



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CAPIO CLINIQUE FONTVERT
AVIGNON NORD**

**235 rue louis pasteur
84700 Sorgues
AVRIL 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	14
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	35

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CAPIO CLINIQUE FONTVERT	
Adresse	235 rue louis pasteur 84700 Sorgues
Département / région	VAUCLUSE / PACA
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Groupement	CAPIOSANT	CAPIO SANTE	Le Cristal Parc 113 boulevard Stalingrad 69628 Villeurbanne
Entité juridique	840014658	CLINIQUE FONTVERT AVIGNON NORD	235 rue louis pasteur 84700 Sorgues
Etablissement de santé	840013445	CAPIO CLINIQUE FONTVERT	235 rue louis pasteur 84700 Sorgues

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	78	13
MCO	Chirurgie esthétique	3	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité /

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	/

Arrêt et fermeture d'activité	Suspension de l'activité de cancérologie depuis 2013.
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé prononce la certification de l'établissement (A).

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité (avril 2017).

PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Chirurgie digestive	Patient algique	Programmée	Transfert depuis une structure SLD ou médico-social	MCO
2	Adulte	Chirurgie ophtalmologique	/	Programmée		MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

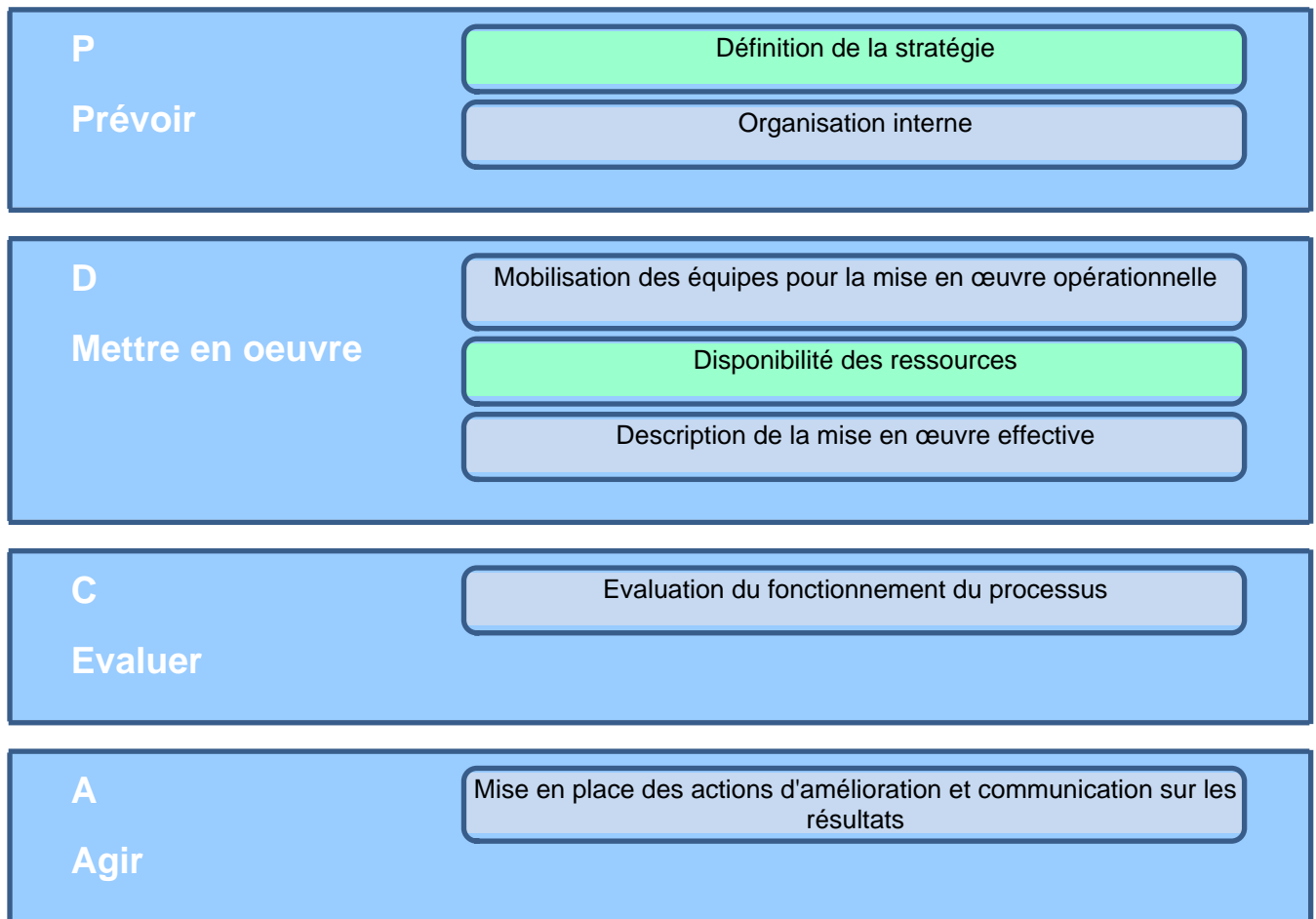
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique d'amélioration de la qualité est formalisée dans le nouveau projet d'établissement écrit en 2015 suite au projet de réorganisation des activités. Elle présente la politique de gestion des risques et de la sécurité des soins. La direction définit et présente les orientations stratégiques annuellement et impulse la dynamique qualité au sein des instances et plus particulièrement en CME.

La politique d'EPP fait partie de la politique qualité. Elle en définit les thèmes et les objectifs en termes de démarche d'amélioration.

Un chapitre traite de la gestion de crise au sein du plan qualité et précise les modalités d'actions protocolisées.

Une cartographie des risques est élaborée et couvre tous les champs d'activités de l'établissement. Elle permet une hiérarchisation des risques. La cartographie couvre les risques des secteurs y compris le réglementaire.

La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques prend en compte la hiérarchisation des risques et le plan d'actions qui en découle. Certains risques identifiés sont présents dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

La coordination des ressources composant le système qualité et gestion du risque est assurée par le comité de direction complété des pilotes de processus et comprenant le président de CME et les cadres de services et de la cellule qualité. Ce comité se réunit tous les mois et traite de tous les processus qui constituent le périmètre de certification de la clinique. Un audit interne a été mené en 2015 par un cabinet d'experts et un accompagnement par un prestataire externe ont permis de structurer la démarche et d'impliquer les personnels.

La cellule qualité concentre son organisation sur un document de référence : le PAQSS et c'est à partir de ce support que la référente qualité extrait les éléments du compte qualité. Les remplacements des absences des deux qualitiennes titulaires n'ont pas altéré le bon suivi des plans qualité.

La stratégie de la direction vise à informer les personnels et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité. Le relai terrain est assuré par l'encadrement sous le management de la Cellule Qualité et gestion des risques.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard de ses missions, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cellule qualité composée d'un référent qualité et d'une assistante qualité s'appuie, sur le terrain, sur les cadres de santé, les responsables de secteur et sur les pilotes des processus (Présidente de CME, Pharmacien Gérant, Président du CLIN, médecin médiateur), ainsi que sur les représentants des usagers dynamiques et impliqués. Les plans d'actions qualité sont travaillés en CODIR, présentés en CRU et en CME.

Les équipes sont sensibilisées par l'outil intranet de la clinique qui donne accès aux procédures, aux comptes rendus d'instances, aux fiches d'événements indésirables et à leurs réponses. Les personnels peuvent également suivre l'évolution du PAQSS et recevoir d'autres informations en lien avec la démarche qualité. L'intranet dispose d'un système d'alerte qui informe les utilisateurs des nouveautés à consulter.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les différents comités impliquent les professionnels au quotidien et peuvent utiliser une gestion documentaire opérationnelle présente à la fois dans des classeurs clairs et complets et dans l'outil intranet consultable par la totalité des professionnels.

Toutes les ressources nécessaires (matériels et documentaires) sont à disposition dans les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La clinique met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement des secteurs. La taille de la

clinique et les prises en charge de courte durée permettent une déclinaison opérationnelle du PAQSS à la fois en adaptant les mesures aux secteurs d'activité et en respectant un calendrier connu de tous.

Le dispositif de gestion des événements indésirables fonctionne à l'aide d'une fiche de déclaration disponible sur l'intranet, il est connu des personnels et utilisé largement.

La cellule qualité analyse les fiches et propose au CODIR une réponse basée sur un score de sévérité. Le circuit se boucle avec une diffusion de la réponse sur l'intranet auprès du ou des rédacteurs et une communication auprès des comités concernés.

La veille sanitaire et la coordination des vigilances reposent sur les membres de la direction et de la Cellule Qualité. Une astreinte opérationnelle est organisée et couvre les heures fermées. Une boîte mail dédiée aux alertes sanitaires est en place.

Le circuit de traitement des plaintes et réclamations est organisé avec la référente qualité qui respecte les délais légaux. Elle organise la préparation de la réponse et présente au patient le rôle de la CRU.

Toutes les plaintes sont étudiées en CRU avec l'aide des représentants des usagers présents et actifs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). De nombreux indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont définis, recueillis et analysés. On dénombre trois EPP en cours de réalisation sur le thème.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est organisée à l'aide du questionnaire de sortie avec un taux de retour jugé satisfaisant par la Cellule Qualité. De plus, au cours de l'appel du lendemain en chirurgie ambulatoire, les patients sont interrogés sur la qualité de leur prise en charge. Ce système alimente les évaluations du fonctionnement du processus ambulatoire qui représente près de 80 % de l'activité globale de la Clinique FONTVERT.

Le système de management de la qualité est évalué en continu par le CODIR qui propose des actions complémentaires et des calendriers validés collectivement. La CME est associée à l'évaluation du système et propose des nouveaux thèmes d'EPP en lien avec les accréditations professionnelles médicales.

Ces différentes évaluations débouchent le cas échéant sur une modification de la cartographie des risques et du plan d'actions. Elles entraînent des réajustements, un nouveau calendrier de mise en œuvre et quelque fois une modification du compte qualité.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le PAQSS centralise toutes les actions d'amélioration au sein d'un seul document. Il fait l'objet de compléments réguliers par les pilotes après validation de la Cellule Qualité et d'une évaluation complète annuelle au cours de laquelle les mesures abouties sont clôturées et le support réajusté. Les actions d'améliorations sont mesurées en continue et une cotation est présente au sein du PAQSS à l'aide de nombreux indicateurs. Cette cotation évolue tout au long de son déroulement et jusqu'à sa clôture.

L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration. Les résultats sont diffusés aux professionnels et appropriés.

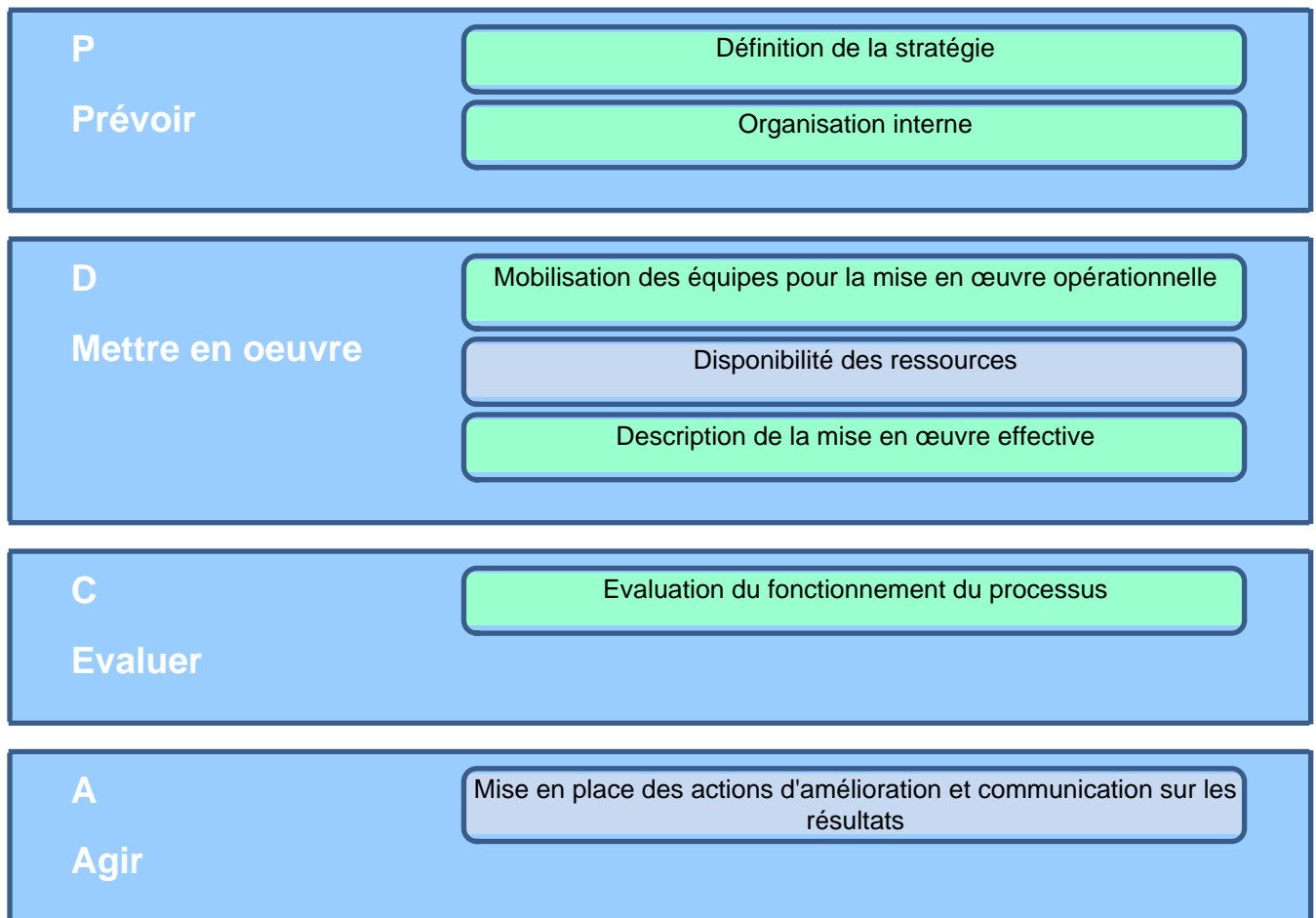
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>La Clinique FONTVERT dispose d'une politique de maîtrise du risque infectieux qui prend en compte les risques identifiés à partir de la cartographie générale et repris pour certains dans le compte qualité. La méthodologie utilisée est une approche processus éditée par l'ARLIN et le C CLIN et personnalisée à l'établissement. Cette politique, validée par les instances, est inscrite au projet d'établissement. Elle est définie annuellement par la commission de lutte contre l'infection nosocomiales (CLIN) avec l'équipe d'hygiène et la cellule qualité. L'analyse des risques est réalisée de façon pluri-professionnelle.</p> <p>La politique comporte, notamment, un axe d'hygiène générale liée aux soins et un axe d'hygiène environnementale (air, eau, surface).</p> <p>La politique est déclinée en objectifs avec des actions inscrites dans un plan d'actions qualité.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>La Clinique FONTVERT a mis en place un CLIN associant le Médecin Hygiéniste du CLIN Régional, le Président du CLIN qui est un médecin orthopédiste, des référents et la Cellule Qualité. Les rôles et responsabilités sont définis dans des fiches de poste.</p> <p>Les professionnels sont formés régulièrement aux recommandations en hygiène liée aux soins et à l'hygiène de l'environnement.</p> <p>Le CLIN valide la cartographie des risques et la remontée de certains éléments dans le compte qualité.</p> <p>Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.</p> <p>La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.</p>

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Les professionnels sont accompagnés par l'équipe d'hygiène pour la mise en œuvre des procédures et le respect des bonnes pratiques. L'encadrement et les référents assurent le relais des informations vers les secteurs ambulatoire, d'hospitalisation et les blocs opératoires.</p> <p>Les surveillances sont organisées, notamment pour les infections du site opératoire et pour les infections à bactéries multi-résistantes.</p> <p>Le CLIN mobilise les équipes autour des axes prioritaires en matière d'hygiène avec un focus particulier pour la campagne 2014/2015 sur les signalements, les précautions complémentaires et sur la formation des personnels avec une priorité sur la formation d'une infirmière hygiéniste faisant défaut au sein de la structure sans introduire de faille dans le système de gestion et de maîtrise du risque infectieux.</p> <p>Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les effectifs des professionnels médicaux et paramédicaux sont adaptés aux activités de l'établissement et permettent le respect des procédures d'hygiène (hygiène des locaux, marche en avant au bloc opératoire, mise en place des précautions complémentaires...).</p> <p>Tous les professionnels disposent d'un corpus de procédures disponibles sur l'intranet. Ils utilisent ces procédures et font appel à l'équipe d'hygiène en cas de besoin.</p> <p>Les nouveaux arrivants reçoivent une information en matière d'hygiène et de recherche des protocoles sur l'intranet : "manuel d'utilisation".</p> <p>Pour la mise en œuvre des formations, l'équipe d'hygiène organise et anime la journée hygiène des mains, participe à la semaine de « sécurité-patient ». Elle rencontre de façon régulière les professionnels des unités de soins.</p> <p>Un guide et des protocoles de bon usage de prescriptions des antibiotiques sont diffusés aux professionnels, un antibio-guide est distribué aux prescripteurs.</p> <p>Les matériels de sécurité, les équipements de protection individuelle sont disponibles. La maintenance des locaux et des équipements est réalisée par des personnels salariés de la clinique formés par le CLIN.</p> <p>Chaque service est équipé de plusieurs postes informatiques permettant le travail simultané des professionnels facilitant l'accès aux différents protocoles dont ceux spécifiques à l'hygiène.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le</p>

fonctionnement et la prise en charge du patient.

En pratique, les précautions complémentaires d'hygiène sont prescrites et tracées, l'information est transmise aux équipes de l'unité d'hospitalisation, aux autres secteurs et au patient ainsi qu'à son entourage. La mise en chambre seule est une priorité pour les patients qui le nécessitent.

L'hygiène des locaux est assurée sur la base de procédures par des professionnels salariés et formés par la clinique.

La prescription de l'antibiothérapie est encadrée par des rappels sur le logiciel de prescription qui permet également un respect de la réévaluation de l'antibiothérapie par le biais d'un item informatique bloquant.

Le pharmacien réalise un contrôle de la prescription des antibiotiques. Il a accès via le dossier informatisé aux différents éléments cliniques et biologiques lui permettant une analyse et une validation pharmaceutique.

Le signalement des infections est effectif, quand-il n'est pas réalisé par le praticien directement il est réalisé par le médecin hygiéniste à qui lui est transmise la totalité des bactériologies positives.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'équipe d'hygiène établit le bilan annuel dans le cadre de la réglementation. Le tableau de bord des infections nosocomiales est suivi et diffusé. Un programme d'évaluation des pratiques est en place. Il porte de façon suivie sur le sondage urinaire, la préparation de l'opéré et sur les bonnes pratiques en antibio-prophylaxie.

Les IPAQSS sont renseignés et suivis, ils sont complétés par des audits internes portant sur les ISO et les infections nosocomiales.

Tous ces modes d'évaluation alimentent et modifient le cas échéant la cartographie des risques avec un impact sur la révision du compte qualité.

La Cellule Qualité apporte son soutien méthodologique et logistique à la réalisation des différentes évaluations. Elle est aussi chargée de la communication aux personnels sur le terrain via l'encadrement.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'améliorations sont définies par le CLIN avec l'aide de la Cellule Qualité en fonction des résultats des indicateurs issus des différentes évaluations. Elles prennent en compte les axes du programme national, régional et des priorités de la clinique. L'ensemble alimente à la fois la révision de la cartographie des risques et la modification du compte qualité.

Le programme de l'année à venir est établi en prenant en compte le bilan de l'année écoulée. Les ajustements sont communiqués à la cellule qualité pour alimenter le plan d'actions qualité.

Les résultats sont communiqués globalement de deux façons soit en direct par le CLIN auprès des médecins et des équipes de soins soit par la Cellule Qualité via l'intranet.

Les référents dans les unités de soins sont destinataires des informations et des résultats, il en va de même pour les médecins.

A titre d'exemple les anesthésistes sont destinataires des différentes actions portant sur antibio-prophylaxie et les chirurgiens sur l'antibiothérapie.

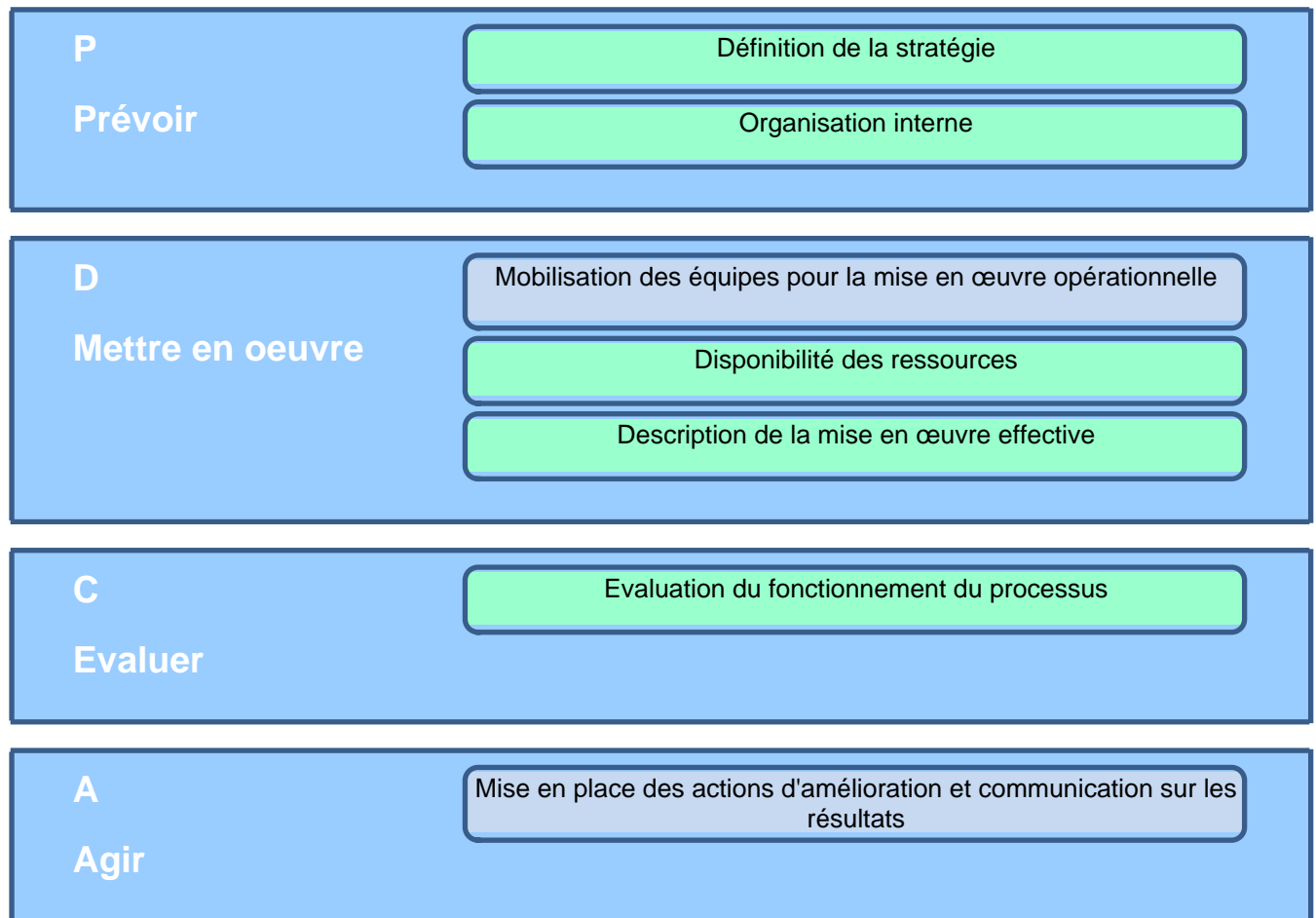
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un chapitre du projet d'établissement est consacré au respect des droits des patients. Le groupe auquel appartient l'établissement s'engage à mener à bien son projet tout en veillant au respect des droits des patients. Ainsi, les orientations stratégiques décrites au sein du projet établissement mettent en avant les notions de bienveillance, de dignité et d'intimité du patient et de confidentialité de celui-ci quelque soit son type de prise en charge son origine ou sa pathologie. Ces orientations sont partagées en commission (CRU) avec les membres des associations d'usagers.

La politique de respect du patient prend en compte l'analyse des risques que l'on retrouve dans la cartographie et met en avant des objectifs d'amélioration mesurables et traçables.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est piloté par des ressources identifiées (un pilote est désigné pour chaque processus) pour les quelles les fiches de postes sont encours de réécritures (mise à jour de fiches existantes).

Des formations sont dispensées régulièrement aux professionnels sur la bienveillance et sur la relation soignant-soigné. Des actions spécifiques sont également présentes au plan de formation 2015. Des actions ciblées sur la bienveillance sont menées.

L'organisation de la prise en charge telle que définie au sein de la clinique permet de respecter la dignité du patient. Une organisation est en place pour garantir aux patients une information pleine et entière sur ses droits. Elle s'appuie sur le livret d'accueil et les documents remis au patient tout au long de sa prise en charge. Des actions d'amélioration et actualisations des procédures sont envisagées en cas de besoins. Par exemple, la mise en place de la filière d'ambulatoire dite courte pour les patients de chirurgie de la main et ophtalmologique en salon pré-opératoire et post-opératoire occasionne une cohabitation des patients nécessitant une vigilance accrue sur le respect des droits des patients. La clinique dispose désormais de chambres pour les patients qui ne souhaitent pas cette promiscuité ou dont le profil n'est pas adapté à cette forme de prise en charge.

Ces modalités de fonctionnement font l'objet d'un suivi auprès de la patientèle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les dispositions prévues pour garantir le droit des patients sont déclinées par services en adaptant les outils de communication et d'information à chaque spécificité et spécialité. En effet, compte tenu des risques identifiés pour chaque service d'hospitalisation ou dans les blocs opératoires, les cadres de santé déclinent en lien avec la référente qualité les plans d'actions opérationnelles visant à l'amélioration du respect des droits du patient. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Des procédures définissant les règles de respect des droits des patients au sein de la clinique sont disponibles sur intranet et dans les classeurs qualité, les équipes les connaissent et savent accéder à cette gestion documentaire. Un affichage de la charte est assuré en de nombreux endroits et en grand format à l'entrée de la Clinique FONTVERT.

La clinique favorise la concertation en invitant largement au sein du CODIR les principaux acteurs. Les cadres de santé communiquent sur ces thèmes en équipe de soins ou sur des cas concrets. Ces communications prennent la forme de CREX.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, les matériels (dossier patient informatisé) et la gestion documentaire opérationnelle connue et utilisée par les personnels sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

En pratique, les distributions des livrets d'accueil, les informations en amont de l'entrée et à l'admission contribuent à mettre en œuvre les règles de respect des droits des patients tout au long de sa prise en charge.

Des outils de signalements des cas de maltraitance sont en place via l'utilisation des fiches de déclaration des événements indésirables.

Un dispositif d'accompagnement de l'entourage est en place avec la mise à disposition d'un salon d'attente spécifique aux familles de patients ainsi que des documents destinés aux accompagnants pour améliorer la sortie du patient et sa récupération rapide après la chirurgie. Un dispositif permet d'organiser le recueil du consentement éclairé et de tendre vers des objectifs atteignables avec la mise en place d'une étape supplémentaire dans la préparation d'une organisation visant à recueillir l'avis du patient lors d'un refus de soin qui est de toutes les façons tracé dans le dossier patient. Les soignants disposent d'une organisation visant à informer le patient de son état de santé tout au long de sa prise en charge. Il existe aussi un protocole, appliqué au besoin par les professionnels, qui permet d'informer le patient en cas de dommage lié aux soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique du processus se réalise au sein du comité de direction à travers l'évaluation du PAQSS. Par ailleurs la clinique est organisée pour recueillir la satisfaction du patient à la fin du séjour et par sondage téléphonique.

En effet, des items spécifiques concernant la confidentialité et le respect de l'intimité sont présents dans le questionnaire. Il en est de même pour la questionnaire que les aides-soignantes utilisent au cours de l'appel du lendemain pour les patients de chirurgie ambulatoire.

Ces mesures permettent de suivre des indicateurs présents dans le PAQSS et vont enrichir le compte qualité.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration sont évaluées à fréquence régulière au sein du comité de direction et formalisées dans les plans d'actions. La réévaluation est encore en cours de réalisation sur le programme 2015. Sa formalisation nouvelle se formalise sur les années 2015 et 2016.

Certaines actions issues des constats d'audits ont permis une amélioration à l'accueil des patients et de proposer une confidentialité optimisée. Cette action couplée au questionnaire de sortie montre le fonctionnement complet de système d'évaluation en mode PDCA.

Ces actions d'amélioration sont progressivement en cours d'évaluation afin de réajuster le PAQSS et de modifier le cas échéant à la fois la cartographie des risques et le compte qualité. Le tout est décliné selon un calendrier modifié et validé en CODIR.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

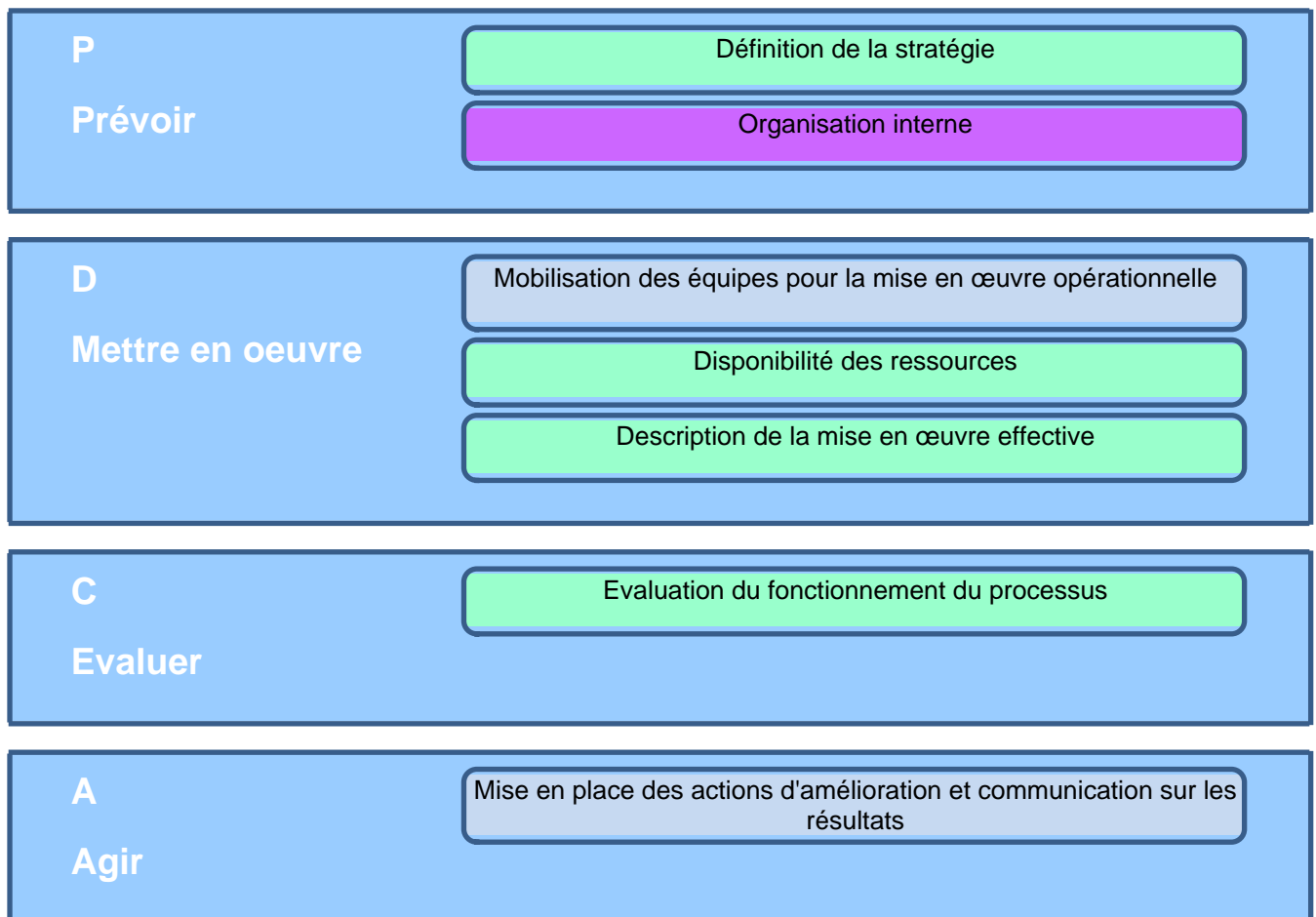
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique récemment formalisée dans un nouveau projet d'établissement datant de 2015 au sein duquel un chapitre est consacré aux problématiques de parcours patient et aux différentes interfaces concernées. La stratégie de la Clinique FONTVERT est issue du plan national stratégique du groupe auquel appartient la Clinique. Elle vise à coller au plus près du projet médical de territoire et au SROSS. Elle prend en considération les attentes des plans nationaux de réduction des moyennes de séjour et visent à atteindre les objectifs nationaux en matière de chirurgie ambulatoire. Cette stratégie, également adaptée aux risques propre à l'établissement et validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Plus de 80% de l'activité se fait en ambulatoire. Le SOS mains peut prendre en charge les urgences à tout moment.

ORGANISATION INTERNE

La clinique est organisée pour piloter le processus "Parcours patient". En effet, les cadres de santé (bloc, endoscopie, hospitalisation) ont des missions et des rôles clairs. Leurs missions sont connues de tous. Les fiches de postes existantes sont en cours de ré-écriture pour correspondre à la nouvelle organisation donnant une place plus importante à l'ambulatoire.

La clinique, au regard de la cartographie des risques a organisé la prise en charge en services avec trois cadres de santé pour chaque secteur, des formations et une gestion documentaire tout à fait opérationnelle grâce à l'intranet. Les responsables de secteurs veillent à ce que les effectifs et les moyens matériels garantissent une prise charge coordonnées au regard des risques collectés et classés par processus dans la cartographie des risques. La direction et la cellule qualité communique largement à travers l'intranet ou les réunions de services pour sensibiliser les personnels au risque lié au parcours du patient.

La gestion des interfaces : radiologie et biologie est organisée et l'organisation contribue à faciliter la concertation entre professionnels des divers secteurs tels que le bloc et les services d'ambulatoire.

La direction et la cellule qualité communiquent largement à travers l'intranet ou les réunions de services pour sensibiliser les personnels aux risques liés au parcours du patient.

La clinique organise les interfaces du parcours du patient dont la suite du séjour. Elle dispose de conventions avec des établissements de soins de suite et privilégie le retour au domicile en dispensant de la formation aux professions paramédicales en charge du patient en ville (kinésithérapeute et infirmières). La clinique ne reçoit pas de personnes appartenant à une population spécifique mais à signé avec les hôpitaux publics proches des conventions pour l'adressage de patient issue de filière psychiatrique.

Un plan d'action visant à prendre en charge le risque suicidaire est formalisé diffusé aux services et connu. Il fait parti, avec l'ensemble des autres dispositifs en lien avec le parcours du patient, de la cartographie des risques validée par le comité de direction.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres sont associés aux travaux du comité de direction, le canal de l'intranet est un outil de communication très utilisé pour mobiliser les personnels sur des sujets tels que les plans qualité. Les ressources d'encadrement travaillent à fréquence très régulière avec la CME et la Cellule Qualité. Elles sont mobilisées pour mettre en œuvre la politique institutionnelle de qualité dans la prise en charge opérationnelle des patients et tout particulièrement en chirurgie ambulatoire qui représente plus de 80 % de l'activité globale.

Le projet d'établissement définit les modalités de prise en charge du patient programmé avec un accueil spécifique pour le SOS mains ou en admission non programmée.

Le management de chaque secteur prévoit une déclinaison locale en fonction de la sévérité de chaque risque lié à chaque moment sensible du parcours. Les encadrants vérifient avec la cellule qualité, la conformité des protocoles et des procédures et favorisent l'implication des équipes en relayant les dysfonctionnements, en les transformant en actions correctives et en alimentant le PAQSS.

Des actions correctives mises en place au regard des variations d'indicateurs sont rentrées par les pilotes sur l'outil de gestion de la qualité. Les évolutions et modifications sont communiquées en retour aux professionnels sur l'intranet ou par affichage.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

Les acteurs de terrains apportent les informations nécessaires à la qualité de prise en charge de manière continue et fluide en utilisant les comités ou instances connues et représentatives.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

En pratique, la durée moyenne de séjour globale est de 1,9 jour et le profil de patient sélectionné pour la chirurgie ambulatoire sont des éléments qui sont peu compatibles avec la mise en œuvre d'un projet de soins personnalisés durant le séjour. Pour autant, une approche privilégiée porte plutôt sur la continuité des soins en aval avec une structuration du réseau ville/hôpital.

Une organisation est place pour dépister les troubles nutritionnelles avec une traçabilité dans le dossier patient.

Le CLAN fonctionne en lien avec les équipes médicales et les cadres des secteurs.

Des manuels, des fiches techniques à destination des patients opérés de la hanche et de l'épaule constituent un dispositif d'éducation thérapeutique à l'attention des patients d'orthopédie. Une information spécifique est délivrée aux patients relevant de la chirurgie de la main avec des actions particulières dans le cadre de SOS Main.

Néanmoins, la sortie du patient n'est pas réalisée en fonction de son état clinique. Les patients opérées en chirurgie ophtalmologique et certains patients opérés en chirurgie orthopédique ambulatoire n'ont pas la visite du chirurgien ou de l'anesthésiste avant leur sortie. Dans ce cas, la remise à la rue est validée par l'infirmière, selon une procédure précise, dans le dossier patient informatisé sous le libellé "sortie sans contre visite médicale".

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi du processus sont assurés régulièrement par le pilote de processus sur la base d'outils identifiés dans le PAQSS en cohérence avec la cartographie des risques.

Des outils de types tableaux de bord sont utilisés par chaque pilote et discutés mensuellement en CODIR. Les mesures correctives sont tracées dans le PAQSS avec un lien dans le compte qualité.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le PAQSS permet à l'établissement de centraliser sur un support unique et connu de tous. Sa lisibilité est facilité ce qui permet de réaliser des modifications par les pilotes de processus. Il est en outre validé après les travaux d'ajustement et de mise à jour tous les mois au sein d'un comité de direction opérationnel.

L'intranet et l'affichage permettent de relayer la communication des résultats des actions présentées lors des instances et des comités en place. toutes ces modifications une fois validées permettent le réajustement du PAQSS, le plan d'actions associé et le cas échéant de modifier la cartographie des risques et du compte qualité.

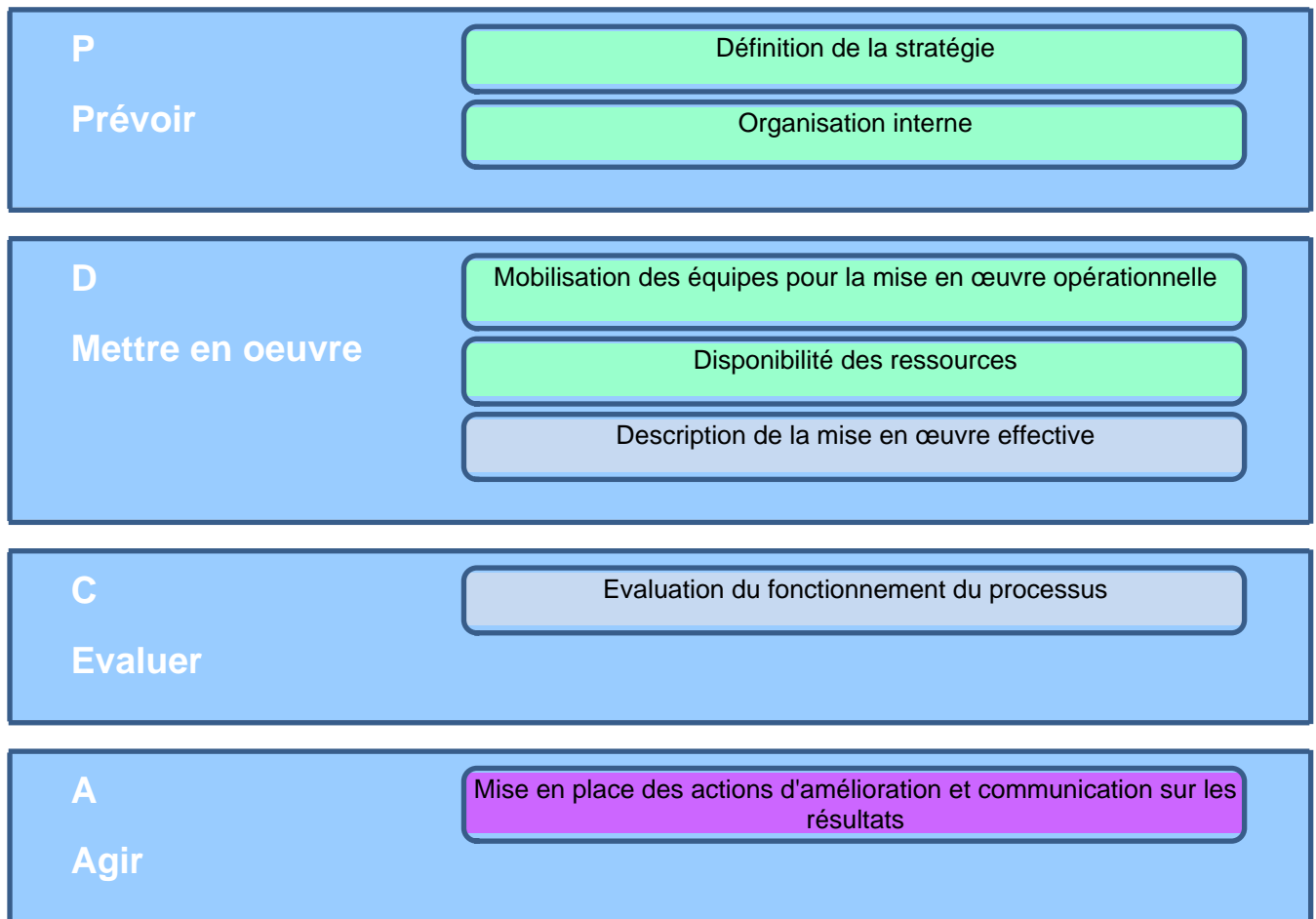
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est définie dans le projet d'établissement en lien avec le schéma directeur de l'information.

Les besoins sont identifiés dans les axes stratégiques du projet d'établissement. Des objectifs sont définis dans la rubrique "dossier patient" du projet d'établissement. Les risques sont identifiés dans la cartographie générale et sont inscrits au compte qualité. Cette politique décline également l'organisation mise au service du déploiement du dossier patient, les règles de gestion, les outils nécessaires et les formations destinées aux professionnels.

La politique du dossier est connue des professionnels. Elle prend en compte les règles de gestion, les responsabilités des différents intervenants et utilisateurs du dossier, sa tenue, les règles de confidentialité, d'utilisation et d'accessibilité.

ORGANISATION INTERNE

La politique décline également l'organisation mise au service du déploiement du dossier patient, les règles de gestion, les outils nécessaires et les formations. Elle complète le dispositif par une réflexion sur l'accès du patient à son dossier et par la politique de mesure attachée au dossier. Enfin cette politique fait le point sur l'architecture technique nécessaire au déploiement de ce schéma directeur d'information.

L'organisation déployée autour du dossier patient s'inscrit dans la globalité de la prise en charge du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Des règles de gestion du dossier patient sont définies, deux référents dossier patients sont nommés dans l'établissement (une IDE et le pharmacien gérant). Ils sont l'interface entre les utilisateurs, le prestataire informatique, la Direction et la Cellule Qualité.

Le dossier patient est essentiellement structuré autour du nouveau dossier informatisé qui est en place effective depuis un an.

Le schéma directeur de sa mise en place est défini dans le projet d'établissement et repris dans le déploiement du système d'information.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le dossier patient est un dossier informatisé mis en lieu et place d'un système informatique plus ancien. Il est opérationnel et déployé sur l'ensemble de la clinique depuis un an.

L'organisation déployée autour du dossier patient s'inscrit dans la globalité de la prise en charge du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Des règles de gestion du dossier patient sont définies. Les référents nommés sont l'interface entre les utilisateurs et le service en charge du développement.

Les plans d'actions ont été définis, la cellule Qualité et gestion des Risques s'assure de la conformité des pratiques en matière d'accès, de confidentialité et de tenue du dossier.

Les équipes connaissent les objectifs et les mesures à mettre en place pour les atteindre.

Des formations sont dispensées aux professionnels et aux nouveaux arrivants pour permettre le déploiement de ce dossier.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences nécessaires au déploiement du dossier patient sont disponibles que ce soit au sein de la Cellule Qualité que dans les différents secteurs avec la nomination de deux référents (une IDE et le pharmacien).

Des formations sont dispensées aux professionnels et aux nouveaux arrivants pour permettre le déploiement de ce dossier.

Un guide pratique d'utilisation a été élaboré par l'IDE référent et mis à disposition des utilisateurs. Les deux référents sont connus et reconnus comme personnes ressource au sein de la clinique. Un temps spécifique est dédié à l'IDE référent.

Des documents d'information concernant le dossier patient et les données informatiques sont inscrits dans le livret d'accueil et sur les lieux d'accueil du patient.

Tous les lieux recevant un patient sont équipés de postes informatiques fixes et/ou portables.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments de prise en charge se trouvent dans le dossier patient, la CME et la Direction travaillent sur le transfert des documents émanant des cabinets libéraux des praticiens afin d'obtenir l'exhaustivité des données tout particulièrement pour ce qui concerne l'évaluation médicale initiale et la réévaluation durant le séjour en hospitalisation.

Les informations complémentaires sont présentes y compris les documents administratifs nécessaires et

suffisants à la prise en charge.

Le dossier de soins est standardisé, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier du patient. Toutes les informations recueillies lors de l'accueil, du séjour et de la sortie sont tracés dans le dossier patient informatisé. Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient qui est vérifiée à chaque étape de sa prise en charge selon la procédure en vigueur dans l'établissement.

Le partage du dossier patient permet de communiquer sur les éléments du dossier qui intéressent les professionnels en fonction de leurs droits d'accès.

La communication du dossier entre les professionnels et les correspondants externes et les professionnels d'aval sont assurés dans les règles de confidentialité, facilitant la nécessaire information pour la continuité de la prise en charge.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais réglementaires.

En fin de séjour, le patient reçoit les éléments pour organiser sa sortie : la lettre de sortie et le double de l'ordonnance de sortie.

Dans le secteur des chirurgies ambulatoires (circuit court et circuit long) les patients sortent avec les documents nécessaires à la continuité des soins au domicile (consignes, ordonnance et compte rendu opératoire).

Les professionnels connaissent les procédures de tenue du dossier ainsi que les modes dégradés en cas de panne informatique.

La référente infirmière du dossier informatisé a mis à disposition des utilisateurs un "Manuel d'utilisateur". Elle assure aussi la formation des médecins à l'utilisation du logiciel.

La formation des utilisateurs s'adresse également aux secrétariats des cabinets médicaux libéraux externes et porte sur les demandes d'hospitalisations électroniques (DHE) tout particulièrement pour ce qui touche le motif d'hospitalisation et l'identitovigilance.

En revanche, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas toujours tracés en temps utile dans le dossier patient. L'évaluation médicale initiale et les réévaluations durant le séjour ne figurent pas toujours dans le dossier patient tout particulièrement dans le secteur d'orthopédie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du déploiement du dossier patient informatisé assurent le suivi et l'évaluation de la mise en place du dossier informatisé.

La Cellule Qualité et l'encadrement sont chargées de l'évaluation de la qualité de la gestion du dossier patient. Cette évaluation est réalisée sur la base du recueil des indicateurs nationaux "Tenue du Dossier patient" et "Sortie du patient" et des indicateurs propres à l'établissement. Les indicateurs numériques et le compte qualité participent à ce suivi.

Les délais d'accès au dossier sont analysés et communiqués en CRUQPC. Les représentants des usagers reçoivent le bilan annuel de ces évaluations. Tous ces indicateurs sont examinés et donnent lieu à des mesures d'amélioration inscrites dans le programme d'actions de la qualité et de de la sécurité des soins.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

La Clinique FONTVERT examine les résultats des différents indicateurs concernant la gestion du dossier patient, cet examen permet de réajuster si nécessaire la politique du dossier, d'apporter des actions d'amélioration et de construire de nouveaux objectifs.

Ces éléments sont communiqués au Siège du Groupe qui participe à la validation des réajustements et un benchmarking avec d'autres établissements du groupe auquel appartient l'établissement.

Les réajustements permettent la modification des procédures de gestion du dossier patient. Ces modifications font l'objet d'une communication institutionnelle aux instances et aux professionnels sur le terrain via l'encadrement et la Cellule Qualité.

Les réajustements sont repris et permettent la réactualisation de la cartographie des risques, le plan d'actions et le compte qualité qui en découlent.

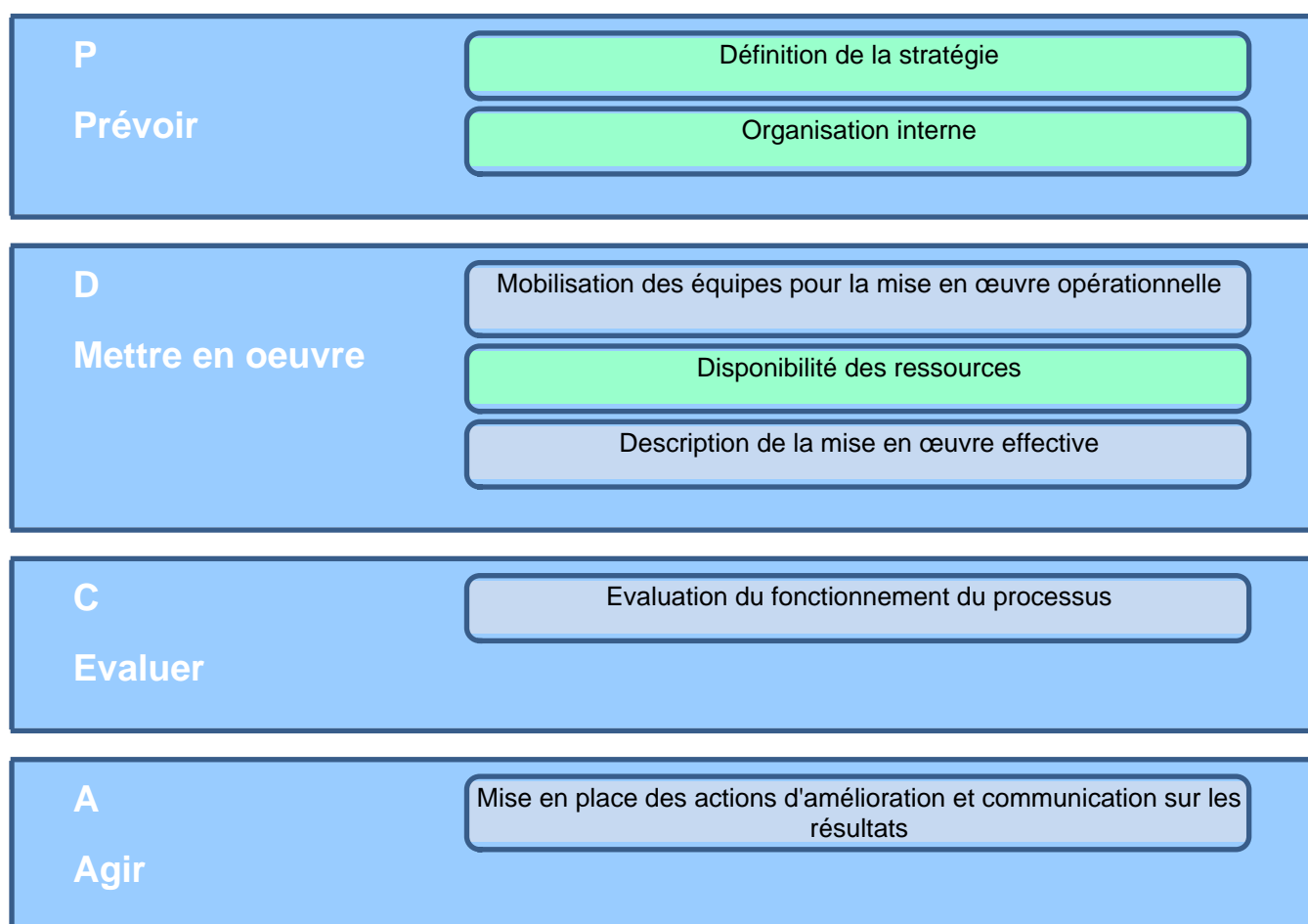
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique FONTVERT a mis en place une politique concernant la prise en charge médicamenteuse, elle est inscrite dans son projet d'établissement et est élaborée sur la base d'une identification des besoins et une analyse des risques répertoriés dans la cartographie générale des risques et présente dans le compte qualité. Les besoins spécifiques comme la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée sont identifiés et pris en compte. Le projet d'établissement et le CBUM mettent en avant le déploiement de l'informatisation du circuit du médicament. Un focus est fait sur les médicaments à risque (anticoagulants, certains antibiotiques, stupéfiants et biothérapie...). Cette politique comporte des objectifs spécifiques d'amélioration des pratiques. Les risques sont identifiés à partir d'une cartographie des risques remise à jour dans son plan d'actions. Le projet d'établissement fait état de la politique globale de la prise en charge médicamenteuse dans l'établissement, elle est reprise dans le CPOM, le CBUM et le document de synthèse d'Hôpital Numérique.

ORGANISATION INTERNE

La PUI est située au rez de jardin, son accès est sécurisé et réglementé, elle comporte deux locaux de stockage et le bureau du pharmacien. L'organisation de la prise en charge médicamenteuse associée à la politique des dispositifs médicaux stériles sont pilotées par le Pharmacien Gérant et la Cellule Qualité. Les médicaments à risque font l'objet d'une organisation spécifique. Les rôles et responsabilité de chacun sont identifiés, formalisés et validés par les instances. Chaque rôle fait l'objet d'une fiche de poste. Les besoins sont identifiés et les moyens humains et matériels sont définis en cohérence. Un projet de développement architecturale initié par le pharmacien est actuellement à l'étude. Les professionnels de la PUI et la Cellule Qualité communiquent afin d'informer et de sensibiliser les professionnels sur les risques et les processus mis en œuvre (erreur médicamenteuse, politique qualité, ...). L'informatisation générale de l'établissement à partir d'un dossier commun partagé facilite la gestion des interfaces et la concertation entre les professionnels.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La PUI, aidée par la cellule qualité organisent et managent la prise en charge médicamenteuse dans l'établissement. Cette organisation prend en compte les exigences institutionnelles (Projet d'Etablissement, CBUM, CPOM, analyse des risques) pour mettre en œuvre des plans d'actions adaptés et s'assurer de leur opérationnalité. Les professionnels concernés sont impliqués dans cette approche pluri-professionnelle et se concertent sous la coordination de la Cellule Qualité. Les dysfonctionnements sont pris en compte et font l'objet de FEI suivies d'une analyse et d'actions correctives conjointement organisées par le Pharmacien Gérant et par la Cellule Qualité. Ces actions et ces résultats font l'objet d'une communication aux instances et aux personnes concernées. Le COMEDIMS est la plaque tournante de la communication en interne. Les relais sont ensuite fait aux différentes personnes concernées via l'encadrement des soins ou directement dans les services par le Pharmacien.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et en matériels sont évaluées et mis à disposition par la Direction Générale pour faire face aux besoins. Une étude est actuellement en cours pour analyser la charge de travail et l'environnement architectural afin de faciliter le travail des intervenants. Bien qu'exigues, les locaux sont adaptés aux besoins actuels. Un projet de développement est à l'étude pour faire face aux changements des activités de la Clinique avec un passage à près de 80% de l'activité dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Ce projet prend en compte le renforcement des effectifs et l'agrandissement des locaux. Le déploiement de l'informatique est total sur l'ensemble de la clinique. Toutes les absences du pharmaciens sont prises en compte avec un remplacement attitré permettant la continuité du fonctionnement de la PUI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des plans d'action au niveau des secteurs s'est notamment traduite par l'achat et la

mise en service couvrant tous les secteurs de la Clinique FONTVERT d'un nouveau logiciel de soins intégrant le circuit du médicament (prescription, dispensation et administration).
 Les bonnes pratiques de prescriptions, de dispensation et d'administration sont effectives.
 Toutes les étapes du circuit du médicament sont sous assurance qualité.
 La distribution des médicaments est sécurisée jusqu'à l'arrivée dans les unités de soins. La préparatrice en pharmacie est chargée de l'acheminement des bacs scellés ainsi qu'au maintien d'une bonne hygiène de ces containers.
 Le stockage dans les infirmeries sécurisées par digicode est réalisé dans des armoires fermées à clef. Les stupéfiants font l'objet de précautions particulières (en double enceinte).
 L'application des règles de gestion des médicaments (rangement, transport et stockage) sont connues et appliquées par les professionnels concernés.
 Il en va de même pour les règles de bonnes pratiques qui concernent la prescription, la dispensation et l'administration.
 Le pharmacien a accès via le dossier informatisé aux différents éléments cliniques et biologiques lui permettant une analyse et une validation pharmaceutique tout particulièrement pour la personne âgée et les patients sous antibiothérapie. Les autres analyses pharmaceutiques sont de niveau 1. Il faut remarquer que les DMS sont très courtes (1.92 jour). Cette situation est à prendre en compte dans le suivi pharmaceutique des prescriptions. Les DMI sont pris en compte suivant les mêmes règles.
 Une connexion est faite avec la facturation pour ce qui concerne la facturation des DMI avec la mise à disposition à la pharmacie d'un personnel dédié. Pour les médicaments concernés, la chaîne du froid est respectée.
 Les approvisionnements en urgence sont organisés.
 La dispensation est mixte : dotation et nominatif. La dispensation nominative est en cours de déploiement, elle ne s'applique pas aux patients pris en charge en ambulatoire, elle porte actuellement sur le traitement personnel et sur les médicaments à risque et uniquement pour les patients hospitalisés. Le CBUM intègre ces éléments.
 Une réflexion plus globale portant sur la dispensation nominative dans le cadre des activités en chirurgie ambulatoire est initiée par l'établissement. L'informatisation du dossier patient et du circuit du médicament est totale et couvre tous les secteurs d'activités y compris les consultations d'anesthésie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils mis en place par le pilote du processus à savoir le Pharmacien gérant avec le soutien technique et méthodologique de la cellule qualité.
 En pratique les évaluations sont réalisées essentiellement par le Pharmacien gérant avec l'aide de la cellule qualité. Elle prend en compte les indicateurs du CBUM, les IPAQSS et les différents audits internes.
 L'ensemble du processus est couvert par l'évaluation. Les audits portent sur : les approvisionnements (audit régional ARS "MEDI-EVAL") ; prescriptions avec un focus sur les DMI, la personne âgée et la tenue du dossier de prescriptions informatisées (audits internes et audit régional ARS "MEDI-EVAL") ; la dispensation et la gestion de stocks (audits internes et audit régional ARS "MEDI-EVAL") ; l'administration des médicaments (audits internes et audit régional ARS "MEDI-EVAL") ; l'analyse pharmaceutique (audits internes et audit régional ARS "MEDI-EVAL") ; la tenue des armoires à pharmacie dans les services par des audits croisés réalisés par le pharmacien d'un autre établissement de santé de la région.
 L'évaluation est aussi réalisée à partir de CREX, REMED. Une RMM spécifique sur une erreur médicamenteuse est programmée pour novembre 2015.
 L'analyse des FEI alimente aussi l'évaluation du fonctionnement du processus global de la prise en charge médicamenteuse des patients. Les déclarations d'EI sont prises en compte, elles sont en proportion moins nombreuses dans ce segment d'activité que sur l'ensemble de la clinique.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les différentes évaluations débouchent sur la mise en place de plans d'actions d'amélioration. Le suivi de ces plans d'actions permet de réexaminer les risques et de mettre en place de nouvelles mesures complémentaires ainsi que des modifications de procédures et de protocoles, il alimente aussi le compte qualité.
 Toutes ces modifications font l'objet, après validation par le COMEDIMS, d'une communication aux différentes structures (DG et CME) et aux personnes concernées (encadrement des soins et personnels des services). Les représentants des usagers sont informés globalement et annuellement des nouveaux plans d'actions mis en place.

Certaines actions d'amélioration modifient la cartographie des risques et permettent des changements dans le plan d'actions et pour certaines d'entre elles dans le compte qualité.

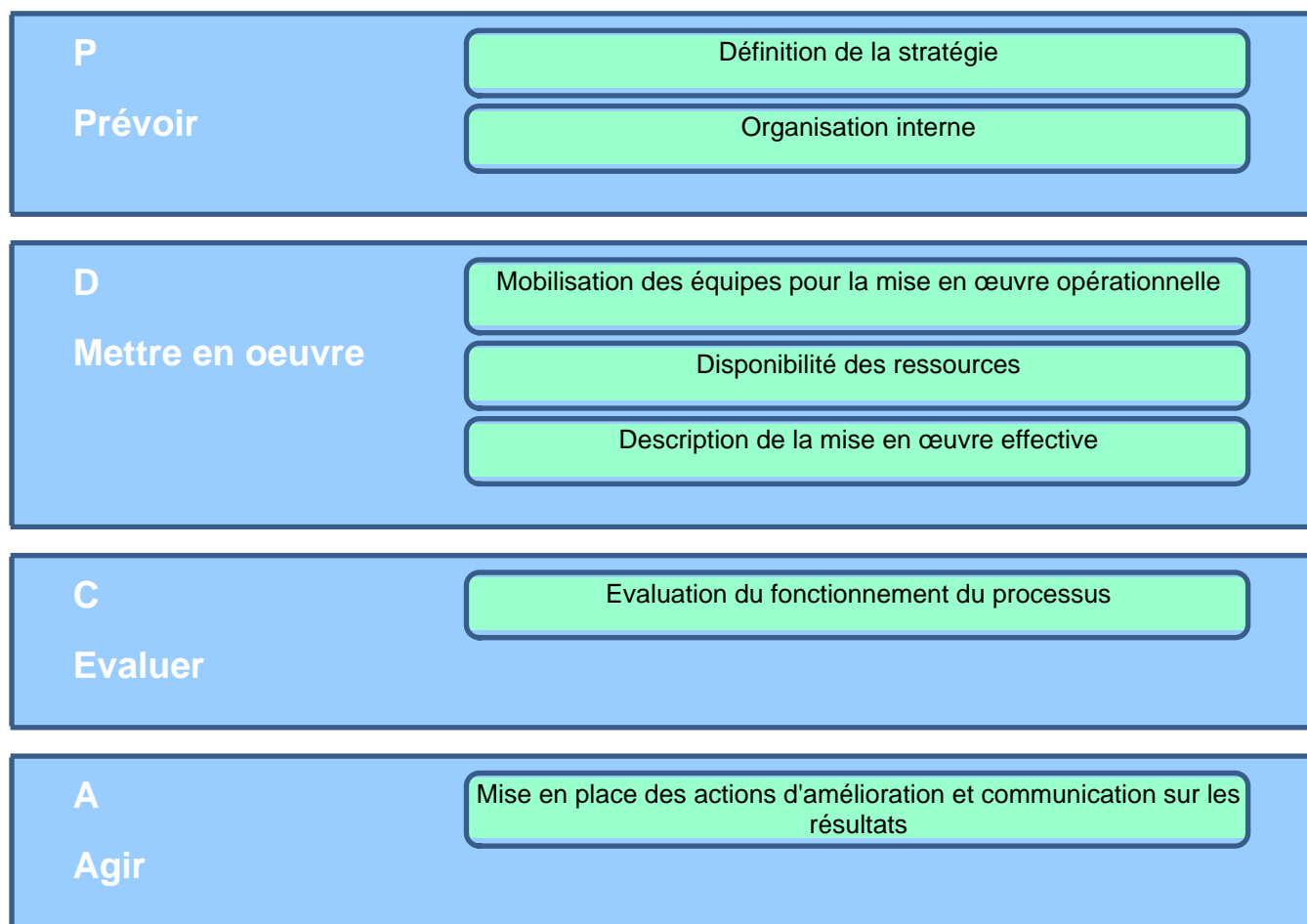
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

10 salles interventionnelles situées au rez de chaussée, à l'accès sécurisé sont opérationnelles avec deux types de circuits : court pour la chirurgie sous ALR sans passage en SSPI et conventionnel pour les anesthésies générales avec passage en SSPI différencié entre la chirurgie et l'endoscopie. 2 sont réservées à la chirurgie prothétique en classification Iso 5, 8 autres en Iso 6. La SSPI est attenante et commune à toutes les activités.

Il existe une politique élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques redéfinie à la suite d'un audit en 2014. Elle comporte des objectifs d'amélioration au nombre de 7 risques et des mesures de traitement de ces risques adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Les activités prises en compte sont au nombre de 9 (OPH, Orthopédie, SOS main, Viscérale, Plastique, Phlébologie, Stomatologie, Endoscopie et ORL). Cette stratégie est définie par un comité de bloc sous la direction d'un président (chirurgien) et animée par une cadre de bloc ayant une maîtrise de gestion. La politique est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus avec un cabinet externe pour l'audit. Les rôles et responsabilités sont identifiés dans le cadre d'un comité de bloc validé par la CME, aidé de la cellule qualité et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'est assuré de l'existence des ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Des formations (VAE en cours), recrutement de personnels et collaboration avec deux CHU de proximité (Marseille et Montpellier).

Des actions de communication ont été réalisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. La gestion des interfaces est organisée par un logiciel interne pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

La cadre assure la mobilisation des équipes avec une planification effectuée chaque jeudi en conseil restreint avec un représentant anesthésique et chirurgical. Les membres du comité de bloc se réunissent mensuellement sous l'autorité du président (chirurgien) et en plus des membres de droits les réunions sont ouvertes à tous les acteurs permettant une réactivité et une sensibilisation aux problèmes posés.

La démarche qualité est entretenus par ce comité avec l'interface de la cellule qualité en liaison avec le PAQSS de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources en compétences (effectif suffisant et formé) est assuré. L'établissement possède des ressources en personnels disponibles grâce à des coopérations entre deux CHU et les structures privées régionales. Il existe une adéquation des moyens humains sur les plannings mis à disposition. Le matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue des professionnels) sont disponibles dans les secteurs d'activité et mis à jour.

En revanche, les professionnels n'ont pas été formés à toutes les bonnes pratiques. Les professionnels en anesthésie ne sont pas formés à l'utilisation des armoires de secours des fluides médicaux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles : dossier informatisé avec check-list ; les

brancardiers ont accès au logiciel et valide le départ du service et l'arrivée au bloc. Le projet de service/secteur traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques au secteur. Les acteurs sont associés (équipes, instances, patients). La traçabilité est assurée. Le respect de la programmation est assurée par la cadre qui collige les retards et les débordements. Tous ces indicateurs sont analysés mensuellement. La check-list est validée par tous les professionnels au fur et à mesure du parcours. Elle présente deux types de support soit manuscrit soit informatisé. Elle été retrouvée dans les dossiers des patients traceurs examinés. La traçabilité des DMI est triple (dossier patient, pharmacie et bloc).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par le pilote du processus (cadre du bloc), sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Les résultats sont communiqués aux professionnels. La cadre tient un recueil d'analyse des indicateurs proposés par l'ANAP. La déclaration des événements indésirables est informatisée. Ils sont gérés par la cellule qualité et donne lieu à un retour rapide sur le cadre du bloc qui réévalue le cas échéant le dysfonctionnement en comité de bloc.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer des mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Par exemple, la charte du bloc vient d'être réévaluée avec une signature de tous les partenaires.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

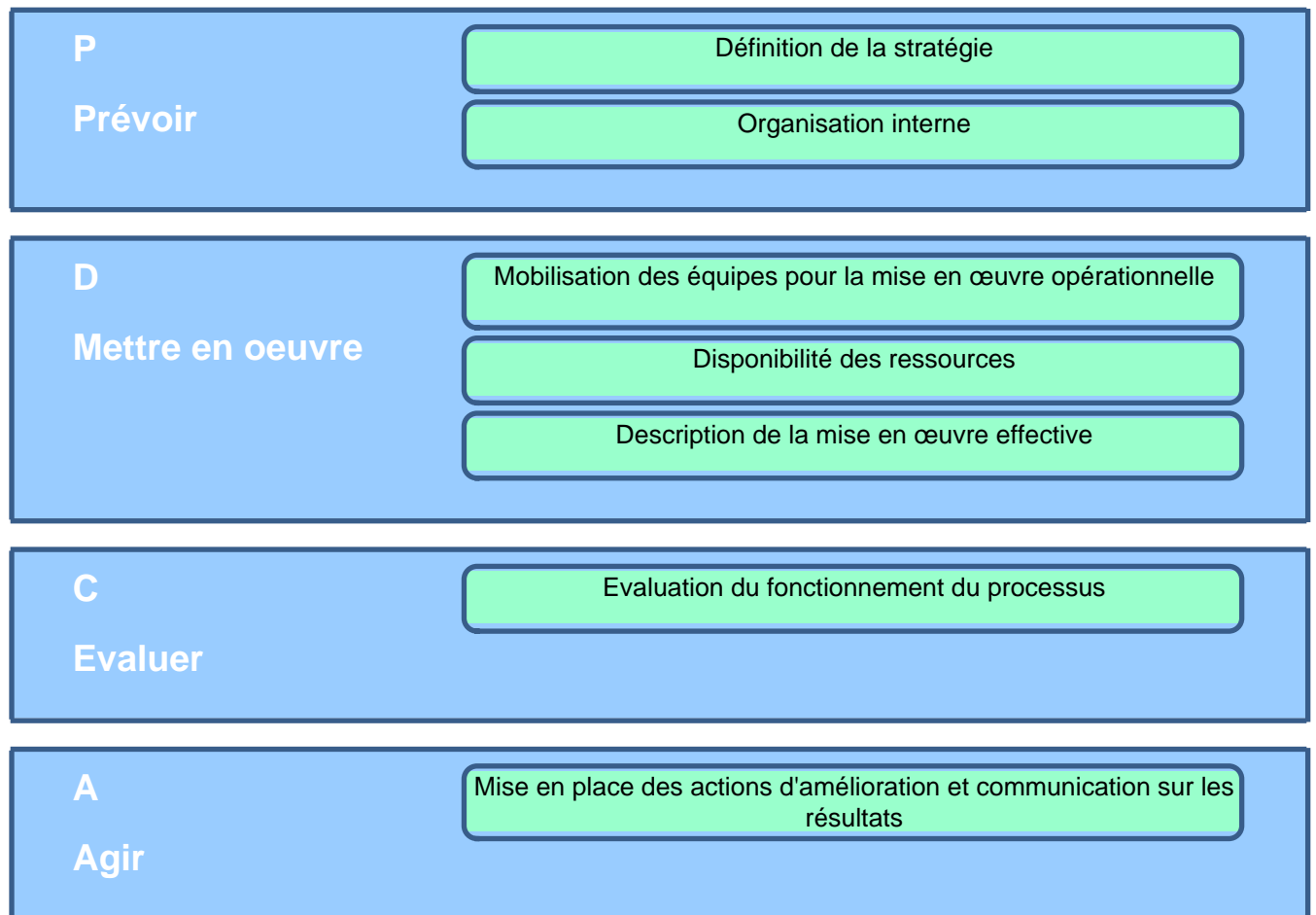
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs propres au secteur d'endoscopie, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le secteur d'endoscopie. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels intervenants et autres services de prise en charge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du secteur d'endoscopie organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'endoscopie met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le projet de service traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques à l'activité d'endoscopie et/ou en ambulatoire. Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients). La traçabilité est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par le pilote du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Les résultats sont communiqués aux professionnels.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

