



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
POLYCLINIQUE DU PARC ET  
LE CENTRE DE  
READAPTATION  
FONCTIONNELLE LA  
ROUGEVILLE**

48 rue henri barbusse  
59880 Saint Saulve  
DÉCEMBRE 2015

# SOMMAIRE

## **INTRODUCTION**

1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION
2. LA CERTIFICATION V2014
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION

## **LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT**

1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE

## **PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

### **DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

### **PROGRAMME DE VISITE**

1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## **ANNEXE**

# 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 objectif 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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.
Source	Audit de processus ou patient-traceur.

## 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

POLYCLINIQUE DU PARC	
Adresse	48 rue henri barbusse 59880 Saint Saulve
Département / région	NORD / NORD-PAS DE CALAIS
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	MEDIPART	GRUPE MEDI-PARTENAIRES	7 RUE ROYALE 75008 Paris
Entité juridique	590000675	SA CLINIQUE DU PARC	48 rue henri barbusse 59880 Saint Saulve
Etablissement de santé	590782298	POLYCLINIQUE DU PARC	48 rue henri barbusse 59880 Saint Saulve
Etablissement de santé	590034732	CENTRE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLES LA ROUGEVILLE	89 rue henri barbusse 59880 Saint-Saulve

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	131	/	27
MCO	Gyneco-Obstétrique	31	/	/
SSR	SSR	75	27	/

**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	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

# **DÉCISION**

## **DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

### **1. Décision de certification**

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :

- la certification de l'établissement (A),

### **2. 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.

# 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
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
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	sujet âgé	service d'orthopédie	PTG	programmée	simple	MCO
2	adulte	service de chirurgie ambulatoire	hernie inguinale	programmée	simple	MCO
3	femme jeune	service d'obstétrique	accouchement déclenché	urgent	simple	MCO
4	sujet âgé	service de SSR polyvalent	PTH	programmée	simple	SSR
5	adulte	Service de SSR locomoteur	PTG	programmée	simple	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

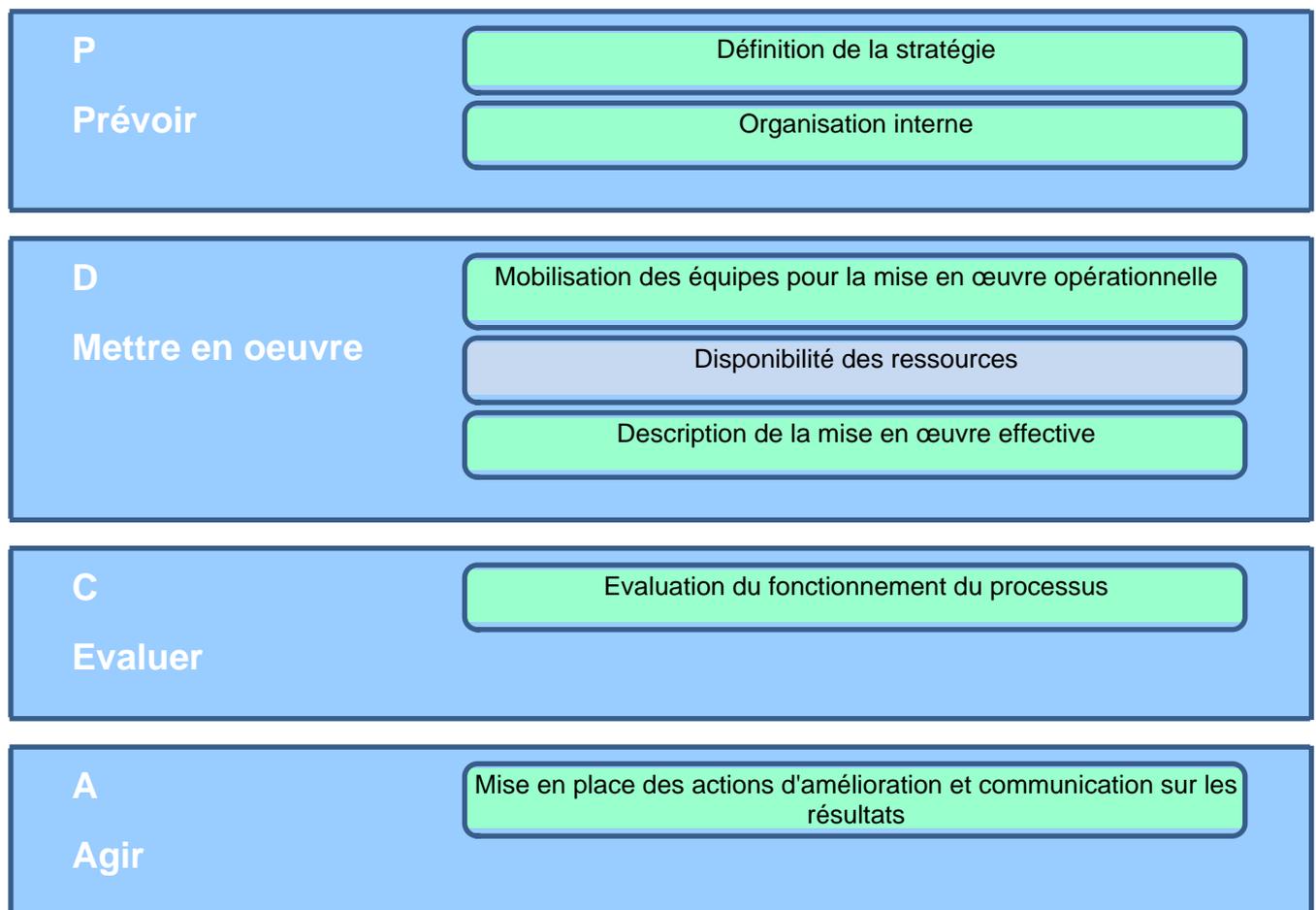
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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

Il existe une politique qualité - gestion des risques et sécurité des soins et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique de qualité et de gestion des risques et de sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques de la clinique. La stratégie de développement des EPP est inscrite dans la politique d'amélioration et de sécurité des soins. La politique générale de management de la qualité et de la gestion des risques est basée sur six cartographies de risques une par unité de soins. L'évaluation des risques à priori basée sur les six cartographies de risques de la clinique permet l'élaboration de la hiérarchisation des risques et leur priorisation au niveau de la clinique mais également au niveau des unités de soins et/ou services. Les risques sont hiérarchisés et priorisés. La politique est déclinée dans un programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques qui globalise au niveau de la clinique l'ensemble des risques et des plans d'actions. Ce programme est discuté et validé par les instances notamment la CME, la CRU avant diffusion à l'ensemble des unités de soins et/ou services de la clinique. Le programme d'amélioration de la qualité et la gestion des risques inclut les EPP, les RMM, les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise. Le programme fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables par unités de soins et services de la clinique.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus qualité et gestion des risques. Les différents éléments de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sont coordonnées au niveaux des instances de la clinique. Les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La CME a un rôle moteur pour le développement des EPP. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

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. Le programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins est formalisé. Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs récurrents. La veille sanitaire et réglementaire est organisée et coordonnée. Les responsables des différentes vigilances sont identifiés. La clinique dispose d'une organisation pour faire face aux situations de crise. Le plan d'urgence existe et une cellule de crise est mobilisable en cas de besoin. Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont formalisés.

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernées. Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des actions correctrices sont mises en œuvre.

La clinique évalue les risques dans les secteurs d'activité. La clinique utilise une méthode qui permet de hiérarchiser les risques et de déterminer des priorités d'action. La gestion des événements indésirables est informatisée. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en association avec les acteurs concernés.

Il existe un recueil des EPP et l'analyse des EPP est conduite sous la responsabilité de la CME. Les EPP sont mises en œuvre dans tous les secteurs d'activité de la clinique.

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

Les objectifs opérationnels du programme sont déclinés au niveau de projets d'unités de soins et/ou de services sous forme de plan d'action. Le pilotage et la coordination au sein de la clinique permet le déploiement de la politique de management de la qualité au niveau des unités de soins et des services. Les unités de soins et les services ont intégré les enjeux du management de la qualité et de la gestion des risques. Le pilotage est décliné au niveau des unités de soins et de services avec des référents et des pilotes opérationnels formés.

Cette organisation permet la mise en œuvre opérationnelle de l'ensemble des éléments de la qualité et de la gestion des risques et le suivi au niveau de chaque services des actions correctrices. Les résultats

sont communiqués dans les services et les unités de soins. La communication de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques fait l'objet d'un plan qui utilise les médias suivants : les « assemblées générales » réparties dans le temps permettant de toucher potentiellement l'ensemble des collaborateurs ; les réunions d'unités de soins et de services. Les responsables et les référents dans les unités de soins et les services sont aidés par la politique de communication mise en œuvre par la clinique qui sensibilise et majore la compréhension et l'adhésion des professionnels à aux méthodes et démarche de la qualité.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La clinique a déployé dans tous les services un logiciel de gestion électronique des documents. L'ensemble des documents utiles pour la qualité et la gestion des risques est intégré dans le logiciel de gestion documentaire électronique. Ils sont actualisés et disponibles sur tous les postes de travail. Les professionnels notamment les nouveaux arrivants reçoivent une formation pour l'utilisation de l'ensemble des logiciels utilisés. La gestion des événements indésirables et des plaintes et réclamations est informatisée. Les fiches de déclarations sont accessibles dans tous les services. Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement. Les professionnels concernés sont formés au processus de hiérarchisation et d'analyse des causes des risques à priori et des événements indésirables. L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernées. Une coordonnatrice des soins centralise chaque jour les besoins en personnel pour les services de soins et adapte les effectifs en fonction de l'activité du service. Ce mode de fonctionnement permet à la clinique de limiter le recours à l'intérim et par conséquent diminue la non qualité et les risques. Le système d'information permet l'accessibilité de éléments stratégiques et opérationnels du management de la qualité et de la gestion des risques.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La CME a mis en œuvre des actions pour le développement des EPP par l'aide méthodologique avec l'objectif de transformer en EPP les actions qualité et gestion des risques réalisées dans les unités de soins. Les RMM sont en augmentation et se traduisent par des actions d'amélioration. Les déclarations d'événements indésirables sont également en augmentation. Ces événements sont analysés. La méthodologie utilisée permet l'analyse des causes profondes. L'ensemble des professionnels concernés sont soit impliqués dans l'analyse soit informés. Les dispositifs de vigilances pris en charge par le COVIRIS, la veille sanitaire sont intégrés dans la gestion globale des risques. L'organisation des instances au sein d'un comité de pilotage permet la coordination au niveau du management stratégique et opérationnel de la qualité et de la gestion des risques. Les plaintes et réclamations sont centralisées au niveau de la direction de la clinique. Leur analyse implique les professionnels concernés et la CRU.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Les indicateurs qualité sont suivis par le COPIL qualité. Les tableaux de bord sont partagés par les unités de soins et/ou services, les pilotes de processus. Ces indicateurs constituent la base de l'évaluation du management de la qualité et de la gestion des risques.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée par questionnaire. Le taux de retours sont de l'ordre de 70 %. Ces évaluations sont analysées par le COPIL qualité et gestion des risques, la CRU.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration qui découlent de l'évaluation des actions et des indicateurs sont la base du réajustement du programme qualité et gestion des risques. Cela donne lieu à de nouveaux objectifs et plans d'action.

La clinique communique sur les résultats des évaluations et des actions par le média : de la gestion électronique de la documentation ; des réunions d'unités de soins et/ou de services ; des assemblées générales ; de l'affichage.

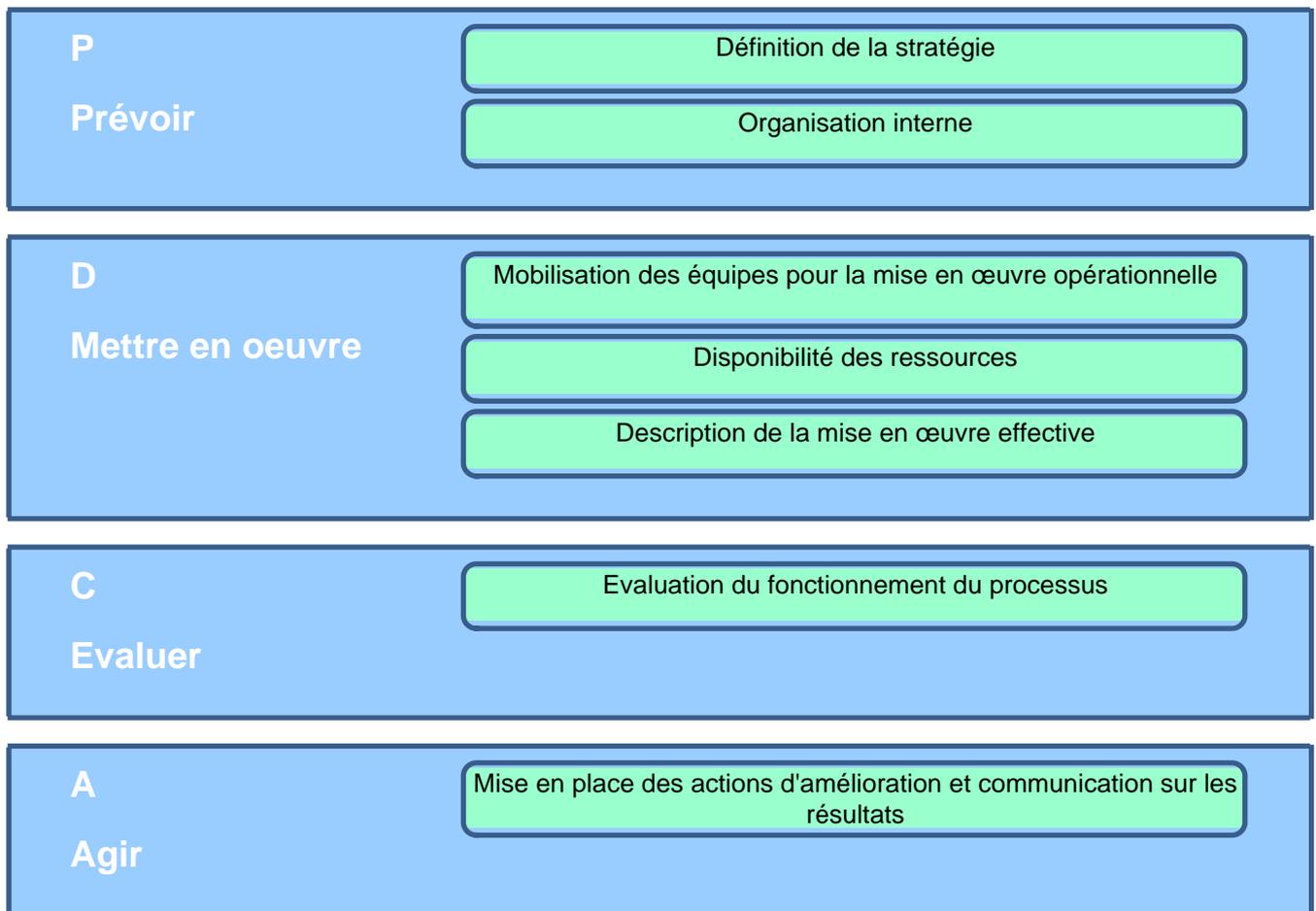
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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

La politique gestion du risque infectieux est définie dans le projet d'établissement 2015-2019. La liste des risques prioritaires a été définies dans le compte-qualité, dans le projet d'établissement et dans le Programme d'action qualité 2015. La CME, le coordonnateur de la gestion des risques et l'équipe opérationnel d'hygiène ont été concerté dans l'élaboration de cette politique.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Un pilote et un copilote sur cette thématique ont été défini. Un groupe de travail comportant, entre autre, le médecin hygiéniste, l'infectiologue, l'infirmière hygiéniste, le responsable du bloc opératoire ainsi que la responsable de l'environnement du patient est en place. Une responsable est définie pour l'hygiène des locaux en liaison avec l'EOH. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. 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. Des procédures et des protocoles de prévention du risque infectieux sont élaborés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement entre l'EOH et les services pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Il existe un référent hygiène dans chaque service. L'objectif de l'infirmière hygiéniste, en cours de formation, est de réunir ces référents une fois par mois pour l'amélioration des connaissances en hygiène des équipes. 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.). Le médecin hygiéniste, la pharmacienne et l'infectiologue participe à la promotion du bon usage des antibiotiques dans l'établissement.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Le plan de formation comprend des formations pour l'hygiène, notamment des locaux et pour la prévention du risque infectieux.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis. Des actions de surveillance (BMR, BHR, consommation d'antibiotique) et de prévention (consommation de Solution Hydro Alcoolique par service) du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux sont mis en œuvre. La réévaluation de l'antibiothérapie à la 48-72h est réalisée par la rédaction d'une fiche de prescription à remplir. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'établissement a mis en place une collaboration des différents professionnels autour du risque infectieux. Cette collaboration permet une surveillance épidémiologique des Bactéries Multi Résistante, des Bactéries hautement Résistante et des consommations d'antibiotique. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

### 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.). Une analyse de toutes les infections du site opératoire en chirurgie orthopédique a été effectuée. L'établissement suit de nombreux indicateur: ICALIN et consommation de solution hydro alcoolique par service; Consommation d'antibiotique avec dose définie Journalière en comparaison avec le CCLIN Paris Nord, etc.. Une évaluation de la réévaluation de l'antibiothérapie à la 48-72ème H a été effectuées.

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

Le résultat des évaluations ont conduit à la mise en place d'actions d'amélioration. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. L'évaluation de la réévaluation de l'antibiothérapie à la 48-72ème H a conduit notamment à l'élaboration d'une fiche standardisée de traçabilité. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des référents hygiène ainsi qu'aux instances.

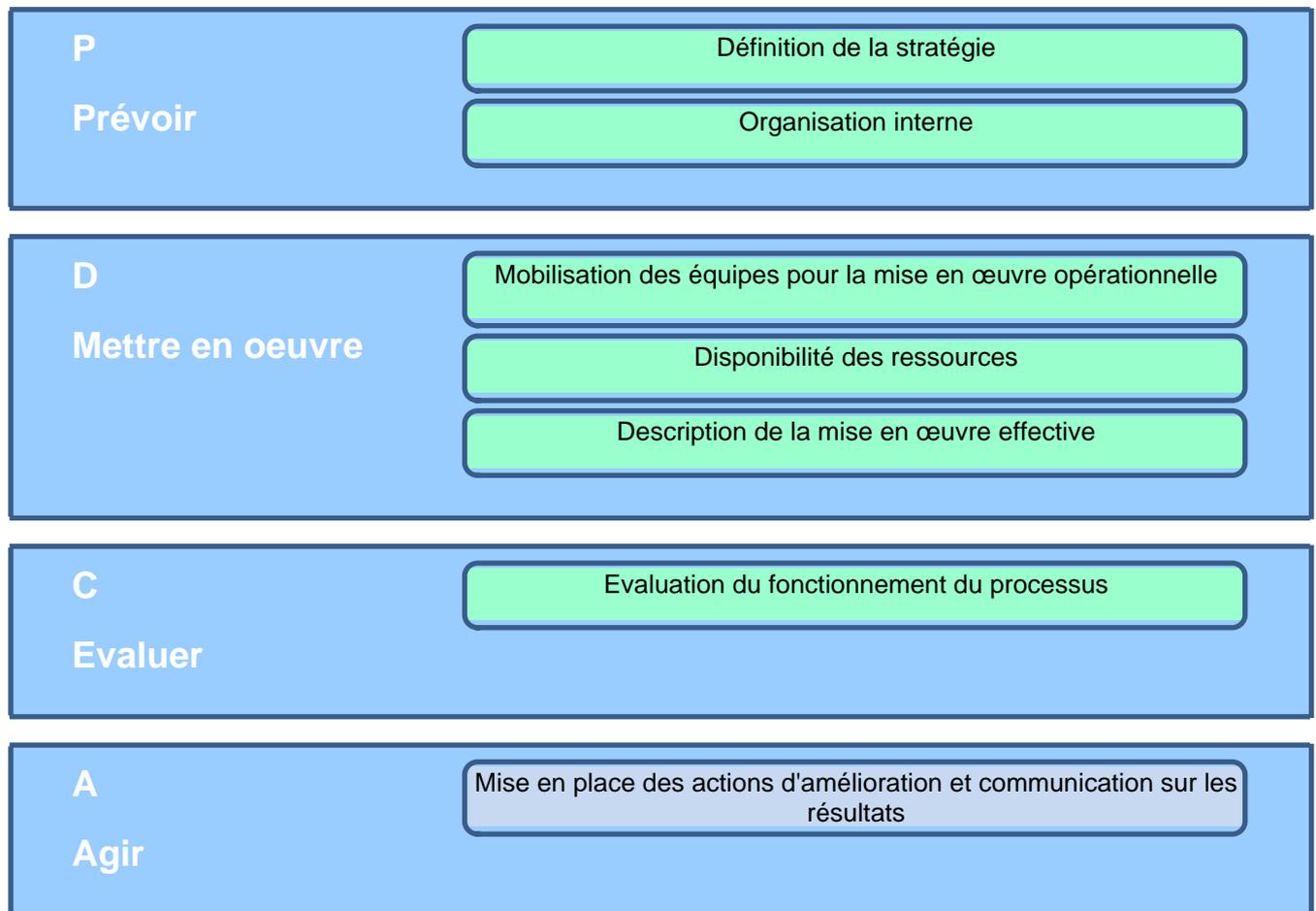
# DROITS DES PATIENTS

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs sur les droits des patients, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Le respect des droits du patient est ainsi inscrit dans le projet d'établissement comme axe stratégique. L'identification des besoins et des risques pour l'ensemble des éléments des droits des patients a été réalisée il y a quelques années par la clinique. La conséquence est que la clinique s'est projetée dans le pilotage, la mise en œuvre, l'évaluation, la production de plan d'action d'amélioration continue identifiant les priorités et la culture « droits des patients » que doivent posséder les professionnels de la clinique. Les besoins pour chacune des étapes processus des droits des patients sont identifiés. La CRU est associée aux orientations et à la mise en œuvre opérationnelle des droits des patients et aux évaluations.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus droit des patients. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. 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. Les documents d'information des patients sont constitués du livret d'accueil, de la charte des droits du patient, de la charte de bienveillance d'une part, d'affiches dans les lieux du parcours patient. Les modalités d'exploitation des plaintes et réclamations sont formalisées au niveau de l'ensemble des unités de soins. C'est le cas également pour les modalités de signalement des cas de maltraitance. Les besoins en formation pour les droits des patients sont inscrits dans le programme de formation de la clinique. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. La mobilisation et la coordination du processus droits des patients est effective avec les référents, les responsables d'unités de soins, les responsables infirmiers et paramédicaux. La sensibilisation des professionnels, leur adhésion est réalisée par de nombreux supports. Ces supports sont le patient fictif, la chambre des erreurs, la projection d'un film sur une période de plusieurs jours permettant une exposition maximale des professionnels, l'affichage, les mots du mois. 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.). Les audits des pratiques de bientraitance dans les unités de soins, la communication, les formations sont les vecteurs qui permettent à la clinique de mobiliser les équipes et de faire connaître les objectifs et le plan d'action concernant les droits des patients.

#### 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 locaux et le matériel sont bien entretenus et adaptés à une prise en charge respectant les droits des patients. Les conditions d'hébergement favorisent le respect de la dignité et de l'intimité, de la confidentialité. Les documents de référence, procédures, protocoles à destination des professionnels sont diffusés par la gestion électronique de document, par affichage, lors des réunions d'unités de soins. Ils sont accessibles à tous les professionnels et actualisés. Les compétences opérationnelles sont en nombre suffisant et en relation avec la typologie de la prise en charge.

La formation des pilotes de ce processus est faite. Les professionnels sont sensibilisés au respect des de la confidentialité des informations relatives aux patients. La prise en charge des enfants en ambulatoire est réalisée par des professionnels formés à un accueil et une prise en charge personnalisée dans des locaux réservés et adaptés. La clinique met en œuvre des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis

sur les droits des patients. Les projets de prise en charge respectent les attendus concernant le respect des libertés individuelles, le dispositif d'information du patient sur son état de santé, les soins proposés et les bénéfices/risques. Les documents de référence en direction des patients, les missions de la CRU, les coordonnées des représentants des usagers, la charte des droits du patient, la charte de bienveillance de la clinique, le contrat de soin en SSR sont diffusés et remis à chacun des patients et font l'objet d'un affichage. La clinique met en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et la promotion de la bien traitance est mise en œuvre. Cette préoccupation est très forte dans l'unité de soins SSR. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les cinq patients traceurs réalisés dans la clinique confirment l'effectivité de la mise en œuvre des droits du patient. La traçabilité est assurée (consentement, réflexion bénéfique/risques). L'expression des plaintes et réclamation des patients et de leur entourage est favorisé au sein de la clinique.

## **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.). La clinique évalue le respect des droits du patient et la satisfaction des patients. Le dispositif d'évaluation repose sur plusieurs éléments. Le questionnaire de satisfaction (En SSR le taux de retour est de 70 % en 2014. L'objectif est de 80% de taux de retour en 2015). De l'analyse des questionnaires de satisfaction les unités de soins extraient des indicateurs. Par exemple l'indicateur concernant les plaintes sur le sommeil. L'analyse des enquêtes de satisfaction donne lieu à un tableau de bord reprenant les indicateurs les plus importants, les points de vigilance ou de risques à surveiller. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Ces résultats permettent d'identifier des actions d'amélioration du processus.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions d'amélioration découlent de l'évaluation et des résultats obtenus par les actions. Les actions sont reprises dans le compte qualité et le plan d'action qualité et sécurité des soins. La politique des droits du patient est réajustée périodiquement dans les unités de soins et annuellement au niveau de la clinique. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

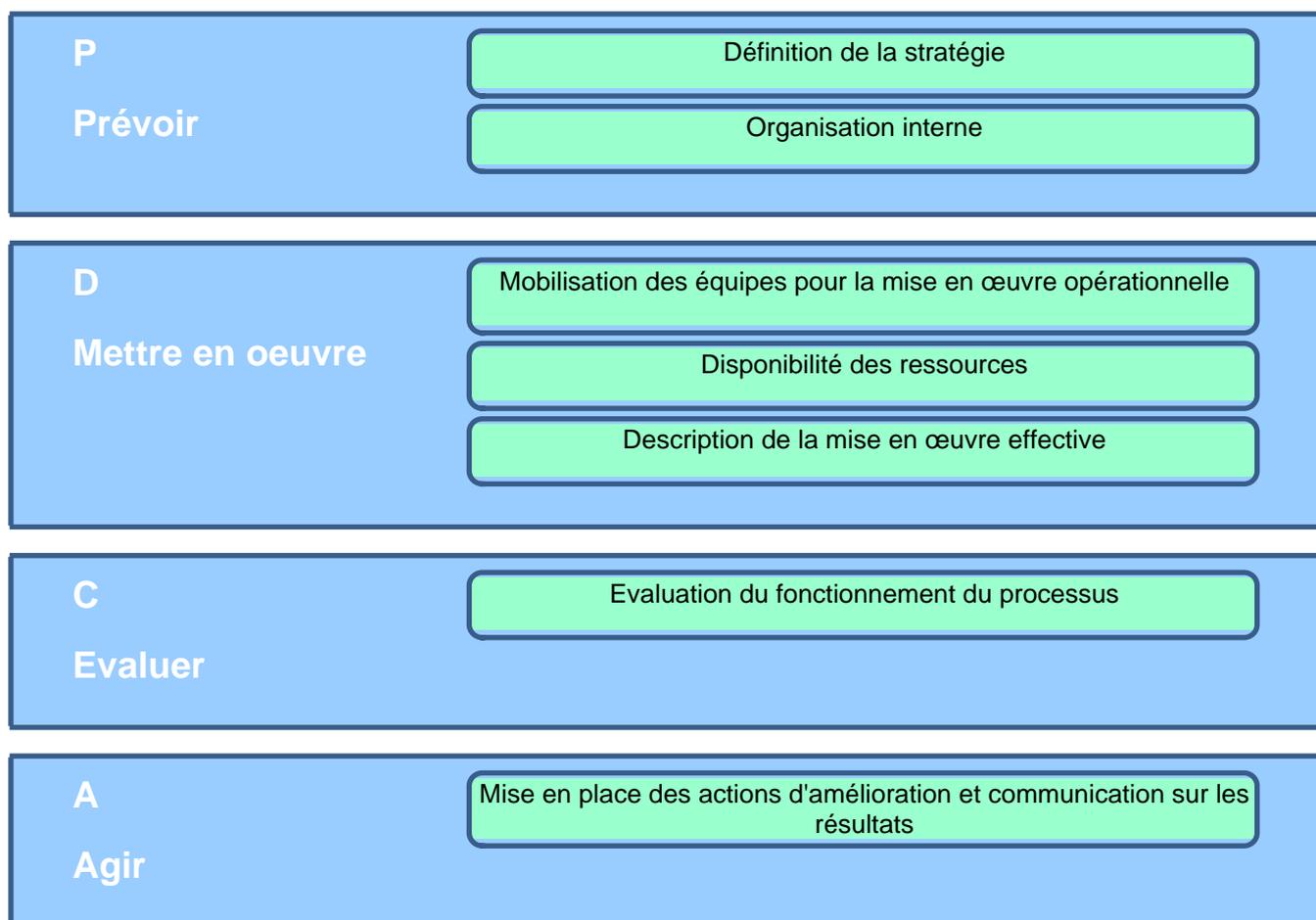
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs sur le parcours patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. De l'admission à la sortie du patient, l'établissement a identifié les risques et a mis en place les actions d'amélioration nécessaires. La stratégie de l'établissement prend en compte notamment le CPOM, le projet d'établissement et le projet de soins définis. La stratégie comporte des objectifs d'amélioration de la prise en charge tout au long du parcours de soins et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de la cartographie des risques de l'établissement et au contexte. Elle est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus qui repose sur le directeur des soins et le directeur de la clinique. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. 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. Un système d'astreinte pour les médecins (chirurgiens, obstétriciens, médecins anesthésistes) et pour les infirmières de salle d'opération validé par la direction chaque mois est formalisé. Il existe un dispositif d'urgence permettant d'assurer la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence de 8h à 20h. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les relations entre les unités de chirurgie et les SSR sont notamment organisées.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La politique est déclinée dans les projets de service. Ces projets de service intègrent notamment des actions d'amélioration développées par les cadres. Deux projets améliorant la prise en charge du parcours de soins sont soutenus : la prise en charge Fast track pour les interventions de prothèse de genou et l'éducation thérapeutique de la prise en charge bariatrique. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. 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.).

#### 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 procédures et protocoles d'appel sont diffusés. Des formations institutionnelles sont dispensées : formations aux gestes d'urgence, à la bientraitance, à l'hygiène, formations spécifiques soutenant un projet. Les cadres s'assurent de la disponibilité des ressources humaines nécessaires. Un pool d'infirmières externes à l'établissement mais fidélisées peut venir renforcer les équipes lors d'un accroissement de l'activité. Des formations sensibilisation sont organisées quand les techniques de prise en charge évoluent. Exemples : Fast track, ETP pour la chirurgie Bariatrique. Le matériel utile est disponible, sa maintenance est assurée. Un chariot d'urgence est disponible dans chaque unité de soins avec un défibrillateur, la maintenance est effective.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures pour assurer le fonctionnement du parcours du patient. Une évaluation initiale de l'état de santé du patient est réalisée le jour même de l'entrée du patient. Un projet de soins personnalisé est formalisé en SSR, il est réévalué chaque semaine. En chirurgie, la prise en charge est adaptée à chaque intervention chirurgicale. Les populations spécifiques ont une prise en charge adaptée (enfant, personnes âgées ou démunies). Un bracelet d'identification est installé au bras du patient dès son entrée. Le projet de mise en place de l'éducation thérapeutique du patient bariatrique est élaboré et mis en place, il est attendu la réponse de l'ARS. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. C'est le cas notamment entre les unités d'hospitalisation et le bloc, la salle de réveil post interventionnelle et les unités d'hospitalisation. La sortie des patients est anticipée afin d'assurer la continuité des soins et leur participation avec leur famille au projet. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La

recherche des troubles nutritionnels et leur prise en charge sont tracées dans le dossier de soins. La recherche systématique des risques suicidaires est opérationnelle en SSR. L'évaluation des 5 patients traceurs a confirmé les données issues du parcours patient.

## **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.). L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de l'amélioration du parcours de soins sont assurés par les pilotes du processus, sur la base du plan d'actions qualité. Les résultats sont communiqués aux professionnels.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi des actions d'amélioration permet d'ajuster les prises en charge des patients. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

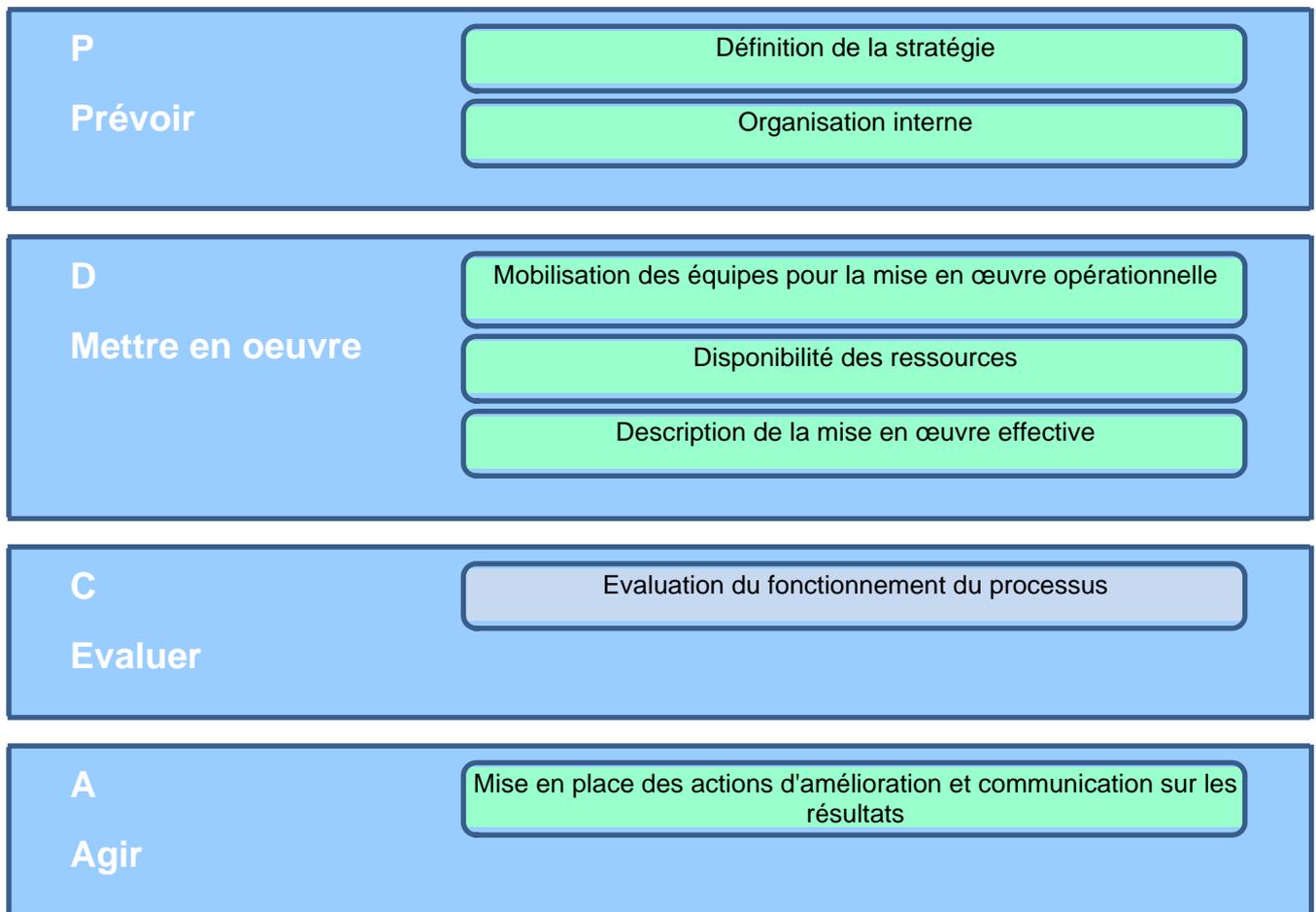
# DOSSIER PATIENT

## 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

Il existe une stratégie et des objectifs sur le développement du dossier patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Les besoins sont identifiés et les risques concernant le dossier patient sont analysés pour la totalité des étapes. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La clinique a mis en œuvre une structure de pilotage du dossier patient qui comprend : la Commission d'informatique médicale ; le Comité de pilotage qualité ; comité de pilotage websanté ; les comités de pilotage pour chacun des deux logiciel de gestion du dossier patient utilisés pour le MCO, le SSR. Deux référents par logiciel assistent les responsables d'unités de soins et/ou de services pour la mise en œuvre de la politique du dossier patient dans les unités de soins et/ou de services. Le responsable qualité, le médecin DIM gèrent le programme dossier patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. 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. Les règles de tenue du dossier patient sont formalisées et diffusées. Les règles d'accès au dossier patient, comprenant les données issues des consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées. L'archivage des dossiers est organisé. Une procédure régie les règles de l'archivage des dossiers. Les règles d'accès du patient à son dossier sont organisées. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les objectifs d'amélioration sont basés sur les indicateurs IQSS et les autres indicateurs mis en œuvre en fonction des besoins des unités de soins. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Les évolutions concernant la tenue du dossier patient font l'objet d'informations aux responsables. Les responsables soignants et administratifs des unités de soins et/ou services sont moteurs pour la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie de dossier patient. Les équipes médicales, infirmiers et paramédicales sont impliqués pour améliorer la politique dossier patient. 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.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Le dossier patient est en partie informatisé. Les documents concernant la qualité et la gestion des risques du dossier patient sont intégrée dans le logiciel de gestion électronique des documents de la clinique et disponibles pour l'ensemble des professionnels. Les règles de tenue et d'accès au dossier patient sont accessibles dans le logiciel de gestion électronique des documents. La formation des professionnels est assurée par les référents en collaboration avec le responsable de service. Les référents organisent les formations dans les services notamment pour les nouveaux arrivants. L'organisation de la clinique avec une coordonnatrice des soins qui centralise chaque jour les besoins en personnel pour les services de soins et adapte les effectifs en fonction de l'activité du service permet à la clinique de limiter le recours à l'intérim et de limiter les formations et les risques dossier patient. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement du dossier patient. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier patient. Les cinq patients traceurs réalisés dans la clinique le confirme. Les circuits sont respectés et les interfaces entre professionnels sont opérationnelles. La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la

prise en charge et avec les correspondants externes est assurée. Les demandes de dossiers par les patients sont satisfaites dans les délais réglementaires.

## **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.). La gestion du dossier patient est évaluée sur la base des indicateurs IQSS et des indicateurs mis en œuvre en fonction des besoins des unités de soins. Il existe un tableau de bord des indicateurs dossier patient qui permet le suivi régulier du programme d'amélioration. Les délais de transmission du dossier font partie des indicateurs suivis dans le tableau de bord. Le bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé périodiquement dans les unités de soins et/ou les services avec des audits périodiques mensuels portant sur des dossiers tirés au hasard. Il est réalisé pour l'ensemble de la clinique au sein des différentes instances, notamment la CRU au moins une fois par an.

## **A / AGIR**

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

Les évaluations, les indicateurs et les événements indésirables constituent la base sur laquelle repose les actions d'amélioration. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le programme d'amélioration du dossier patient est réajusté annuellement en fonction des résultats des indicateurs et des événements indésirables. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La clinique communique les résultats du programme d'amélioration dans les instances, des unités de soins et/ou services, des usagers.

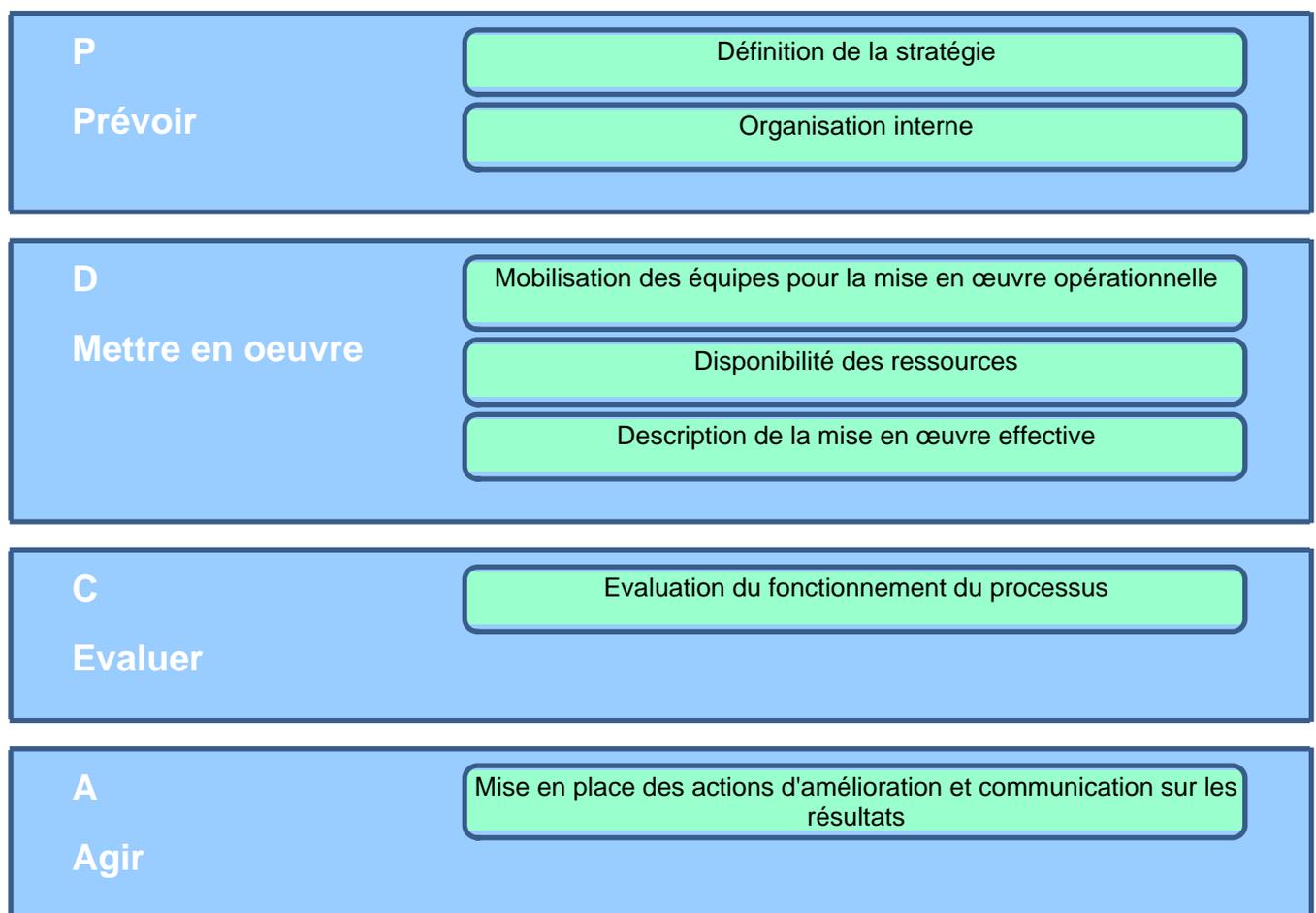
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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

Il existe une politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et des objectifs (chiffrés concernant l'informatisation et l'analyse pharmaceutique notamment), élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique est intégrée dans le projet d'établissement 2015-2019. Elle comporte un volet sur la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé. Une analyse des risques a été faite à partir d'une cartographie des risques par un groupe de travail lors de la préparation du compte qualité de l'établissement. La politique est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés. 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. La prescription est informatisée. L'ensemble des prescripteurs utilisent 2 supports de prescription informatique OSIRIS en SSR et EMED dans le reste de l'établissement. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels, entre secteurs d'activité et avec la pharmacie.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les équipes connaissent les objectifs du management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Dans chaque service, il existe des référents circuit du médicament. Ces référents sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. 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.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La totalité des procédures sont accessibles dans un logiciel de gestion documentaire. De nombreux supports informatiques fixes et mobiles sont présents dans les services. Des formations sur la sécurité du circuit du médicament sont régulièrement organisées.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La continuité du traitement à l'entrée est gérée par les anesthésistes lors de la consultation de pré-anesthésie. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.) sont respectés. Les règles de prescription et d'administration sont mises en œuvre. L'analyse pharmaceutique est effective dans 150 lits conformément aux objectifs du CBUM. La dispensation est nominative pour 130 lits de court séjour. Elle est nominative à la semaine dans les lits de SSR. Les services ont une dotation permettant d'assurer les besoins urgents. Exceptionnellement, il peut être fait appel à la pharmacie du Centre Hospitalier voisin. La traçabilité de l'administration des médicaments est faite sur le dossier informatisé. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est effective pour, en particuliers les anticoagulants et les antibiotiques. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

### 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 nombreuses évaluations sont ainsi réalisées :

- dans le cadre du CBUM
- dans le cadre du recueil des indicateurs de performance IPAQSS
- dans le cadre de l'évaluation de la satisfaction du patient par ISATIS

Le recueil et analyse des erreurs médicamenteuses sont effectuées avec les professionnels concernés.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration 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 et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

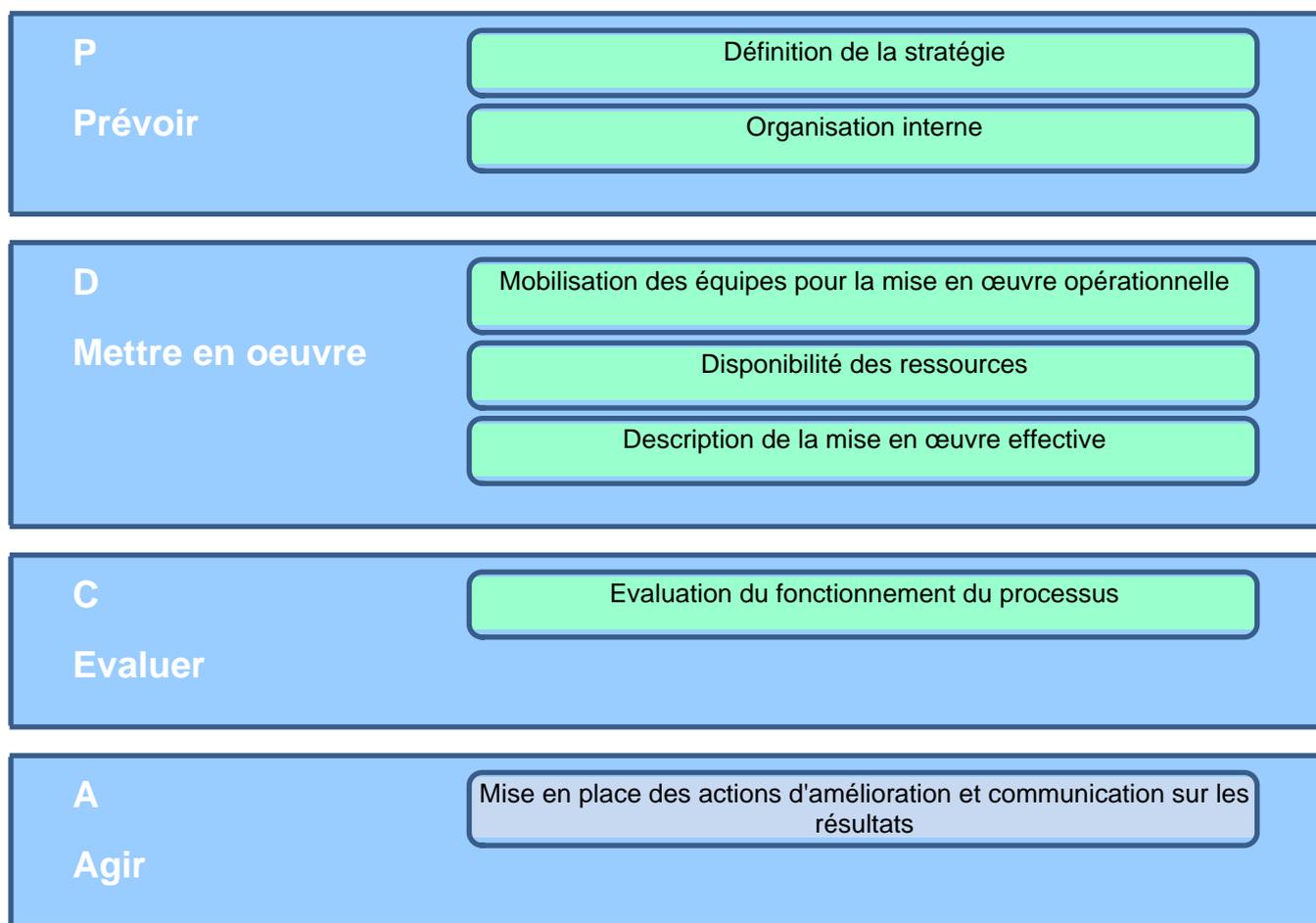
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie sur l'activité du bloc opératoire et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Le projet qualité détermine les objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques en cohérence avec les risques priorités. Les actions d'amélioration sont programmées et suivies par le chef de bloc avec l'appui du directeur de site et le responsable CGDR. La politique est validée par les instances.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le chef de bloc est missionné pour gérer le Plateau Technique Opératoire. Il est assisté d'une cellule de gestion. Le conseil de bloc joue son rôle et se réunit 3 fois par an. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. 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. Une charte du bloc opératoire récemment actualisée et un règlement intérieur déterminent le pilotage et le fonctionnement du plateau technique opératoire. Le bloc opératoire est composé de 13 salles d'opération et d'une salle de soins post interventionnels de 23 postes. Les interfaces BO/PUI, BO/unités de soins sont identifiées et les circuits définis. Une organisation permet le remplacement dès que nécessaire des matériels et DMI.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables et membres de la cellule de gestion sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Le responsable du bloc s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans le règlement médical interne et informent les professionnels. Grâce au logiciel du bloc opératoire, les difficultés sont identifiées et tracées. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les résultats en sont communiqués aux équipes.

#### 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 ressources en compétences infirmières sont en nombre suffisant, un tableau permet l'affectation des professionnels nécessaires pour assurer l'activité chaque semaine. Le matériel et les dispositifs médicaux stériles et implantables sont disponibles, vérifiés et tracés. Les références du matériel implantable sont tracées dans le dossier patient et resteront disponibles dans le logiciel du bloc opératoire. Les différentes maintenances sont assurées et tracées. Le parc de matériel plus lourd est entretenu (présence d'un technicien biomédical) et des contrats de maintenance en assurent le fonctionnement. La charte du bloc a été réactualisée avec la participation des professionnels, celle-ci a permis d'améliorer la prise en charge des patients en déterminant les rôles de chacun.

#### 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 du bloc opératoire. La cellule de gestion du bloc valide les programmes opératoires toutes les semaines. La continuité des soins est assurée entre les chirurgiens et les médecins anesthésistes. La check list est mise en œuvre. L'autorisation de sortie de la salle de surveillance post interventionnelle est signée. Les dispositifs médicaux implantables sont tracés et les références des DMI sont présentes dans le dossier patient et dans le logiciel de gestion des matériels au bloc opératoire. Les interfaces entre le bloc, la stérilisation, la pharmacie et les unités de soins sont opérationnelles.

### 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.) par la cellule de gestion du bloc. Les logiciels installés au bloc opératoire permettent de réaliser un certain nombre de contrôles. Ceux-ci

concernent l'activité et les pratiques professionnelles. Les Indicateurs IQSS complètent le dispositif. Un logiciel permet une analyse très fine de l'activité opératoire. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Le suivi d'indicateurs et les évaluations permettent d'identifier des actions d'amélioration. Les fiches d'évènements indésirables sont régulièrement analysées, elles peuvent être analysées en CREX.

## **A / AGIR**

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité est en place avec un suivi régulier des actions d'amélioration et de réduction des risques. De ces suivis, des révisions et ajustements d'objectifs sont menés avec la cellule de gestion du bloc opératoire et la CGDR. La communication est assurée en conseil de bloc et sur des supports écrits qui sont transmis aux médecins intervenant au bloc opératoire.

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS. Elles concernent notamment la check list, le "stop and go" et le cahier interface entre les unités de soins et le bloc opératoire.

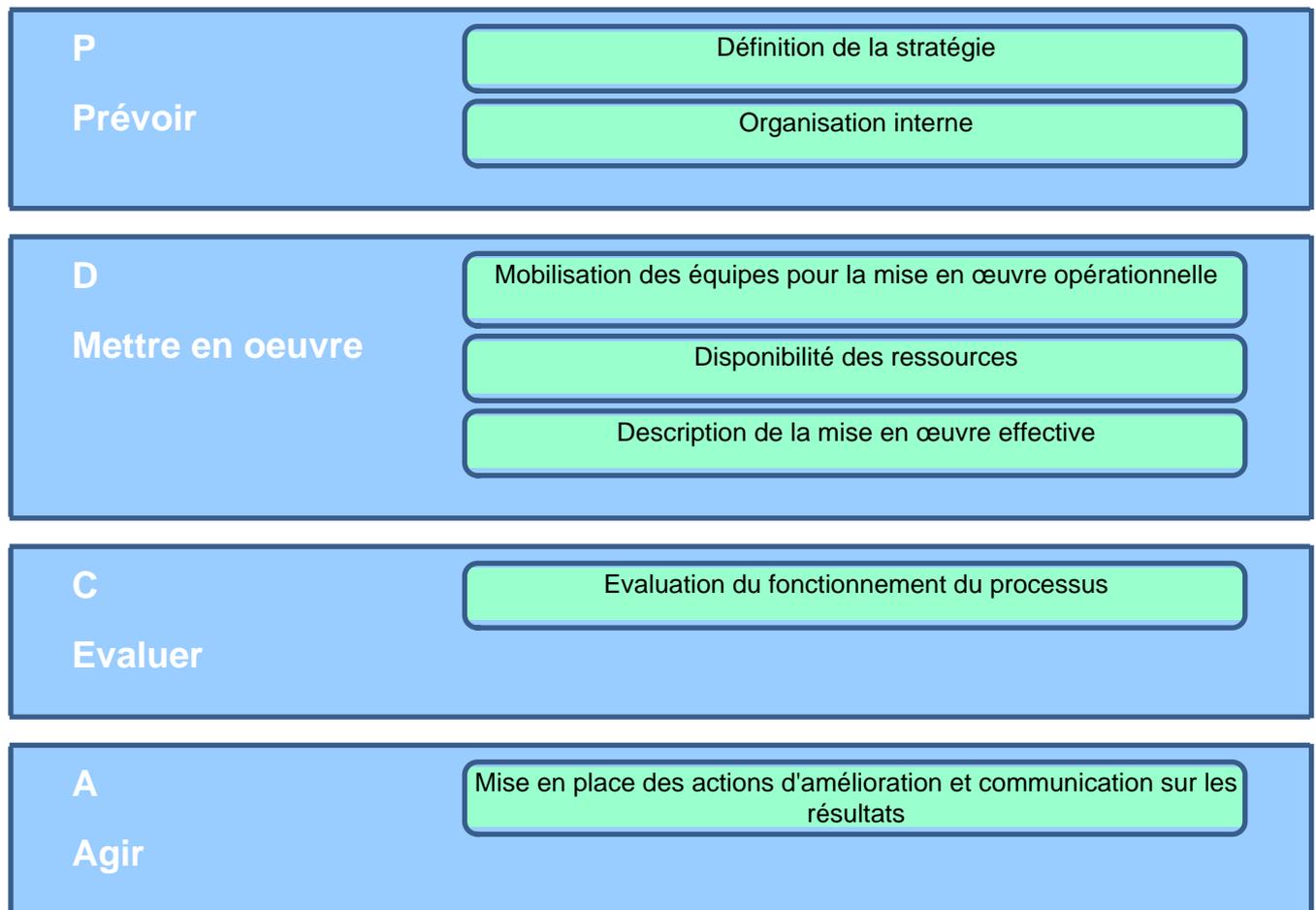
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 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 sur le secteur d'endoscopie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Les objectifs d'amélioration sont mesurables, limités et cohérents. Il existe une cartographie des risques à priori pour l'endoscope qui permet l'identification et la hiérarchisation des processus. Les risques sont hiérarchisés et sont à la base de la définition des priorités pour la prise en charge des patients en endoscopie. Cette analyse constitue le support du programme d'action de gestion des risques pour la prévention et la surveillance.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de l'endoscopie est commun avec celui du bloc opératoire de la clinique. Le comité de coordination est commun avec le bloc opératoire. Il existe un tableau de "coordination de bloc" qui matérialise cette coordination entre les parties prenantes de la prise en charge. La Pharmacienne est associée au management de l'endoscopie pour la traçabilité des dispositifs biomédicaux et le contrôle des livraisons. Un médecin est associé au pilotage de l'activité endoscopie. Le pilote et la Pharmacienne font partie du Comité de pilotage de la clinique et de la PREX (commission de retour sur expériences). Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. 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. L'hygiène des locaux est organisée. Les pratiques professionnelles sont basées sur des procédures formalisées. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les circuits sont organisés à l'identique du bloc opératoire.

### D / METTRE EN ŒUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le pilote de l'endoscopie assure la diffusion de la culture qualité auprès des professionnels. Le management de l'endoscopie depuis que le pilote est celui du bloc favorise la mobilisation des équipes sur le fonctionnement, les enjeux de la gestion des risques, les conformités aux pratiques, les formations. Les audits internes d'évaluation des pratiques sont basés sur le référentiel de l' " Audit national endoscopie du GREPH" auquel la clinique participe. Les résultats d'évaluations sont communiqués aux professionnels concernés et pour l'ensemble de la clinique par l'intermédiaire de l'organisation de la gestion et du management des risques de la clinique. Ces résultats donnent lieu le cas échéant à des actions correctives dont la mise en œuvre est suivie par le praticien référent, la Pharmacienne et le responsable de l'endoscopie.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Le personnel de désinfection des endoscopes est formé. Les locaux sont adaptés, fonctionnels. Les documents concernant la qualité et la gestion des risques sont intégrés dans le logiciel de gestion électronique des documents de la clinique et disponibles par l'ensemble des professionnels. Les documents qualité sont documentés et actualisés. Les ressources en compétences sont adaptées à la prise en charge. La maintenance préventive et curative des dispositifs biomédicaux de l'endoscopie est organisée.

#### 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 de l'endoscopie. L'organisation permet d'assurer une prise en charge sécurisée des patients. L'organisation de l'endoscopie définie par la clinique permet l'échange d'informations et la coordination des professionnels, la mise en œuvre de la prise en charge des patients. Les vérifications et la traçabilité est organisée et opérationnelle.

## 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.). Les tableaux de bord du management de l'endoscopie comprennent les éléments les plus importants du pilotage et des indicateurs. Le dispositif d'évaluation de l'activité, des risques, des évènements indésirables est en place. La clinique participe à l'Audit national endoscopie du GREPH en lien avec le CCLIN Paris Nord. Des audits internes et avec des prestataires extérieurs notamment sur l'hygiène, la désinfection des endoscopes, la préparation des patients sont réalisés. Le pilote et le comité de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient en endoscopie. Le bilan est réalisé périodiquement dans les instances de pilotage et un fois par an au niveau de la clinique.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les objectifs de la politique sont périodiquement revus et ajustés au regard des améliorations constatées. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

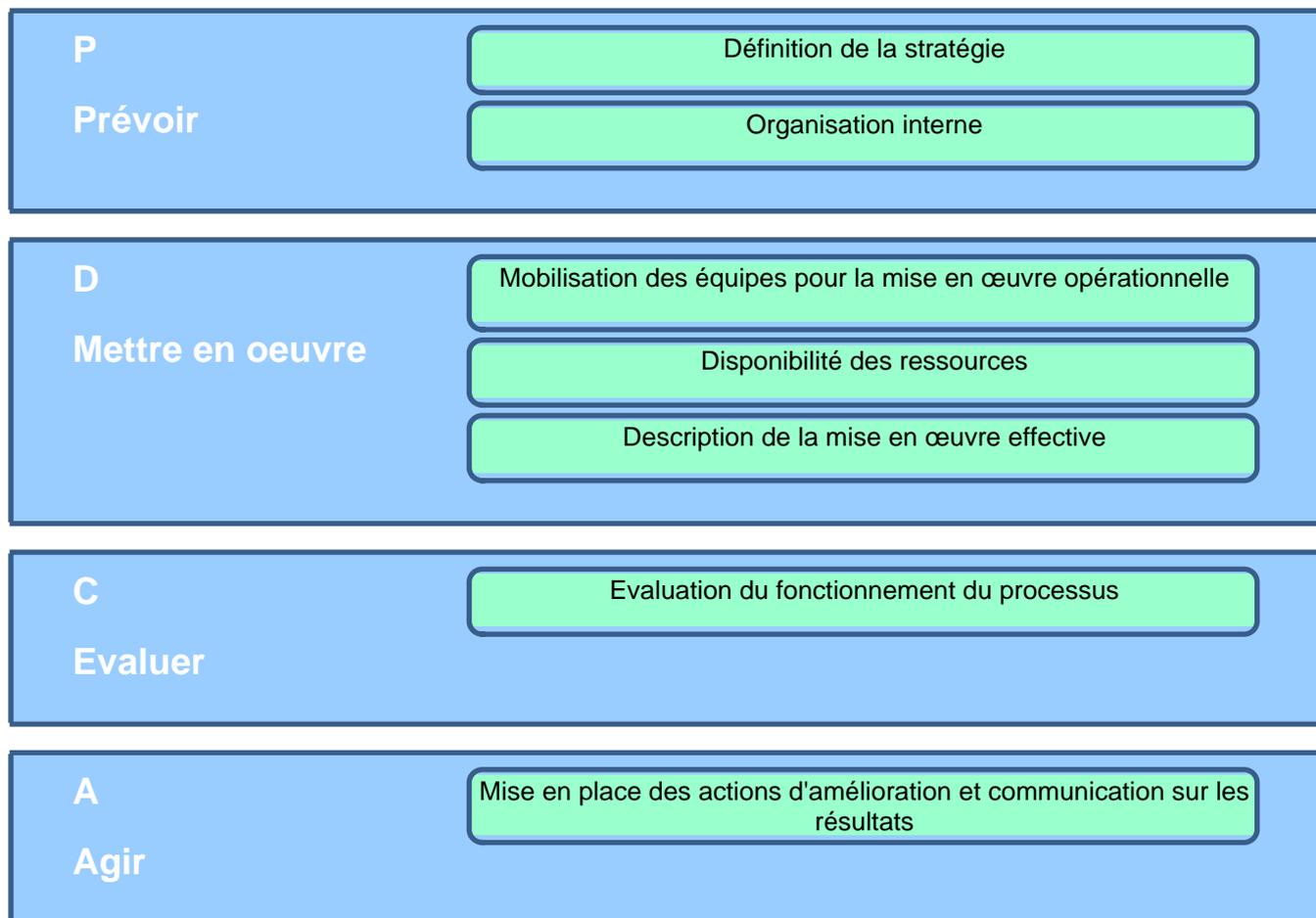
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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 sur la salle de naissance et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La cartographie des risques propre à la salle de naissance a été réalisée avec les Sage Femmes. Les mesures de traitement des risques définies sont en cohérence avec les risques priorités. La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

#### ORGANISATION INTERNE

La maternité (niveau 1) possède trois salles de naissance et deux salles de pré-travail dont une est équipée pour assurer les accouchements. L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le cadre Sage Femme est responsable du fonctionnement de la salle de naissance et de la mise en œuvre des projets. Le règlement intérieur médical détermine les rôles et responsabilités des médecins. 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. La prise en charge du nouveau né repose sur les procédures validées. Les prises en charge s'appuient sur des protocoles de bonnes pratiques du réseau CNGOF. Les interfaces entre les unités obstétricales et la salle de naissance, la salle de naissance et le bloc opératoire ou le bloc opératoire et l'unité d'hospitalisation sont organisées.

La salle de naissance de la Clinique du Parc travaille en collaboration avec le réseau du Hainaut, le CH de Valenciennes (niveau 3) et le PRADO pour les suites de couches. La charte de la salle de naissance est en cours de formalisation, elle est en attente de validation.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La cadre sage femme responsable du secteur salle de naissance assure la coordination de l'activité. Elle sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans son secteur ou sur le processus. La cadre sage femme responsable du secteur de naissance s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions du RIM. Elle effectue des audits de partogrammes, les résultats se sont améliorés. Ils sont diffusés aux équipes. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Tous les mois, un planning d'astreinte est diffusé, les listes téléphoniques sont disponibles.

#### 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. La prise en charge des accouchements est basée sur des protocoles du CNGOF. La continuité de la prise en charge est assurée par les gynéco obstétriciens. Un tableau des gardes et astreintes est réalisé, il est disponible pour les sages femmes. Les astreintes des anesthésistes sont elles aussi définies et connues. La traçabilité des actes est réalisée en temps réel par les sages femmes. Le bionettoyage est tracé. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs ( Bloc / Salle de naissance) sont opérationnelles. L'accès aux informations concernant les patientes est assuré via le dossier et le partogramme.

### 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.). Un audit du partogramme a révélé une amélioration de tous les items; des RMM sont réalisées, les fiches d'évènements indésirables étudiées et des CREX mis en place. Des indicateurs de suivi (quantitatifs et qualitatifs) sont définis et suivis. Les audits et les indicateurs permettent d'identifier des actions d'améliorations. Les résultats sont

communiqués aux professionnels concernés.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Un projet d'augmenter la présence des sage femmes (2 sages femmes 24h/24) est en cours de réflexion et doit modifier l'organisation des professionnels. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.