogie est présentée en fin de dossier, afin d'offrir au lecteur un appui direct et continu pour ses démarches de mise en conformité et d'amélioration de la qualité

BON À SAVOIR...

Retrouvez ce numéro spécial en ligne et téléchargeable
sous format PDF :

<https://www.ccecqa.fr/actualites/>



Pour vous aider tout au long de la lecture,
un code couleur utile :



> **Bloc vert** = témoignages de professionnels impliqués



Accès aux outils

> **Bloc gris** = contenu donnant accès aux outils et sources

Critère 2.1-08

Critère 2.3-10

> **Encadré rouge et bleu** : références Critères Qualités

SOMMAIRE

I/ RUBRIQUE INFORMATIONS	6
A/ SANTÉ PUBLIQUE	
1/ Indicateurs de la santé périnatale en France et en Europe (2013–2023)	6
2/ Rapport de la Cour des comptes sur la politique de périnatalité [8]	9
3/ Rapport de la Haute Autorité de Santé – Événements indésirables graves associés aux soins chez les nouveau-nés (2025) [4]	10
B/ OBSTÉTRIQUE	11
1/ Risque infectieux	
2/ Complications maternelles postnatales, incidence et conséquences pour l'enfant	12
II/ RUBRIQUE OUTILS	15
A/ OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION	
B/ OUTILS DE DÉPISTAGE DE PATHOLOGIE ET SUIVI MÉDICAL	17
1/ En période péri conceptionnelle	17
2/ Suivi médical de grossesse	17
3/ Secteur des urgences maternité, grossesses à haut risque	18
4/ Secteur des suites de naissance et néonatalogie	19
C/ OUTIL STRUCTURATION PROJET DE PARENTALITÉ ET COMPARATIF AVEC LE PROJET DE NAISSANCE	21
D/ OUTILS DE PROMOTION AU PARCOURS PÉRINATAL	22
1/ Repérer les facteurs de risques psychosociaux et environnementaux	22
2/ Coordonner le parcours périnatal	24
3/ Proposer un parcours spécialisé	26
E/ PANORAMA DES INDICATEURS	32
1/ Indicateurs qualité et sécurité des soins	32
2/ Flash sur des indicateurs sentinelles et never events en maternité	33
3/ Outils PREMS et PROMS	34
4/ Qu'est ce qui est important pour vous ?	36
<p>Le programme international « What Matters to You » vise à renforcer le partenariat entre les professionnels de santé et les patients en recentrant les soins sur les priorités, les préférences et les valeurs individuelles des patients.</p>	
DOSSIER : IDENTIFICATION DU NOUVEAU-NÉ AVANT L'ATTRIBUTION	38
LES RISQUES D'IDENTIFICATION DES NOUVEAU-NÉS : enjeux et pistes d'amélioration	
ANNEXE & SOURCE	42

I. Information

Les indicateurs permettent de suivre l'état de santé périnatale à l'échelle nationale, régionale ou européenne, afin d'orienter les politiques de prévention et d'amélioration des soins.

A/ SANTÉ PUBLIQUE

1/ INDICATEURS DE LA SANTÉ PÉRINATALE EN FRANCE ET EN EUROPE (2013–2023)

a. Sources principales

- DREES (2023) – Indicateurs de santé périnatale : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> [5]
- INSERM / Rapport Euro-Peristat (2022) : <https://presse.inserm.fr/rapport-euro-peristat> [6]
- Sécurité sociale – Évaluation des politiques publiques (2023) : <https://evaluation.securite-sociale.fr> [7]
- Rapport de la Cour des Comptes (2024) : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/69727> [8]

Indicateur	Définition	France (2023)	France (2013)	Europe (2019)	Commentaires
Nombre de naissances vivantes	Total annuel des enfants nés vivants sur le territoire national.	676 380	781 621	–	Diminution continue sur les 10 dernières années.
Taux de prématurité	Part des naissances vivantes avant 37 semaines d'aménorrhée (SA).	6,6 %	6,0 %	6,9 % (médiane)	Stable depuis 2020 en France. Plus élevé dans les DROM (10,1 %).
Taux de mortinatalité	Nombre d'enfants nés > 22 SA ou > 500 g pour 1 000 naissances (vivantes + Mort-nés).	8,8 %	8,9 %	3,6 % (médiane)	Stable depuis 2016. Un des taux les plus élevés d'Europe et sans amélioration depuis 2000.
	Euro-Péristat : ≥ 24SA	2019 : 3.6‰ après IMG exclues		2.5‰ Morts-nés	Plus élevé que la médiane européenne après pondération.
Taux de mortalité néonatale	Décès d'enfants de moins de 28 jours suivant la naissance pour 1 000 naissances vivantes.	2.7 ‰			22ème sur 34 pays européens. 40 % des décès auraient pu être évités.
Proportion de mères ≥ 40 ans	Part des accouchements chez des femmes âgées de 40 ans ou plus.	5,5 %	4,0 %	–	Tendance à l'augmentation de l'âge maternel en France.
Proportion de mères < 20 ans	Part des accouchements chez des femmes de moins de 20 ans.	1,5 %	2,0 %	–	Diminution continue ; taux plus élevé dans les DROM (8 %).
Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.	8.5			60% estimés évitables.

b. Analyse et constats

L'analyse des indicateurs de santé périnatale en France entre 2013 et 2023 révèle plusieurs constats majeurs :

- Le taux de prématurité, bien que relativement stable autour de 6,6 %, demeure préoccupant, en particulier dans les départements d'outre-mer où il atteint jusqu'à 10 %.
- La mortalité (8,8 ‰) reste supérieure à la médiane européenne, malgré des efforts engagés pour améliorer la qualité des soins.
- Le nombre de naissances vivantes diminue régulièrement, traduisant un vieillissement de la population maternelle et des modifications sociétales majeures.
- On observe une augmentation significative des grossesses après 40 ans et une persistance des naissances chez les adolescentes, bien que cette dernière tendance soit en léger recul.

Toutefois, selon les rapports et les études, l'interprétation des indicateurs est parfois complexe lorsqu'il existe un écart entre les variables comme l'illustrent les taux de mortalité en Europe. En effet, la définition des seuils diffère et est propre à chaque pays européen. Par exemple, le seuil de viabilité d'un nouveau-né de 22 SA et/ou de 500 g en France est de 24 SA et/ou 500 g en Irlande. En Espagne, le seuil est approximativement de 180 jours de vie utérine (soit 28 SA) ; les enfants nés vivants et ayant vécu moins de 24 heures après clampage du cordon ombilical sont donc assimilés à des enfants Mort-nés. La comparabilité des données est donc compromise à l'échelle européenne mais un protocole est en cours de réalisation afin de pondérer l'interprétation des données.

Pour résumer,

L'évolution de ces constats pose des défis majeurs en termes d'organisation des soins, de formation des professionnels, d'accessibilité aux dispositifs de prévention, et de réduction des inégalités territoriales.



Accès aux sources

DREES (2023)
Indicateurs de santé
périnatale :



INSERM / Rapport Euro-Peristat
(2022)



Sécurité sociale – Évaluation des
politiques publiques (2023)



Rapport de la Cour
des Comptes (2024)



c. Typologie d'actions ciblées pour améliorer les indicateurs périnataux

L'analyse des indicateurs permet ainsi de proposer plusieurs actions en ce sens.

- **PRÉMATURITÉ** : Larroque et al., BJOG, 2020 WHO, 2022
 - Déploiement de programmes de prévention en soins primaires.
 - Amélioration du repérage du risque obstétrical.
 - Protocoles de transfert adaptés.
- **MORTINATALITÉ** : Euro-Peristat, 2022 Draper et al., The Lancet, 2021
 - Surveillance fœtale renforcée.
 - Suivi rapproché des grossesses à risque.
 - Audits cliniques des décès périnataux.
- **MORTALITÉ INFANTILE** : INSERM, 2021 UNICEF, 2023
 - Suivi néonatal renforcé.
 - Accès équitable aux soins spécialisés.
 - Éducation des parents sur les signes d'alerte.
- **ÂGE MATERNEL ≥ 40 ANS** : DREES, 2023 WHO, Maternal Age Report, 2022
 - Consultations préconceptionnelles ciblées.
 - Suivi renforcé des grossesses tardives.
 - Politiques périnatales prenant en compte l'âge maternel avancé.
- **NAISSANCES < 20 ANS** : HAS, 2022 INED, 2020
 - Programmes d'éducation à la santé sexuelle.
 - Accès facilité à la contraception.
 - Accompagnement médico-social des jeunes mères.

2/ RAPPORT – RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES SUR LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ [8] – Date : Mai 2024 Documents | Cour des comptes

La Cour des comptes a analysé dans son rapport thématique la politique publique de périnatalité en France, définie comme la période allant de la fin du 1er trimestre de grossesse jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Ce rapport est rédigé dans un contexte plus global d'une politique des 1000 premiers jours.

a. Objectifs du rapport

Le rapport thématique de la Cour des comptes évalue l'efficacité des dispositifs en place, à l'heure où les dépenses liées à la périnatalité atteignent 9,3 milliards d'euros (en hausse de 9 % depuis 2016), dans un contexte de baisse de la natalité (-5,3 %).

b. Constats principaux

1. Des résultats sanitaires préoccupants :

Les résultats sont présentés supra dans le tableau p3.

2. Des inégalités sociales et territoriales marquées

- Précarité, origine étrangère et territoires ultramarins sont associés à une morbidité maternelle et infantile accrue.
- Le manque d'un registre unifié des naissances empêche une analyse fine et utile à l'action publique.

3. Une organisation des soins inadaptée

- Réglementation des maternités obsolète, maternités de petite taille fragilisées.
- Forte tension sur les ressources humaines médicales et disparités en soins néonataux critiques.

4. Une prévention insuffisante

- Faible recours aux entretiens prénatal et postnatal précoces.
- Facteurs de risque (obésité, tabac, alcool) encore trop présents malgré les recommandations sanitaires.

5. Un accompagnement parental fragmenté

- La stratégie des « 1 000 jours » est positive mais incomplète.
- Accès insuffisant à la psychiatrie périnatale.
- Le programme Prado maternité a fait ses preuves et ne devrait pas être démantelé sans solution équivalente.

c. Recommandations principales de la Cour des comptes – versant politiques publiques

- Créer un registre national des naissances via l'enrichissement du SNDS¹.
- Revoir les normes des maternités, notamment pour celles de petite taille.
- Intégrer les enjeux de qualité et de sécurité des soins dans la stratégie des « 1 000 jours ».
- Maintenir le dispositif Prado maternité tant que des alternatives efficaces ne sont pas disponibles.
- Renforcer la prévention périnatale, en particulier l'entretien prénatal précoce.
- Adapter la stratégie aux spécificités des territoires d'outre-mer.

¹ Système national des données de santé

3/ Rapport de la Haute Autorité de Santé – Événements indésirables grave associés aux soins chez les nouveau-nés (2025) [4]

Le rapport de la HAS vient compléter celui de la Cour des comptes et des indicateurs épidémiologiques en santé périnatale et s'intéresse aux événements indésirables survenant lors des soins des nouveau-nés.

a. Synthèse du rapport

Le rapport de la HAS analyse 328 signalements d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus en période néonatale entre mars 2017 et mai 2024 : 54 % ont entraîné le décès du nouveau-né, 31 % ont engagé le pronostic vital, et 15 % ont généré des séquelles. Près de 6 cas sur 10 étaient jugés évitables. Les causes principales identifiées sont les erreurs médicamenteuses, les défauts de communication, les ruptures de coordination, les erreurs de diagnostic et des défauts de surveillance périnatale.

b. Retours d'expérience issus du rapport

Le rapport présente également des retours d'expérience issus de situations cliniques concrètes. Il souligne l'importance de la coordination interprofessionnelle, de la transmission claire des consignes, et de l'anticipation des situations à risque. Plusieurs situations décrivent des erreurs d'administration médicamenteuse (confusion de dosage, voie d'administration erronée), des retards de diagnostic lors de détresse néonatale, ou encore des ruptures de parcours liées à des transferts non anticipés. Ces retours d'expérience ont servi de base pour construire les recommandations pratiques du rapport.

c. Les 10 axes d'amélioration recommandés – versant qualité des soins

- 1. Évaluer systématiquement les compétences des professionnels en gynécologie-obstétrique et néonatalogie.
- 2. Assurer l'accès à l'information médicale pour tous les professionnels impliqués.
- 3. Prévenir les erreurs diagnostiques (retards, erreurs, non-communication).
- 4. Améliorer la prise en charge des grossesses et accouchements à risque.
- 5. Renforcer la réanimation néonatale en maternité, en moyens et en formation.
- 6. Prévenir les chutes et étouffements du nouveau-né en unité mère-enfant.
- 7. Appliquer les bonnes pratiques pour les transferts in utero et périnataux.
- 8. Sécuriser les prises en charge médicamenteuses et dispositifs médicaux.
- 9. Renforcer la sécurité des accouchements à domicile et en maison de naissance.
- 10. Optimiser la qualité du formulaire de déclaration des EIGS.

Critère 2.1-08

Critère 2.2-02

Critère 2.3-10

Critère 2.3-11



Accès aux sources

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3645010/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-survenus-chez-les-nouveau-nes



B/ OBSTÉTRIQUE

Les préconisations citées plus haut s'appuient sur des indicateurs de santé périnatale, épidémiologiques et de processus organisationnels. Afin de proposer des soins de qualité, les pratiques professionnelles nécessitent également d'être harmonisées et reposent sur une médecine fondée sur des preuves. En obstétrique, la prévention des risques médicaux, mais également psychosociaux, représente une part importante.

1/ RISQUE INFECTIEUX

a. Contexte et définition

Parmi les incidents médicaux, le « risque infectieux périnatal » est fréquent et recouvre l'ensemble des infections pouvant être transmises de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou dans le postpartum immédiat. Ces infections sont responsables de morbidité et de mortalité materno-infantile, de séquelles neurodéveloppementales et de retards de croissance.

b. Enjeux et mesures de prévention

Les mesures de prévention déjà mises en place ont montré leur efficacité :

- Conseils alimentaires et hygiéniques en prévention de la listériose et de la toxoplasmose.
- Traitements : antibioprophylaxie intra partum, antiviraux, immunoglobulines.
- Suivi néonatal renforcé : surveillance néonatale sur facteurs de risques, bilan biologique et imagerie pour repérer précocement des séquelles auditives et neurodéveloppementales.
- Transmission obstétrico-pédiatrique extemporanée et sans délai des résultats biologiques notamment bactériologiques, pour une prise en charge rapide et adaptée, mesure d'autant plus importante en cas de séparation mère-enfant.

Critère 2.3-05

Critère 2.3-06

Critère 2.4-02

D'autres préconisations renforcent la protection des nouveau-nés dès la période anténatale :

- Vaccination de la femme enceinte : coqueluche, grippe, Covid-19, bronchiolites / infections au virus respiratoire syncytial (VRS).
- Vaccination du nouveau-né : schéma vaccinal selon le calendrier ; immunisation passive par anticorps monoclonal pour prévenir les infections à VRS (Beyfortus).



Accès aux sources

• Santé publique France
Enquête nationale périnatale 2021
(ENP 2021) [9]

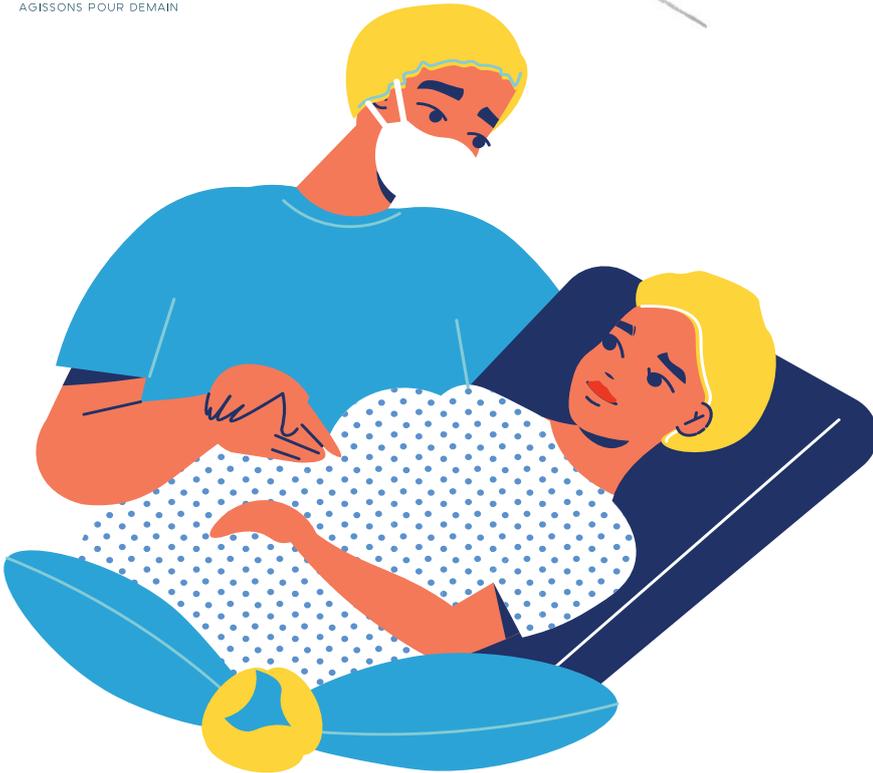


• Omedit Nouvelle-Aquitaine :
<https://www.omedit-nag.fr/> [10]



• Vaccination info service.fr
<https://vaccination-info-service.fr/> [11]





2/ Complications maternelles postnatales, incidence et conséquences pour l'enfant

L'obstétrique est le 4ème secteur le plus à risque en nombre de réclamations avec l'impact le plus lourd pour les patients.

a/ Principales situations à risques direct pour l'enfant à naître

Trois situations sont particulièrement à risque de morbidité et mortalité néonatale selon Relyens en 2023 qui insiste sur des points à développer en équipe : [12]

- Conseils alimentaires et hygiéniques en prévention de la listériose et de la toxoplasmose.
- Traitements : antibioprophylaxie intra partum, antiviraux, immunoglobulines.
- Suivi néonatal renforcé : surveillance néonatale sur facteurs de risques, bilan biologique et imagerie pour repérer précocement des séquelles auditives et neurodéveloppementales.
- Transmission obstétrico-pédiatrique extemporanée et sans délai des résultats d'analyse sanguine et d'explorations, pour une prise en charge rapide et adaptée, mesure d'autant plus importante en cas de séparation mère-enfant.

b. Typologie et répartition des complications maternelles postnatales

Les principales complications maternelles durant la période postnatale sont multiples et présentées ci-dessous par ordre d'incidence :

COMPLICATION	DÉFINITION	Incidence (France/ Europe)	Part dans les complications graves	Sources
Hémorragie du postpartum immédiat	Perte sanguine \geq 500 mL dans les 24 h suivant l'accouchement.	7-16 % des accouchements en Europe (variation selon pays).	Principale cause de morbidité sévère, nécessitant transfusion ou chirurgie dans 30-40 % des cas graves.	WHO : 14 M de femmes/an (\approx 10 % des naissances)
Dépression postpartum	Trouble dépressif survenant dans l'année suivant la naissance.	10-15 % des mères selon dépistage EPDS.	10-15 % des complications psychiques. Souvent méconnue, justifie un repérage systématique EPDS dès le postpartum précoce.	WHO : 10-15 % prévalence globale
Retard / troubles de la lactation	Insuffisance ou retard de montée de lait entraînant des complications nutritionnelles et métaboliques pour le nouveau-né.	5-10 % des mères selon enquêtes de lactation.	5-10 % des problématiques postnatales ¹	Réseau EPIPAGE (lactation)
Complications de cicatrisation périnéale et plaies	Retards de cicatrisation, infections ou douleurs persistantes après lésions périnéales de 3 ^{ème} /4 ^{ème} degré.	2-4 % des accouchements avec déchirure périnéale de haut grade.	\sim 5 % des complications obstétricales	Études nationales de suivi du périnée
Endométrite / infections génitales hautes	Infection de la muqueuse utérine dans les 10 jours suivant l'accouchement.	1-3 % après accouchement vaginal 5-10 % après césarienne.	\sim 10-15 % des complications graves. Fréquentes après césarienne, d'où l'importance des protocoles d'asepsie et d'antibio-prophylaxie.	HAS (recommandations prévention infections) Rapport de la Cour des comptes [8]
Thrombose veineuse et embolie pulmonaire	Formation de caillot veineux profond et/ou embolie pulmonaire.	\sim 1-2 pour 1 000 naissances vivantes.	5-7 % des admissions en soins critiques postpartum ¹ . Faible incidence mais génère un taux de mortalité élevé sans prophylaxie adaptée.	NICE : thromboses en péripartum (2021)

c. Conséquences pour la mère et l'enfant

La prise en charge d'une complication maternelle va influencer sur la disponibilité de la mère auprès de son(s) nouveau-né(s) en raison d'une possible altération de son état général, voire d'une séparation causée par leur surveillance respective dans des services dédiés.

Ainsi une vigilance particulière doit être apportée à :

- **une montée de lait tardive et possible** suite à des complications obstétricales comme l'hémorragie du post-partum ou encore la césarienne. Les nouveau-nés sont alors considérés « à risque d'hypoglycémie » et nécessitent une surveillance adaptée. Le recueil anténatal du colostrum a tout son intérêt dans ces situations ;
- **la santé mentale en recherchant les signes de dépression du post-partum** (antécédents). Les études montrent qu'elle est associée à des déficits de développement « fins » (langage, attention) et à des troubles émotionnels chez les enfants jusqu'à 24 mois, voire plus tard ;
- **la douleur** : exemple des douleurs périnéales mais aussi dorso-lombaires qui vont limiter la mobilité. Ces situations peuvent causer une altération des interactions précoces parents-enfants voire des retards cognitifs et émotionnels, des troubles du sommeil et du comportement, et une vulnérabilité accrue aux difficultés relationnelles.

d. Renforcement du suivi postnatal

Ce panorama souligne l'importance d'un suivi post-partum structuré pour limiter à la fois la morbidité maternelle et ses effets délétères sur la santé et le développement de l'enfant. Ainsi il convient de cibler les efforts de prévention et d'organisation des soins :

- Renforcer l'AMTSL1 (prise en charge active de la 3ème période du travail) et la formation la détection précoce de l'HPP.
- Appliquer les protocoles d'asepsie et d'antibioprophylaxie pour réduire les endométrites.
- Assurer la traçabilité notamment du clampage du cordon, la quantification des pertes sanguines.
- Mettre en place une prophylaxie antithrombotique personnalisée.
- Instaurer un suivi psychologique et un dépistage EPDS systématique avant la sortie.
- Assurer un soutien à la lactation.
- Proposer l'entretien postnatal précoce.

Critère 2.3-10

Critère 2.3-11

II/ Rubrique Outils

Cette rubrique propose des outils spécifiques dans l'objectif d'harmoniser des pratiques professionnelles et d'optimiser les parcours en périnatalité.

A/ OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié plusieurs documents ciblant spécifiquement les principaux Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS) en périnatalité. Ces références constituent le cadre national des bonnes pratiques pour prévenir, repérer et traiter les EIGS en périnatalité, en cohérence avec les standards européens et les recommandations de sociétés savantes.

Les principales recommandations de la HAS concernant la maternité sont citées ci-dessous :

- Recommandations HAS
- Gestion du capital sanguin en obstétrique. En 2021, la HAS a publié des Recommandations sur la gestion du capital sanguin (pré, per- et postopératoire), incluant des mesures d'épargne transfusionnelle et l'usage de l'acide tranexamique dans les HPP, pour réduire la morbidité transfusionnelle et améliorer la sécurité transfusionnelle. [13]
- Prévention et prise en charge de l'hémorragie du postpartum immédiat (HPP) Recommandations de pratiques professionnelles élaborées en partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et actualisées en 2017, qui définissent les protocoles de prise en charge pour limiter le risque de transfusion massive et d'hystérectomie d'urgence. [14]
- Transferts en urgence des femmes enceintes. La Recommandation de bonne pratique (2013) sur les transferts d'urgence en périnatalité rappelle que tout établissement assurant des accouchements doit disposer d'un protocole écrit pour la prise en charge des urgences périnatales (HPP, chocs septiques obstétricaux, défaillance hémodynamique), et définir un réseau de référence pour les transferts in utero et ex utero. [15]
- Sortie de maternité après accouchement. Les recommandations HAS Sortie de maternité (2014) imposent la vérification a minima de l'absence de complications graves avant la sortie, et la planification d'un suivi postpartum précoce. [16]
- Recommandations HAS "suivi et orientation des femmes enceintes à risque identifiées". Mai 2016. [17]

À partir de ces recommandations, le RPNA a développé des guides pratiques pour accompagner la prise en charge

OUTIL : Guides d'aide à la prise en charge RPNA



Accès aux outils

Tous les outils du RPNA sont recensés dans une gestion électronique documentaire afin de faciliter leur accès notamment en cas d'urgence :

GESTION ÉLECTRONIQUE DOCUMENTAIRE RPNA : <https://rpna.fr/actualites>

Critère 2.1-14

Critère 2.3-10

Critère 2.3-11

Critère 2.4-01



UTILISATION DES AIDES À LA PRISE EN CHARGE

«L'équipe de la maternité de TULLE utilise régulièrement les guides de prise en charge du RPNA, afin de mettre à jour les protocoles du service. Ces outils permettent de nous conforter dans nos prises en charge, ou alors de les revoir. Ils sont très utiles, notamment sur la prise en charge des morts fœtales (tableau récapitulatif des dispositions concernant les Mort-nés et les nouveau-nés vivants puis décédés).»

Sophie NOUAILLE – Sage-femme coordinatrice
CH Cœur de Corrèze TULLE



B/ OUTILS DE DÉPISTAGE DE PATHOLOGIE ET SUIVI MÉDICAL

Il existe de nombreux outils d'aide au repérage et de suivi des grossesses. Ces outils et démarches sont intégrés dans un parcours périnatal structuré, de la période péri conceptionnelle au postpartum, et d'améliorer la sécurité et la qualité des soins périnataux en France.

1/ EN PÉRIODE PÉRI CONCEPTIONNELLE

Cette période démarre dès le début des démarches de conception et l'orientation vers des professionnels spécialisés d'aide médicale à la procréation.



Traçabilité du parcours de soins identifié (endométriose, PMA) à assurer ou partenariats.



Listing avec les coordonnées d'associations et autres professionnels

2/ SUIVI MÉDICAL DE GROSSESSE

a. Rechercher les facteurs de risques médicaux préexistants

Le questionnaire standardisé permet de rechercher en systématique les facteurs de risques médicaux dès le 1er entretien prénatal : Identifier précocement les antécédents maternels (âge > 35 ans, obésité, HTA, diabète, antécédents obstétricaux...) permet de classer la grossesse comme « à risque » ou non.

b. Repérer et diagnostiquer les pathologies fœtales

Échographies et bilans ciblés avec respect du protocole standard :

- **1ère échographie** (11-13 SA) et dépistage de la trisomie 21



Accès aux outils

Critère 1.2-02



Document HAS d'information des patientes :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/depistage_trisomie.pdf [18]



Dispositif de contrôle qualité RPNA

<https://rpna.fr/obtenir-un-identifiant-dans-le-cadre-du-depistage-echographique-de-la-trisomie-21/depistage-t21-outil-aide-pratique>

- **2ème échographie** morphologique et de croissance (20-25 SA).
- **3ème échographie** morphologique et de croissance (32-36 SA).
- **Echographie de référence** sur indication.
- **Ajout doppler** sur indication.

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LE DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21

Décembre 2018

Vous attendez un bébé



Pendant votre grossesse, vous êtes suivie par des professionnels de santé qui s'assurent que vous et votre bébé allez bien.

La loi prévoit que toutes les femmes soient informées de

Dépistage de la trisomie 21 au 1er trimestre de la grossesse

Outils d'aide à l'information des patients

Outils d'aide à la pratique professionnelle

Formation professionnelle

3/ SECTEUR DES URGENCES MATERNITÉ, GROSSESSES À HAUT RISQUE

Ce paragraphe présente quelques exemples de scores utilisés dans certains contextes pathologiques et sont cités à titre indicatif et non exhaustif.

Estimer le risque de complications materno-fœtales chez les patientes hypertendues	Modèle PIERS (Preeclampsia Integrated Estimate of RiSk) : un algorithme clinique-biologique avec prédiction du risque de prééclampsie sévère. Développé par l'Université de British Columbia, largement repris dans la littérature anglo-saxonne.	Critère 2.3-10
Détecter rapidement la décompensation maternelle (prééclampsie, hémorragie, infection)	Score d'alerte maternité (MEOWS) : suivi des signes vitaux (TA, fréquence cardiaque, diurèse...) et score permettant d'établir rapidement un seuil avisé d'alerte. Modèle validé internationalement (Mhyre et al., 2014) et recommandé par la NICE pour la surveillance obstétricale.	Critère 2.3-10
Dépister une maladie thrombo-embolique veineuse	Score de Genève adapté (étude franco-suisse) [19]	Critère 2.3-10
Prendre en charge les urgences vitales en obstétrique	Appli de la SFAR sur les aides cognitives en anesthésie réanimation. https://sfar.org/espace-professionnel-anesthesiste-reanimateur/outils-professionnels/boite-a-outils/aides-cognitives-en-anesthésie-reanimation/	Critère 2.3-10

Assurer un transfert périnatal

Dépliant et affiches RegulPériNAt : <https://rpna.fr/transferts-perinataux/>

Critère 3.3-01
Critère 2.3-10

Dossiers de transfert maternel, néonatal et de contre-transfert :



Les transferts périnataux

«Les transferts périnataux sont fondamentaux pour sécuriser la prise en charge des situations à risque en périnatalité : ils garantissent un accès rapide et adapté à une expertise médicale et des moyens techniques appropriés au niveau de risque. La Cellule RégulPériNAT, en s'appuyant sur les recommandations nationales de bonnes pratiques, accompagne au quotidien les hospitaliers dans la coordination et la continuité des soins en se chargeant :

- du recueil des éléments du dossier médical
- de la recherche de la place la plus adaptée grâce à sa connaissance de l'état des lieux des lits d'hospitalisation au niveau régional
- de la mise en conférence des médecins demandeurs et receveurs
- de la mise en œuvre des moyens adaptés au transport et de son suivi

En assurant aussi la centralisation de toutes les demandes de transfert, elle réalise une veille épidémiologique qui contribue à produire des indicateurs sur l'organisation, l'activité et la qualité des soins (ex : analyse des EI).»

Equipe RégulPériNAT, cellule régionale des transferts périnataux en Nouvelle-Aquitaine

4/ SECTEUR DES SUITES DE NAISSANCE ET NÉONATOLOGIE

a. Soutien à l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est promu durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, en consultation ou dès 36 SA par un recueil du colostrum.



«Le recueil anténatal de colostrum, pratiqué à Mont-de-Marsan, consiste à collecter du lait maternel (colostrum) exprimé à la main au cours des dernières semaines de grossesse (à partir de 36 SA) ou en début de travail dans le cas d'un accouchement prématuré (quel que soit le terme). Ce recueil permet de prévenir l'hypoglycémie chez le nouveau-né à risque, disposer d'une réserve pour le nourrisson si besoin, renforcer la confiance en soi des mères, augmenter la prévalence de l'allaitement exclusif pendant les premières 24 heures et la durée du séjour, favoriser le démarrage de l'allaitement et maîtriser le geste du recueil avant la naissance.»

Magalie BLOT – Sage-femme consultante en lactation CHI Mont-de-Marsan du Pays Sources

Durant l'hospitalisation de la mère, l'allaitement est encouragé même en cas d'admission en réanimation néonatale de l'enfant. Pour ce faire, les lactariums permettent d'assurer l'alimentation de ces nourrissons par du lait maternisé.

En ambulatoire, les consultations de lactation, les accompagnements des libéraux, les PMI et les programmes Prado et Panjo participent au soutien à l'allaitement.



Accès aux outils



OUTILS : marque-pages avec messages clés
<https://rpna.fr/allaitement-maternel/>

Critère 2.3-11



b. Outils à destination des nouveau-nés

>> Charte du nouveau-né hospitalisé élaborée par SOS Préma.



«Depuis 2018, le service de néonatalogie du Centre Hospitalier de la Côte Basque applique le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Par l'observation du comportement du nouveau-né, l'équipe adapte environnement, couchage et soins à ses besoins pour soutenir son développement, préserver son confort et respecter ses rythmes. Conformément à la Charte du nouveau-né hospitalisé, les parents sont pleinement impliqués : présents sans restriction, ils participent aux soins, notamment par le peau à peau. Cette approche individualisée renforce la sécurité du nouveau-né, sa stabilité physiologique, son développement neurosensoriel et le lien familial.

Dr Hélène LANGLOIS-MEURINNE, Pédiatre
Service de Néonatalogie, CH de la Côte Basque

>> Campagne de vaccination beyfortus

c. Soins palliatifs et deuil périnatal



Fiche d'entretien anténatal :
https://rpna.fr/wp-content/uploads/2021/06/RPNA_Fiche-dentretien-antental-VI-06-04-21.pdf



Liste des associations et dépliant « soins palliatifs en périnatalité » et « enfant né sans vie et deuil périnatal » :
<https://rpna.fr/soins-palliatifs-deuil-perinatal/soins-palliatifs-deuil-outils-aide-info-patients/>

C/ OUTIL STRUCTURATION PROJET DE PARENTALITÉ ET COMPARATIF AVEC LE PROJET DE NAISSANCE

Le projet de parentalité est un document de réflexion et d'accompagnement coconstruit avec les futurs parents, qui permet :

CRITÈRE	PROJET DE PARENTALITÉ	PROJET DE NAISSANCE
Définition	Document élaboré avant même le début de la grossesse, de coconstruction entre parents et professionnels, centré sur les enjeux psychosociaux, éducatifs et organisationnels du devenir parent.	Document formalisé le plus tôt possible durant la grossesse par les futurs parents, décrivant leurs souhaits pour le déroulement de l'accouchement et des soins postnataux immédiats.
Période couverte	Dès la période périconceptionnelle jusqu'aux premiers mois (voire deux ans) de l'enfant, intégrant le postpartum et la vie de famille naissante.	De l'entrée en travail jusqu'aux premières heures/ jours suivant l'accouchement (organisation du séjour maternité et des soins du nouveau-né).
Objectifs clés	Soutien global des futurs parents (psychologique, social, éducatif).– Prévention des difficultés parentales et repérage des vulnérabilités.– Construction d'un projet de vie familiale.	Assurer un accouchement respectueux des souhaits de la mère (gestion de la douleur, mode de naissance).– Organiser les modalités de soins immédiats (peau à peau, tétée...).
Contenu type	Attentes en matière de soutien et de ressources (famille, professionnels).– Modalités d'accueil à domicile (Prado, PMI).– Projets éducatifs et rythmes de vie.– Repérage psychique.	Préférences pour le travail (position, mobilité, péridurale).– Choix des intervenants et de la présence du conjoint.– Soins de peau à peau, alimentation initiale du nouveau-né.
Acteurs impliqués	PMI, Réseaux REAAP / LAEP, sagefemmes référentes, psychologues périnataux, référent parcours périnatalité	Sagefemme, obstétricien, anesthésiste, cadre de santé de la maternité ; parfois soutien d'un formateur en éducation prénatale.
Modalités de suivi	Entretiens prénatal et postnatal précoces, visites PMI à domicile, télé-suivi, groupes de parentalité, coordination pluridisciplinaire.	Discussion lors des consultations de suivi de grossesse (3 consultations obligatoires) et séance de préparation à la naissance.

Le projet de parentalité va bien au-delà de la simple préparation à l'accouchement : il s'agit d'un véritable cadre d'accompagnement global des futurs parents, visant à sécuriser le parcours médical et psychosocial de la naissance et des premiers mois de vie.

D/ OUTILS DE PROMOTION AU PARCOURS PÉRINATAL

1/ REPÉRER LES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

a. Repérer les fragilités maternelles

À faire remplir si possible avant chaque consultation de grossesse

RPNA : AUTO-QUESTIONNAIRE BIEN NAÎTRE



En 6 langues et en FALC : <https://rpna.fr/outils-daide-au-reperage-des-vulnerabilites/>

Critère 2.1-08

b. L'entretien prénatal précoce

Il devient obligatoire depuis mai 2020 et permet :

- L'éducation à la santé maternelle, environnementale et nutritionnelle.
- La mise en place d'un plan de suivi personnalisé avec proposition de séances de préparation à la naissance et à la parentalité adaptés au couple, orientations vers

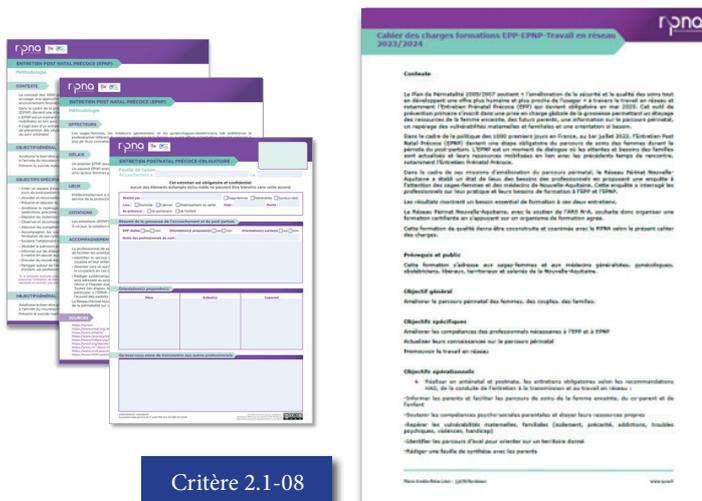


Accès aux outils

- Outils RPNA EPP et EPNP : <https://rpna.fr/entretien-prenatal-precoc/>
- Feuille de liaison de l'EPP devenu obligatoire
- Méthodologie de l'EPP
- Feuille de liaison de l'EPNP devenu obligatoire
- Cahier des charges du projet de formation EPP-EPNP-Travail en Réseau



Formation RPNA : Afin de renforcer la formation à la conduite de cet entretien et renforcer les connaissances sur les ressources, le RPNA propose des formations aux professionnels en périnatalité.



c. Repérer les situations à risque environnemental

De nombreux outils de sensibilisation à la santé environnementale permettent de mieux comprendre et évaluer les risques environnementaux (chimiques, professionnels...).



Accès aux outils

Outils de sensibilisation pour les professionnels :
<https://rpna.fr/outil-santeenvironnement/>



Outils de sensibilisation pour les patients : <https://rpna.fr/sante-environnement/sante-environnement-outils-aide-info-patients/>



Cette approche de réduction de l'impact environnemental sur la santé se répercute sur l'ensemble des pratiques professionnelles pour réduire également l'empreinte carbone en proposant des soins écoresponsables, encore nommés écosoins.

30 leviers pour agir ensemble : <https://www.calameo.com/read/004021827b2c9bc2c2b29?authid=B2dPJeDiAvtH>



Critère 2.4-04 Critère 3.4

2/ COORDONNER LE PARCOURS PÉRINATAL

a. Dispositifs et intervenants participant à la coordination du parcours périnatal

Référent Récap REPAP



<https://www.1000jours-plt.org/repap-referent-parcours-en-perinatalite-quel-avenir/>

La mise en place d'un Référent de Parcours en Périnatalité (REPAP) permet de clarifier les rôles entre médecin généraliste, sagefemme, obstétricien/ne, PMI et structures médicosociales et de fluidifier les relais de soins.

Interventions de la PMI



<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/des-projets-de-territoires-en-sante-mentale-illustres-sur-le-terrain/article/programme-panjo-promotion-de-la-sante-et-de-l-attachement-des-nouveaux-nes-et-de>

Accompagnement médicopsychosocial et soutien parental par une équipe pluridisciplinaire, visites à domicile des sages-femmes et puéricultrices.

Le dispositif PANJO s'adresse aux parents en situation psychosociale défavorable pour encourager le développement de lien d'attachement avec le nouveau-né : soutien des parents de la grossesse jusqu'à 12 mois après la naissance par des professionnels formés.

Programme Prado « maternité »

Suivi post-hospitalisation en lien avec l'Assurance Maladie pour les femmes vulnérables (dépistage de la dépression post-partum, conseils nutritionnels, repérage des troubles du lien).

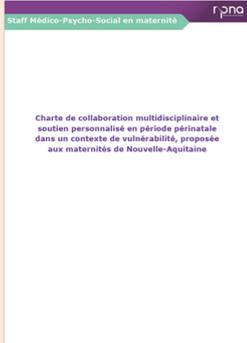
Expérimentation CoPa V2

Selon le territoire : avec visite à domicile d'une auxiliaire de puériculture de maternité. Ce dispositif est porté par la DGOS en collaboration avec la CNAM, la DGS et la DSS et est mis en œuvre sous condition (maternité > 3000 naissances entre autres).



b. Outils de communication pour une meilleure coordination

De nombreux outils de sensibilisation à la santé environnementale permettent de mieux comprendre et évaluer les risques environnementaux (chimiques, professionnels...).

<p>Liaison ville-hôpital</p>	<p>Le maillage territorial entre les professionnels de ville, de PMI et en milieu hospitalier permet de renforcer le parcours en périnatalité. Ainsi, chaque équipe doit avoir accès facilement aux coordonnées d'associations et d'équipes spécialisées pour renforcer les orientations.</p> <p>De plus, organiser la sortie permet d'assurer le suivi médical durant les premiers mois après l'accouchement. La lettre de liaison à la sortie permet la continuité du parcours.</p> <p>En cas de fragilités psychosociales spécifiques et à risque d'une réhospitalisation, des fiches de liaison sortie maternité du RPNA peuvent être une aide aux équipes : https://rpna.fr/suivi-du-post-partum/parcours-perinatal-outils-aide-pratique-professionnelle/</p>	<p>Critère 2.4-14</p> <p>Critère 2.3-10</p>
<p>Organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires pour toute grossesse classée « à risque ».</p>	<p>Outils staff médicopsychosocial</p> 	<p>Critère 2.1-08</p>
<p>Outil SAED</p>	<p>Pour améliorer la qualité des transmissions entre professionnels notamment lors d'orientation :</p> <p>SAED : Situation, antécédents, évaluation, demande.</p> <p>https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante [21]</p>	 
<p>Télé médecine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avis spécialisés, staffs, téléexpertise. • Téléconsultations obstétricales pour favoriser l'accès aux soins et améliorer l'accessibilité en zones rurales. 	<p>Critère 3.4</p>

3/ PROPOSER UN PARCOURS SPÉCIALISÉ

a. Suivi des patientes nécessitant des soins psychiques en périnatalité

Les soins psychiques en périnatalité sont organisés dans la Nouvelle-Aquitaine selon trois niveaux de prise en charge.

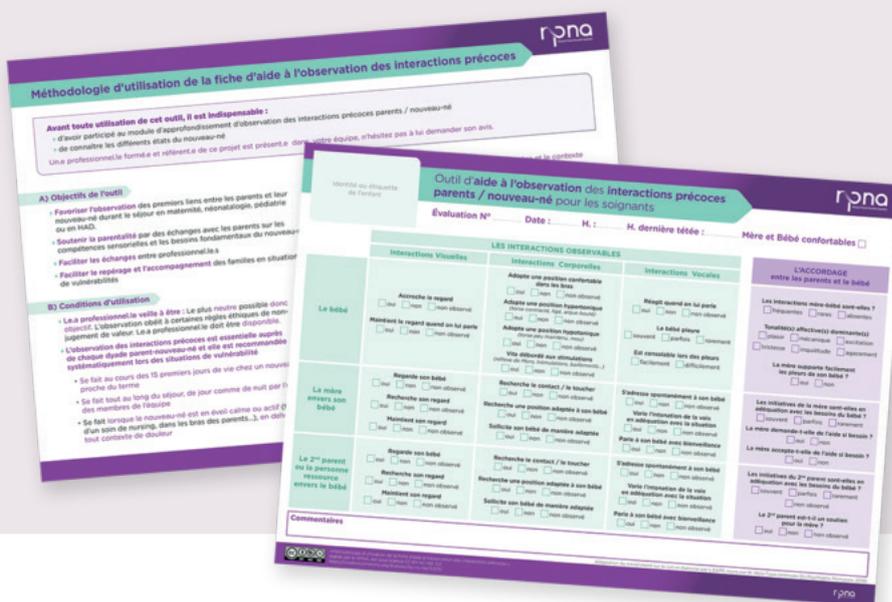
- Les acteurs de premier recours sont formés / sensibilisés pour repérer des problématiques psychiques.

Dépistage par utilisation de l'échelle EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) en postpartum pour dépister la dépression maternelle.

Repérage systématisé de difficultés interactionnelles précoces parents-enfants dans les 15 premiers jours de vie d'un bébé proche du terme :

Grille d'observation, modules de sensibilisation :

<https://rpna.fr/interactions-precoces/interactions-outils-aide-pratique/>



- **En cas d'inquiétudes**, les professionnels de premier recours orientent vers le psychologue de PMI et/ou hospitalier (maternité ou néonatalogie).

• **Les professionnels en périnatalité sont soutenus par les équipes de liaison de pédopsychiatrie en périnatalité** avec la mise en place de staffs pour répondre aux problématiques. Ces équipes de liaison dépendent des centres hospitaliers psychiatriques et peuvent également proposer des soins voire des hospitalisations en unité parents-bébés.

b. Suivi des patientes en situation de précarité

- Service hospitalier de permanence d'accès aux soins de santé (PASS)



« Rôle de la sage-femme en permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Le déploiement des sages-femmes dans les équipes PASS en Nouvelle-Aquitaine permet une anticipation et une prise en charge précoce des grossesses, notamment pour des femmes sans droits ouverts, en leur proposant dès le premier trimestre un suivi adapté.

Cette organisation favorise un accès rapide et sécurisé aux soins, limitant ainsi les retards et les ruptures de parcours. Notre file active compte près de 1 500 femmes enceintes suivies en PASS. Actuellement, 19 sages-femmes occupent ces postes pour un total de 5,25 ETP.

À titre de comparaison, dans d'autres régions ne disposant pas de temps de sage-femme dédié en PASS, l'accès aux soins périnataux reste plus complexe et tardif, avec un risque accru de complications. Le modèle NA prend en compte les enjeux actuels visant à réduire la mortalité infantile et maternelle pouvant être en lien avec la précarité et les vulnérabilités sociales.

Elle valorise ainsi la prévention, la coordination et l'équité d'accès aux soins pour les femmes les plus précaires.»

Milanie LE BIHAN - Coordinatrice régionale des PASS Nord Nouvelle-Aquitaine
Elsa JUGIE - Coordinatrice régionale des PASS Sud Nouvelle-Aquitaine



• Dispositif d'Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

Pour des femmes enceintes jusqu'aux 12 mois de l'enfant : la patiente doit être porteuse d'une maladie chronique et être en situation de précarité.

https://www.financement-logement-social.logement.gouv.fr/IMG/pdf/07_fiche_pratique_un_chez-soi_d_abord-mai_2021_cle1ba852.pdf

Critère 1.3-05

Critère 3.3-02



c/ suivi des patientes situation d'addictions



Outils à destination des soignants :
Sensibilisations régulières sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine.
Fiches techniques par produit :

Critère 3.3-02

Outils à destination du public : Vidéos, Kakémonos, dépliant




d. Suivi des patientes en situation de violence entre partenaires intimes

En France, en 2023, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 271 000 victimes de violences commises par un partenaire ou ex-partenaire.

La grossesse est une période particulièrement à risque puisque 40 % des violences conjugales débutent pendant la grossesse, et que 40 % s'aggravent pendant cette période. Ces violences ont un impact négatif sur la santé de la victime mais aussi sur le déroulement de la grossesse et sur le développement du fœtus et du futur enfant. Le suivi médical régulier pendant cette période si particulière permet de tisser une relation de confiance et repérer ces situations à risque.

Oser poser la question de manière systématique comme le recommande la HAS offre non seulement à la victime la possibilité de sortir de l'isolement mais permet aussi d'adapter le parcours de soins aux besoins spécifiques de la patiente, de prévenir les complications à la fois pour elle et son nouveau-né. Pour vous aider à aborder le sujet, le RPNA vous met à disposition des modules de sensibilisation, l'auto-questionnaire Bien-Naitre mais aussi un guide d'aide à la pratique et des fiches réflexes qui peuvent venir en soutien de vos échanges avec les patientes.



Accès aux outils

Outils à destination des soignants :
Sensibilisations régulières sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine.
Kit violences entre partenaires intimes :

22 | NUMÉROS UTILES NATIONAUX

17 ou 112 (d'un portable en Europe) : Services de secours

114 SMS : Pour personnes sourdes et/ou malentendantes

3919 : Numéro d'écoute national anonyme et gratuit destiné aux femmes victimes de violences, à leur entourage et aux professionnels concernés

Plateforme de signalement des violences sexuelles et sexistes : Assistance et conseils 24h/24 et 7j/7 en dialoguant avec des forces de l'ordre formées aux violences sexistes et sexuelles. <https://arretonslesviolences.gouv.fr>

116006 : France Victime, numéro gratuit d'aide aux victimes, 7j/7

0 800 05 95 95 : SOS Violences Femmes Informations : Numéro anonyme et gratuit depuis un poste fixe destiné aux victimes de viol ou d'agressions sexuelles, à leur entourage et aux professionnels concernés

01 40 47 06 06 : Numéro national d'écoute anonyme pour les femmes handicapées victimes de violences et/ou de maltraitances

119 : Aide enfance en danger : Numéro national gratuit dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être, ouvert 24h/24, 7j/7

Mémo de Vie : web-application dédiée aux violences faites aux femmes. Stocker des documents sur un espace sécurisé, accès à du contenu bibliographique afin d'obtenir de l'information www.memo-de-vie.org

3018 : Numéro national pour les victimes de violences numériques, gratuit, anonyme, 7j/7

3114 : Numéro national de prévention du suicide

0801901911 : ENACAV Numéro national dédié à l'écoute et l'orientation des auteurs et auteures de violence conjugale, 7j/7 de 9 à 19h

OUTILS de SENSIBILISATION

VIOLENCES CONJUGALES

PROFESSIONNELS FACE AUX VICTIMES DE VIOLENCES

Outil d'aide à la pratique : VPI

rpna

Accompagner les victimes de violences entre partenaires intimes en périnatalité

Outil d'aide à l'accompagnement des victimes de violences conjugales à destination les professionnels de la périnatalité

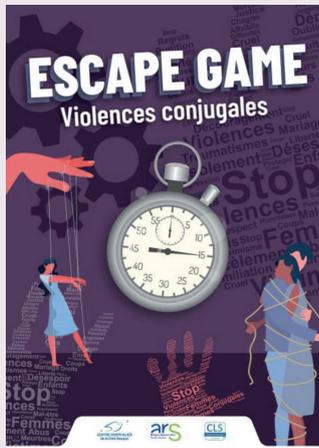
Réalisé par le groupe de travail du RPNA : M. ADDED, S. BOREL, M. COICAUD, E. GLATIGNY, C. LAVAL, M. MASSAL

Version finale - février 2022
MAJ juin 2024

Outil d'aide à la pratique : VPI © 2024 by RPNA is licensed under CC BY-ND 4.0

 Accès aux outils

Outils à destination du public : dépliant, kakémonos



Escape game (1h à 1h30 debriefing compris)

Plusieurs Maisons des femmes / santé ont vu le jour ces dernières années pour proposer une prise en charge des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles, ainsi que des violences entre partenaires intimes.

Critère 3.3-02

e. Suivi des patientes en situation de handicap

 Accès aux outils



Liens vers des sites internet ressources :
<https://rpnA.fr/handicap/handicap-outils-aide-patients/>

Critère 3.3-02

E/ OUTIL PANORAMA DES INDICATEURS

Les **indicateurs qualité et sécurité des soins** offrent une **vision synthétique** de la qualité des prises en charge en périnatalité et en pédiatrie. Leur analyse croisée avec les **résultats cliniques** et les **retours d'expérience** des usagers s'inscrit pleinement dans une démarche d'amélioration continue.

Ils peuvent être mobilisés à différents niveaux :

- pour les revues de **morbi-mortalité**, les revues de qualité, ou les actions d'**amélioration** internes ;
- dans le cadre de la **certification HAS**, pour démontrer les résultats obtenus et les actions engagées ;
- en formation des équipes, pour développer une culture partagée de la qualité.

Les établissements peuvent s'appuyer sur les campagnes de **recueil HAS** et sur le **portail QualiScope**, qui met à disposition des données publiques sur le **niveau de qualité et de sécurité des soins** dans tous les hôpitaux et cliniques de France.



I/ INDICATEURS QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

- **Lettre de liaison à la sortie** : Qualité de la lettre de liaison envoyée après hospitalisation.
- **Prise en charge de la douleur** : Évaluation + traitement documentés pendant le séjour.
- **Taux de césarienne** : Accouchements réalisés par césarienne.
- **Taux d'épisiotomie** : Accouchements voie basse avec épisiotomie.
- **Hémorragie du post-partum (HPP)** : Pertes ≥ 500 mL (voie basse) ou ≥ 1000 mL (césarienne).
- **ATBIR** : Bonne utilisation des antibiotiques pour infections respiratoires.
- **ICSHA** : Consommation SHA pour hygiène des mains.
- **e-Satis +48h** : Satisfaction des patientes hospitalisées plus de 48 h.
- **e-Satis maternité (expérimental)** : Questionnaire dédié à la maternité.
- **Hygiène des mains observée (expérimental)** : Retour des patientes sur observance des gestes barrière.
- **Score Apgar <7 à 5 min** : Score <7 à 5 min, indicateur de soins à la naissance.
- **Sortie sans délai du nouveau-né** : Sortie prématurée sans surveillance suffisante.
- **Taux de réhospitalisation néonatale** : Réadmission dans les 7 jours.
- **Taux de réhospitalisation pédiatrique** : Réadmission dans les 30 jours pour même motif.
- **Dépistage néonatal** : Dépistage des pathologies métaboliques, auditives, visuelles.
- **Prise en charge douleur (enfant)** : Évaluation/prise en charge douleur pédiatrique.
- **Administration sécurisée du médicament** : Bonnes pratiques d'administration chez l'enfant.
- **Entretien postnatal précoce** : Entretien santé mentale/parentalité dans les 8 semaines post accouchement.

2/ FLASH SUR DES INDICATEURS SENTINELLES ET «NEVER EVENTS» EN MATERNITÉ

Ces événements indésirables graves (EIG) sont utilisés comme signaux précoces d'alerte pour renforcer la vigilance et la sécurité des soins dans les services de périnatalité.

a. Définitions

- **Never Events** : événements graves évitables qui ne devraient jamais survenir (ex. erreurs chirurgicales majeures, administration de médicaments contre-indiqués).
- **Sentinelles** : événements rares mais graves (mortalité, atteinte permanente, risque vital immédiat) nécessitant une analyse approfondie.

b. Exemples d'événements en périnatalité

- **Hémorragie grave du post-partum** avec transfusion massive ou choc hémorragique
- **Asphyxie néonatale** nécessitant une réanimation avancée non anticipée
- **Erreur de médication** entraînant un préjudice sévère (opioïdes, anticoagulants, magnésium)
- **Sortie du nouveau-né sans surveillance** avec complications non détectées
- **Décès maternel ou néonatal** lié à une défaillance de soins ou de communication
- **Diagnostic tardif** d'un décollement placentaire ou d'une prééclampsie sévère

c. Démarche de repérage et d'analyse

- **Détection via des indicateurs de seuil** (score Apgar <7, transfusion ≥ 4 CGR, décès inopiné).
- **Déclenchement d'une analyse des causes profondes** (RCA) pour chaque événement repéré.
- **Mise en place d'un plan d'action** et suivi à travers le programme qualité/sécurité des soins.

d. Recommandations pratiques

- **Mobiliser les systèmes de déclaration** interne et externe et les retours d'expériences.
- **Former les équipes aux procédures d'urgence** (HPP, réanimation néonatale, gestion de crise).
- **Utiliser des checklists et audits réguliers** pour prévenir les écarts de pratique.
- **Créer des tableaux de bord de suivi** avec des seuils d'alerte spécifiques par indicateur.

3/ OUTILS PREMS ET PROMS

Les PREMs (Patient Reported Experience Measures) et les PROMs (Patient Reported Outcome Measures) sont des questionnaires pour évaluer la qualité perçue des soins et les résultats de santé rapportés par les patientes. En maternité, ils permettent d'intégrer l'expérience vécue par les femmes et l'impact des soins (avant et après) sur leur bien-être physique, psychologique et social.

Critère 1.4-02

a. Définitions

- **PREMs** : Mesures de l'expérience vécue par les patientes durant leur parcours de soins (ex. accueil, communication, respect, environnement, information).
- **PROMs** : Mesures des résultats de santé tels que perçus par les patientes (ex. douleur persistante, état émotionnel, récupération post-partum, qualité de vie).

b. Objectifs spécifiques en maternité

- **Évaluer la satisfaction et la qualité** perçue des soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
- **Identifier les facteurs influençant** l'expérience patient pour orienter les actions qualité.
- **Suivre l'impact des soins** sur la santé physique, mentale et émotionnelle postnatale.
- **Valoriser les attentes exprimées** dans les projets de naissance et de parentalité.

c. Exemples d'indicateurs et questionnaires

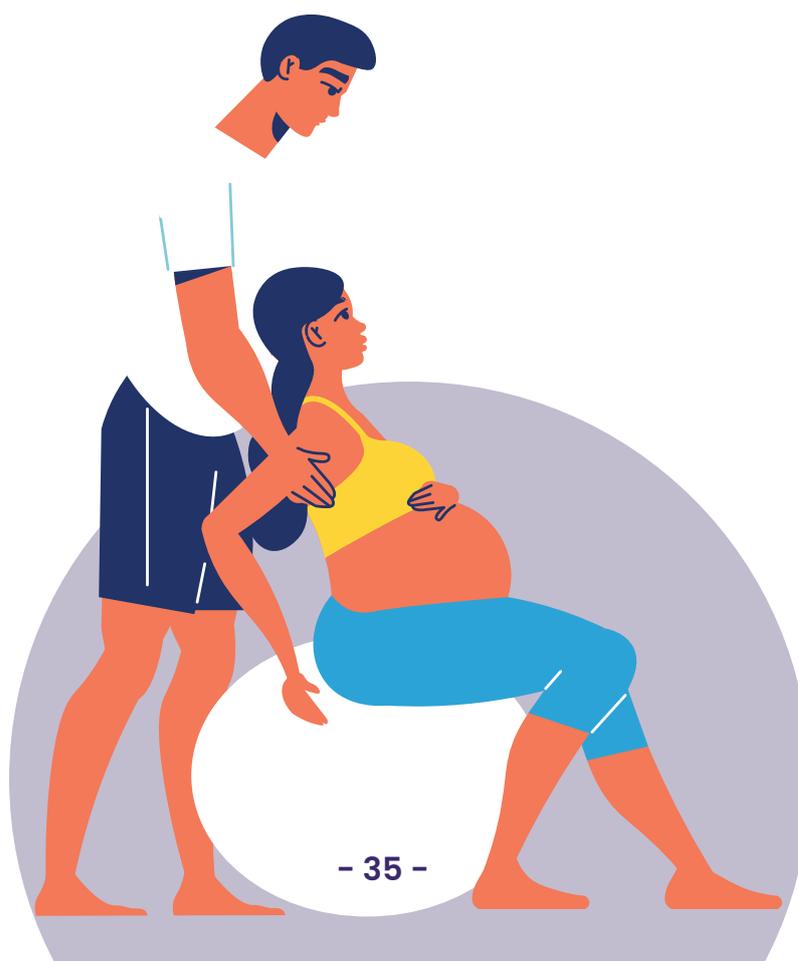
- **Questionnaire e-Satis MCO +48H et e-Satis maternité (expérimental)** : Satisfaction globale de la prise en charge, écoute, participation aux décisions, dignité, environnement
- **Questionnaire sur la douleur** : Évaluation de la douleur pendant le travail, après l'accouchement, satisfaction vis-à-vis des réponses apportées.
- **PROMs postnatals** : Douleur persistante, troubles du sommeil, anxiété, sentiment de compétence parentale, santé mentale (PHQ-2, EPDS), lien mère-enfant (MIBS), allaitement, incontinence.

d. Bonnes pratiques de mise en œuvre

- **Impliquer les usagers** dans le choix ou l'adaptation des outils.
- **Associer les PREMs et PROMs** à des moments clés (sortie de maternité, entretien postnatal, suivi à domicile).
- **Utiliser des outils numériques** (QR code, lien mail, plateforme e-Satis).
- **Analyser les résultats avec les équipes** et intégrer les conclusions dans les démarches qualité.

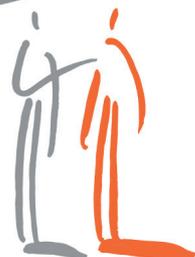
Des exemples de Proms à la maternité

Nom du PROM	Objectif	Durée / Nombre d'items
EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)	Dépistage de la dépression postnatale	Évaluation de l'incontinence urinaire chez la femme
PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2)	Évaluation rapide de l'humeur dépressive	2 items, 1 min
MIBS (Mother-to-Infant Bonding Scale)	Évaluation rapide de l'humeur dépressive	10 items, 3-5 min
BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form)	Mesure de la confiance maternelle dans l'allaitement	14 items, 5-7 min
EQ-5D-5L (EuroQol 5 Dimensions)	Évaluation de la qualité de vie générale (mobilité, douleur, anxiété...)	5 dimensions, 3-5 min
PROMIS Fatigue (Pediatric/Adult)	Évaluation de la fatigue perçue (chez la mère ou l'enfant)	4 à 8 items, 2-3 min
ICIQ-UI SF (Incontinence Questionnaire - Short Form)	Évaluation de l'incontinence urinaire chez la femme	6 items, 3-5 min



4/ OUTIL WMTY

Qu'est-ce qui est
important
pour vous ?



Le programme international « What Matters to You » vise à renforcer le partenariat entre les professionnels de santé et les patients en recentrant les soins sur les priorités, les préférences et les valeurs individuelles des patients. Un CCECQA' Particulier* lui est consacré avec une présentation des outils et des retours d'expériences. Intégré dès l'entretien prénatal, lors du séjour en maternité ou au moment de la sortie, le questionnaire WMTY constitue un levier de qualité et d'humanisation des soins. Il s'inscrit pleinement dans les attendus de la certification HAS 2025 relatifs à l'expérience patient, à la démarche partagée et à la prise en compte de la singularité de chaque patiente.

* Livret_CCECQA-Particulier_vFinaleAvril2025.pdf

Comme un air de... PREMS !

« What Matters to You » (WMTY) peut s'apparenter aux PREMS (Patient-Reported Experience Measures), mais avec quelques différences notables. WMTY et les PREMS partagent un objectif commun mais se distinguent par leur temporalité et leur mode d'application. L'idéal serait d'utiliser les deux approches conjointement : WMTY pour améliorer l'expérience en direct et les PREMS pour mesurer et piloter l'amélioration des soins sur le long terme.

...et entre eux ?

✓ Les points communs

✓ Approche centrée sur le patient

Les deux visent à améliorer l'expérience des soins en tenant compte de la perception et des attentes des patients.

✓ Amélioration continue de la qualité

WMTY et les PREMS permettent aux établissements de santé d'ajuster leurs pratiques en fonction des retours des patients.

✓ Valorisation du dialogue patient-soignant

WMTY encourage une communication proactive et personnalisée, tout comme les PREMS visent à recueillir l'expérience vécue des patients.

>< Les complémentarités

>< WMTY est un outil du quotidien qui améliore immédiatement la relation soignant-patient en rendant les soins plus humains.

>< Les PREMS sont un outil d'évaluation permettant une analyse systématique et comparative des expériences patients à plus grande échelle.

✗ Les différences

Critères	What Matters to You (WMTY)	PREMS
Objectif principal	Identifier en temps réel ce qui compte pour le patient et ajuster les soins en conséquence.	Évaluer a posteriori l'expérience du patient pour améliorer les pratiques.
Méthode	Questions ouvertes en conversation avec le patient.	Questionnaires standardisés après l'hospitalisation ou la consultation.
Temps d'utilisation	Pendant la prise en charge.	Après la prise en charge. Des questions issues de eSatis s'apparentent aux Prems
Utilisateurs	Soignants, médecins, équipes qualité, direction.	Patients, équipes qualité, HAS, recherche en santé.
Format	Dialogue interactif et évolutif.	Données quantifiables et comparables entre établissements.

Adapter le questionnement pour une adoption locale de la démarche

Guide de conversation : des questions ouvertes du programme
« Qu'est ce qui est important pour VOUS ? »

1. Questions générales sur les priorités et valeurs du patient

- Qu'est-ce qui est important pour vous aujourd'hui ?
- Quelles sont vos priorités en ce moment ?
- Y a-t-il quelque chose qui vous préoccupe particulièrement ?
- Que signifie pour vous une bonne journée ?

2. Questions sur l'expérience des soins et les attentes

- Comment aimeriez-vous que nous prenions soin de vous ?
- Quelles expériences positives avez-vous eues dans le passé avec le système de soins ?
- Y a-t-il des aspects de votre prise en charge que vous souhaiteriez modifier ?
- Comment pouvons-nous rendre votre séjour ou votre traitement plus confortable ?

3. Questions sur les préférences personnelles et le bien-être

- Quelles sont les activités qui vous apportent du bien-être ?
- Comment pouvons-nous respecter vos habitudes et vos valeurs ?
- Avez-vous des besoins particuliers liés à votre culture, votre religion ou vos croyances ?

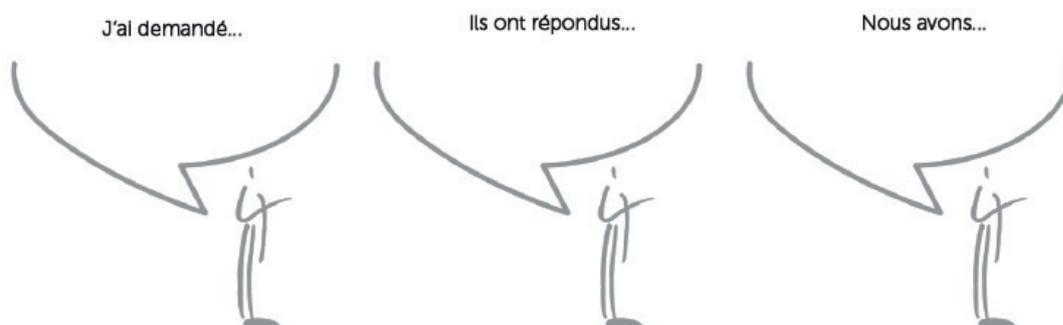
4. Questions sur la communication et l'implication du patient

- Comment préférez-vous recevoir des informations sur votre état de santé ?
- À quel moment souhaitez-vous être impliqué(e) dans les décisions vous concernant ?
- Qui souhaitez-vous voir impliqué dans vos soins (famille, proches, aidants) ?
- Avez-vous des préoccupations ou des questions sur votre traitement ou vos soins ?

5. Questions sur les objectifs et les projets de vie

- Quels sont vos objectifs à court et à long terme ?
- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez accomplir malgré votre état de santé ?
- Que pouvons-nous faire pour vous aider à atteindre ces objectifs ?

>>> Demandez ce qui est important pour VOUS <<<



IDENTIFICATION DU NOUVEAU-NÉ AVANT L'ATTRIBUTION DE SON IDENTITÉ NATIONALE DE SANTÉ (INS)



LES RISQUES D'IDENTIFICATION DES NOUVEAU-NÉS Enjeux et pistes d'amélioration

L'identification des nouveau-nés est une étape essentielle car une erreur peut avoir des répercussions graves, tant médicales que familiales. Malgré les protocoles en place, plusieurs situations à risque subsistent.



Les informations de l'article ci-après concernent uniquement l'identification du nouveau-né **AVANT l'attribution de son Identité Nationale de Santé (INS)**, puisque cette situation n'est pas décrite dans le Référentiel National d'Identitovigilance (RNIV).

1. LIEU DE NAISSANCE ET IDENTIFICATION IMMÉDIATE

LES RISQUES

1. Le tout premier risque réside dans les conditions de l'accouchement de la maman : en maternité, programmé ou par césarienne en urgence, à domicile, avec une décision tardive de confier son bébé à l'adoption.

2. Le second concerne l'erreur d'attribution initiale des **bracelets d'identification***, qui peut entraîner une confusion entre deux enfants, notamment en période de forte activité. La perte ou la dégradation des bracelets reste également un problème courant, rendant plus difficile l'association correcte entre l'enfant et ses données de soins. Et si l'identité du bébé a été saisie de façon manuscrite sur le bracelet, son enregistrement numérique pour l'édition d'étiquettes issues du système d'information est également un risque à prendre en compte. Quoi qu'il en soit le statut de l'identité reste « provisoire ».

**Le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) indique que le nouveau-né doit porter dès sa naissance 2 bracelets d'identité, un au poignet et l'autre à la cheville et le personnel veillera à ce qu'ils restent toujours bien en place. Ils doivent comporter les traits d'identité suivants : nom de naissance, prénom de naissance, date et heure de naissance, sexe. Ces éléments seront marqués de façon indélébile.*

3. NAISSANCE MULTIPLES

Lorsque plusieurs bébés naissent en même temps, la simultanéité des soins augmente le risque de confusion. Dans ces situations, l'usage de bracelets complémentaires (couleurs spécifiques, codes-barres, numéros distinctifs) et la double vérification par des professionnels sont fortement recommandés, tout comme l'usage systématique de l'heure de naissance dans l'identification de chaque nouveau-né.

2. IDENTITÉ PROVISOIRE ET MODIFICATIONS

VIGILANCE

Aussi, une attention particulière doit être portée lorsque les parents n'ont pas encore choisi définitivement le prénom voire le nom de leur enfant. Durant la période accordée aux parents pour déclarer officiellement la naissance, le bébé est alors identifié par un **nom provisoire** ou par celui de la mère, les pratiques françaises varient beaucoup.

Ce délai peut créer un risque de modifications successives de l'identité dans les systèmes informatiques hospitaliers, avec des doublons ou incohérences. La vigilance est donc nécessaire pour assurer la fiabilité des données du dossier médical.

L'identité du nouveau-né se verra attribuer le statut « valide » dans le Système d'Information uniquement lorsqu'un des parents présentera un extrait d'acte de naissance ou le livret de famille. L'identité Nationale de Santé (INS) du bébé passera au statut « qualifié » lorsqu'un des parents présentera son dispositif d'identification à haut niveau de confiance (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour).

4. TRANSFERT ET CHANGEMENT DE STRUCTURE

Le transfert d'un nouveau-né, par exemple vers un service de néonatalogie ou une autre structure hospitalière, constitue également une étape critique. Séparé de sa mère, l'enfant doit être identifié sans ambiguïté dans un nouvel environnement, parfois avec un autre système d'information. Le risque de rupture de traçabilité impose une transmission rigoureuse des données d'identité et une vérification systématique à l'arrivée dans la nouvelle structure ainsi que lors du retour dans l'établissement d'origine. Une procédure de transfert du nouveau-né doit donc exister dans les deux structures.

BONNES PRATIQUES & RECOMMANDATIONS



Pour réduire ces risques, plusieurs mesures peuvent être renforcées.

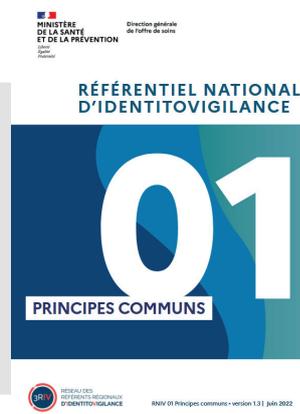
- **La présence du bracelet nominatif,**
posé immédiatement après la naissance, doit être systématiquement contrôlé à chaque étape des soins.
- **L'utilisation de bracelets sécurisés,**
difficilement détachables ou munis de codes-barres, constitue une piste d'amélioration.
- **La formation continue des équipes de maternité,**
axée sur la vigilance et la traçabilité, reste également essentielle.
- **L'implication des parents dans la vérification de l'identité de leur enfant**
peut représenter un soutien précieux au personnel soignant.



Accès aux outils



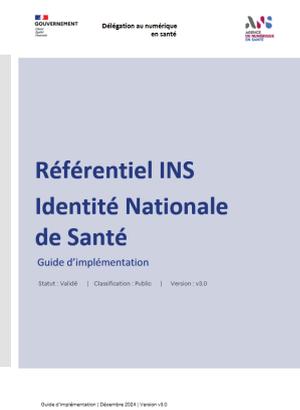
RÉFÉRENTIEL IDENTIFIANT NATIONAL DE SANTÉ
file:///C:/Users/cbstr/Downloads/
RNIV%201%20Principes%20communs%20v1.3-1.pdf



Accès aux outils



RÉFÉRENTIEL IDENTIFIANT NATIONAL DE SANTÉ
file:///C:/Users/cbstr/Downloads/
ins-guide-implementation.pdf



Accès aux outils **APPLICATION**

Identitovigilance en Nouvelle-Aquitaine

Infos Identité Santé est une **application pour smartphone et PC**, qui a pour objectif de sensibiliser et d'**accompagner les professionnels de santé** ainsi que **les usagers** sur les bonnes pratiques liées à l'identitovigilance et la gestion de l'Identité Nationale de Santé (INS). Elle fournit des informations simples et claires et **des ressources actualisées** pour garantir une identification fiable du patient tout au long de son parcours de soins.

**L'identité du patient est une donnée sensible.
Une erreur d'identification peut avoir de lourdes conséquences
sur le parcours de santé, de soins et de vie de l'utilisateur.**



Télécharger l'application
<https://www.identito-na.fr/infos-identite-sante>



ANNEXE

Critères certification HAS 2025

Dans la version 2025 du manuel de certification, 3 critères sont spécifiques à la maternité avec un niveau d'exigence impératif pour 2 critères relatifs d'une part à la prévention des risques obstétricaux majeurs (dossier patiente intra et extra hospitalier, formations ciblées, protocolisations, simulation, communication efficace, urgence vitale) et d'autre part à la sécurisation de la prise en charge du nouveau-né (IDTV, formation par la simulation, application de protocoles, traçabilités ciblées dans le dossier, allaitement, epp et actions d'amélioration). Le dernier critère voit son champs élargis et son niveau d'exigence devient standard : projet de naissance et projet parental.

DES CHAMPS D'APPLICATION COMPLÉMENTAIRES DU MANUEL S'APPLIQUENT ÉGALEMENT SPÉCIFIQUEMENT : les soins critiques pour les services de néonatalogie et les secteurs interventionnels pour les blocs obstétricaux. Ces derniers sont investigués par des traceurs ciblés dont 2 critères impératifs supplémentaires relatifs à la sécurité dans les secteurs à risques majeurs (risque infectieux, matériel, tenue, check list).

DES FORMATIONS CIBLÉES SONT ATTENDUES :

Rythme cardio fœtal, manœuvres obstétricales, urgences vitales en cas HPP immédiat, simulations, accompagnement à l'allaitement.

Ensemble des formations opposables aux professionnels de santé sont également attendues: utilisation des logiciels, gestes d'urgences, annonce d'un dommage associé aux soins, éthique, hygiène, sécurité informatique ...

1/ Liste des éléments d'évaluations investigués spécifiquement à la maternité

La fiche pédagogique HAS "l'évaluation de la prise en charge parents-enfant en périnatalité" permet d'accompagner les équipes des maternités.



https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-03/fiche_pedagogique_6e_cycle_perinatalite_maternite.pdf [22]

- | | |
|---|--|
| 1 | Crit.2.1-08-ee01-PAT : Dès le début de la grossesse, un projet de naissance (modes d'accouchement, type d'anesthésie, allaitement...) est élaboré avec les futurs parents qui le souhaitent. |
| 2 | Crit.2.1-08-ee02-PAT : Des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées aux parents. |
| 3 | Crit.2.1-08-ee03-PRT : L'équipe oriente, si nécessaire, les futurs parents vers des équipes spécialisées (aide médicale à la procréation...) et des associations spécialisées, dès l'expression d'un projet à la parentalité. |
| 4 | Crit.2.1-08-ee04-PRT : Les situations de vulnérabilité (fragilisation de la personne du fait de circonstances médicales, psychiques ou sociales avec un effet cumulatif aggravant) sont dépistées à l'aide d'outils, dès le projet à la parentalité et tout au long de la grossesse. |

5	Crit.2.1-08-ee05-PRT : Les situations de vulnérabilité sont partagées en staffs médico-psycho-sociaux ou staffs de périnatalité rassemblant l'ensemble des partenaires concernés.
6	Crit.2.1-08-ee06-PRT : Les entretiens (prénatal précoce et postnatal) obligatoires sont réalisés.
7	Crit.2.3-10-ee01-PRT : À l'admission, l'établissement dispose de tous les éléments du dossier de la patiente recueillis en extrahospitalier et intrahospitalier, même lors des transferts en urgence.
8	Crit.2.3-10-ee02-PRT : L'équipe maîtrise l'interprétation du rythme cardiaque fœtal grâce à des formations.
9	Crit.2.3-10-ee03-PRT : L'équipe maîtrise les manœuvres obstétricales grâce à des formations.
10	Crit.2.3-10-ee04-PRT : Le matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme.
11	Crit.2.3-10-ee05-PRT : La procédure d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum est accessible en salles d'accouchement et connue des professionnels.
12	Crit.2.3-11-ee01-PRT : L'ensemble des professionnels de santé prenant en charge des nouveau-nés en secteur naissance et maternité est formé par simulation à la prise de fonction et tout au long de son exercice professionnel.
13	Crit.2.3-11-ee02-PRT : Les professionnels connaissent les procédures de prise en charge du nouveau-né en secteur naissance et maternité (réanimation néonatale, infection néonatale...).
14	Crit.2.3-11-ee03-PRT : Les professionnels reportent dans le dossier patient le clampage retardé du cordon ombilical et la mise en peau à peau. Lorsqu'ils ne sont pas effectués, la raison est argumentée.
15	Crit.2.3-11-ee04-PRT : Les professionnels recueillent, dans le dossier patient, la température du nouveau-né en sortie de secteur naissance et à l'admission en unité de soins.
16	Crit.2.3-11-ee05-PRT : L'accompagnement de l'allaitement est inscrit dans une démarche qualité formalisée (formation spécifique, professionnel formé avec un temps dédié...).
17	Crit.2.3-11-ee06-PRT : Les professionnels analysent leurs résultats et définissent des mesures d'amélioration le cas échéant (par exemple : taux de clampage retardé du cordon, corticothérapie anténatale, suivi des températures du nouveau-né, durée d'hospitalisation, suivi de l'allaitement...).

2/ Liste des éléments d'évaluations investigués en soins critiques

Les soins critiques ne concernent pas le secteur maternité en établissement de santé pour les adultes. Selon l'article R6123-34-2, les soins critiques pédiatriques s'intéressent notamment aux services de réanimation et de soins intensifs néonataux. [22]. La fiche pédagogique HAS « L'évaluation de la prise en charge en secteurs de soins critiques » permet d'accompagner les équipes dédiées. [fiche_pedagogique_6e_cycle_soins_critiques.pdf](#) [23]

1	Crit.2.3-12-ee01-PRT : La surveillance visuelle et sonore de tous les patients en soins critiques est réalisée à l'appui d'une procédure de gestion des systèmes de surveillance (définition des seuils d'alarme, report d'alarme...) par des professionnels formés.
2	Crit.2.3-12-ee02-PRT : Les équipes de soins critiques transportent les patients après analyse bénéfiques/risques pluriprofessionnelle et dans des conditions qui garantissent la continuité de la surveillance et la sécurité.
3	Crit.2.3-12-ee03-PRT : Les équipes de soins critiques préviennent le syndrome post-réanimation (protocole de mobilisation, dépistage et traitement du delirium...) selon les recommandations de bonnes pratiques.
4	Crit.2.3-12-ee04-PRT : En unité de soins critiques, les décisions médicales sont explicitées en équipe lors des staffs pluriprofessionnels afin d'en favoriser la compréhension et permettre de partager les questionnements.
5	Crit.2.3-13-ee05-PRT : Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine, mettent en œuvre des plans d'actions et sont engagées dans le programme d'accréditation JACIE.
6	Crit.2.3-13-ee06-PRT : Les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes ou de tissus (CHPOT) évaluent leurs pratiques avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine dont les indicateurs Cristal Action®.

3/ Liste des éléments d'évaluations investigués en chirurgie interventionnelle

La chirurgie programmée ou urgente, quel que soit l'âge du patient, est concernée par les critères énumérés ci-dessous. La fiche pédagogique HAS "l'évaluation de la chirurgie et des secteurs interventionnels" permet d'accompagner les équipes dédiées. Parmi les actes intéressant ce secteur, nous pouvons citer les césariennes, les échographies endocavitaires, l'hystérocopie, l'embolisation des artères utérines.



https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-03/fiche_pedagogique_6e_cycle_perinatalite_maternite.pdf [24]

- | | |
|----|---|
| 1 | Crit.1.2-03-ee01-PRT : La pose du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont tracées dans le dossier du patient. |
| 2 | Crit.1.2-03-ee02-PRT : La carte d'implant, ou équivalent, contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est remise au patient à sa sortie. |
| 3 | Crit.1.2-03-ee03-PRT : Avant la pose du dispositif médical implantable, le patient a été informé : type de dispositif médical, durée de vie prévisionnelle, suivi nécessaire... |
| 4 | Crit.1.2-03-ee04-PRT : Le patient est informé des complications possibles et des conduites à tenir (précautions à prendre par le patient ou par un professionnel de santé et bon usage du dispositif) à la suite de l'implantation du dispositif. |
| 5 | Crit.2.1-07-ee02-TCI : La programmation opératoire est établie entre l'opérateur, l'anesthésiste et le chef de bloc et validée en conseil de bloc. |
| 6 | Crit.2.1-07-ee03-TCI : La programmation opératoire prend en compte l'organisation de la SSPI. |
| 7 | Crit.2.1-07-ee04-TCI : Les équipes se transmettent les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient. |
| 8 | Crit.2.1-07-ee05-TCI : La qualité des informations transmises fait l'objet d'une analyse régulière et entraîne, si besoin, des actions d'amélioration. |
| 9 | Crit.2.3-04-ee01-PRT : Les comptes-rendus de la consultation préanesthésique et de la visite préanesthésique (réalisées dans les délais conformes, hors urgences) contiennent l'évaluation du risque anesthésique et la justification du choix de la technique. |
| 10 | Crit.2.3-04-ee02-TCI : L'aptitude à la sortie de SSPI est validée médicalement ou évaluée sous condition de score validé médicalement. |
| 11 | Crit.2.3-05-ee01-TCI : La prescription d'antibioprophylaxie utile, systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire, est tracée dans le dossier du patient. |
| 12 | Crit.2.3-05-ee02-TCI : Dans les cas spécifiques (IMC élevé, portage de germe résistant aux antibiotiques...), l'antibioprophylaxie est adaptée. |
| 13 | Crit.2.3-05-ee03-TCI : L'antibioprophylaxie est conforme au protocole en fonction du type de chirurgie et du terrain (molécule, dosage, moment de l'administration et durée de l'antibioprophylaxie) selon les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes. |
| 14 | Crit.2.3-05-ee04-TCI : L'équipe des secteurs interventionnels met en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des pratiques en matière d'antibioprophylaxie. |
| 15 | Crit.2.3-06-ee01-TCI : L'équipe réalise toutes les étapes de préparation du patient selon le protocole en vigueur (douche, traitement des pilosités le cas échéant), défini avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. |
| 16 | Crit.2.3-06-ee02-TCI : Avant l'acte interventionnel, l'équipe réalise l'antiseptie cutanée selon le protocole en vigueur. |

- Suite

- 17 Crit.2.3-06-ee03-TCI : Les professionnels des salles interventionnelles tracent la conformité des équipements opératoires à l'ouverture de la salle.
- 18 Crit.2.3-06-ee04-OBS : L'équipe porte une tenue et des équipements (tunique, pantalon, masque) adaptés et strictement dédiés au secteur interventionnel.
- 19 Crit.2.3-07-ee01-TCI : Les professionnels qui ont la charge de la désinfection des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles sont formés et habilités.
- 20 Crit.2.3-07-ee02-TCI : La liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables thermosensibles est actualisée.
- 21 Crit.2.3-07-ee03-TCI : Les conditions et circuits de désinfection et de stockage des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles sont conformes aux bonnes pratiques.
- 22 Crit.2.3-07-ee04-TCI : Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles, analysés avec l'EOH, attestent de la maîtrise du risque infectieux. En cas de résultats non conformes, la conduite à tenir est respectée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- 23 Crit.2.3-07-ee05-TCI : La référence du dispositif médical invasif réutilisable thermosensible est tracée dans le compte-rendu de l'examen.
- 24 Crit.2.3-07-ee06-TCI : Pour chaque dispositif médical invasif réutilisable thermosensible, un carnet de vie regroupe toutes les informations le concernant : actes réalisés, opérations de nettoyage-désinfection, de maintenance ou de contrôle microbiologique.
- 25 Crit.2.3-08-ee01-PAT : En chirurgie, le patient est informé des modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge ambulatoire.
- 26 Crit.2.3-08-ee02-PAT : L'équipe trace l'éligibilité à l'ambulatoire.
- 27 Crit.2.3-08-ee03-PRT : La fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin ou sous condition de score (sur prescription) évalué par des professionnels formés.
- 28 Crit.2.3-08-ee04-PRT : L'équipe de chirurgie ambulatoire assure le suivi du patient par un contact téléphonique ou SMS, après le retour à domicile.
- 29 Crit.2.3-09-ee01-TCI : Une check-list, éventuellement adaptée selon les recommandations de la HAS, est systématiquement réalisée de façon exhaustive par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels à chaque étape.
- 30 Crit.2.3-09-ee02-TCI : La check-list est réalisée en présence des professionnels concernés.
- 31 Crit.2.3-09-ee03-TCI : Des évaluations de la mise en œuvre de la check-list sont suivies par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels (en particulier, le suivi des Go/No Go).
- 32 Crit.2.3-09-ee04-TCI : Les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels mettent en œuvre des actions d'amélioration sur la base de l'analyse des résultats des indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la check-list.
- 33 Crit.2.3-11-ee06-PRT : Les professionnels analysent leurs résultats et définissent des mesures d'amélioration le cas échéant (par exemple : taux de clampage retardé du cordon, corticothérapie anténatale, suivi des températures du nouveau-né, durée d'hospitalisation, suivi de l'allaitement...).
- 34 Crit.2.4-07-ee02-TCI : Les équipes de chirurgie, d'anesthésie et des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des écarts de programmation (différence entre ce qui est programmé et ce qui est réalisé, délai de reprogrammation).
- 35 Crit.2.4-07-ee03-TCI : Les équipes des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des mesures de prévention des infections : port des tenues, hygiène des mains, préparation cutanée, discipline (nombre de personnes en salle, ouvertures des portes, allées et venues...).
- 36 Crit.2.4-07-ee04-TCI : Les équipes des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des infections du site opératoire.

SOURCES

- 1- Profit J, Sharek PJ, Cui X, Amspoker AB, MacMurray AT, Horbar JD, et al. The correlation between neonatal intensive care unit safety culture and quality of care. *Journal of Patient Safety*. 2020;16(4):e310–e316. <https://qualitysafety.bmj.com/content/30/6/444>
- 2- Liberati EG, Tarrant C, Willars J, Draycott T, Kuberska K, Paton A, Marjanovic S, Leach B, Lichten C, Hocking L, Ball S, DixonWoods M; SCALING Authorship Group. Seven features of safety in maternity units: a framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation. *BMJ Quality & Safety*. 2021;30(6):444–456. Accès : https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2020/12000/The_Correlation_Between_Neonatal_Intensive_Care.10.aspx
- 3- Dillner P, Eggenschwiler LC, Rutjes AWS, Berg L, Musy SN, Simon M, et al. Incidence and characteristics of adverse events in paediatric inpatient care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Quality & Safety*. 2022;32(3):133–149. Accès : <https://qualitysafety.bmj.com/content/32/3/133>
- 4- Haute Autorité de Santé. Rapport : Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus chez les nouveau-nés. 21 mai 2025. [rapport_analyse_eigs_nouveau_nes_vd.pdf](#)
- 5- DREES (2023) – Indicateurs de santé périnatale : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
- 6- INSERM / Rapport Euro-Peristat (2022) : <https://presse.inserm.fr/rapport-euro-peristat>
- 7- Sécurité sociale – Évaluation des politiques publiques (2023) : <https://evaluation.securite-sociale.fr>
- 8- Synthèse – Rapport de la Cour des comptes sur la politique de périnatalité. Mai 2024 Documents | Cour des comptes 20240506-synthese-Sante-perinatale.pdf] (<file-service://file-DB2Drz4KQzayU7v8NWYVb>)
- 9- Santé publique France – Enquête nationale périnatale 2021 (ENP 2021)
- 10- Omedit. <https://www.omedit-nag.fr/>
- 11- Vaccination info service.fr <https://vaccination-info-service.fr/>
- 12- Visites de risques en obstétrique : diagnostic et recommandations. Edition 2024. Relyens. https://www.relyens.eu/fr/wp-content/uploads/sites/4/2024/09/S0154__fiche_vdr_Obstetrique_FRA_24A-3-1-1.pdf
- 13- Gestion du capital sanguin en obstétrique. 2021, HAS
- 14- Prévention et prise en charge de l'hémorragie du postpartum immédiat (HPP) Recommandations de pratiques professionnelles. 2017, HAS.
- 15- Transferts en urgence des femmes enceintes. (2013) HAS

16- Sortie de maternité après accouchement. HAS (2014)

17- Suivi et orientation des femmes enceintes à risque identifiées". Mai 2016. HAS https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf

18- Le dépistage de la trisomie 21. HAS. Décembre 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/depistage_trisomie.pdf

19- Diagnostic de l'EP dans le contexte de la grossesse, T. Moumneh, A. Penaloza, A. Armand, H. Robert-Ebadi, M. Righini, D. Douillet, G. Le Gal, P.-M. Roy, Ann. Fr. Med. Urgence (2022) 12:12-20

20- Directive qualité portant sur le contenu attendu d'un projet de naissance. Groupe projet. Juillet 2023. <https://cngof.fr/app/pdf/FICHES%20D'INFORMATION%20DES%20PATIENTES/Obst%C3%A9trique//Directive%20Qualit%C3%A9%20Projet%20de%20Naissance%20-%20Texte%20Long%20-%20Juillet%202023.pdf>

21- Outil SAED. HAS. Octobre 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf

22- L'évaluation de la prise en charge parents-enfant en périnatalité. Fiche pédagogique. HAS. Juillet 2025. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-03/fiche_pedagogique_6e_cycle_perinatalite_maternite.pdf

23- Article R6123-34-2 du code de la santé publique : Section 2 : Soins critiques. Version en vigueur depuis le 01 juin 2023. Legifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045673628#:~:text=1%C2%B0%20R%C3%A9animation%20de%20recours,Soins%20intensifs%20p%C3%A9diatriques%20d'h%C3%A9matologie.

24- L'évaluation de la chirurgie et des secteurs interventionnels. Fiche pédagogique. HAS. Janvier 2025. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/fiche_pedagogique_6e_cycle_secteurs_interventionnels.pdf



AGISSONS POUR DEMAIN

Retrouvez toutes **nos actualités,**
nos formations, nos ressources
sur www.ccecqa.fr

Découvrez la chaîne  **YouTube** du **CCECQA**
avec ses podcast et vidéos !



Restons connectés !