

*GUIDE METHODOLOGIQUE
POUR L'ÉLABORATION D'UN
PROJET MEDICAL*

1998 - 1999
Lyon



SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	page 5
<u>Chapitre premier :</u>	
DEFINITION ET CADRE JURIDIQUE.....	page 8
<u>Chapitre deux :</u>	
LES ETAPES DE LA PROCEDURE D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL.....	page 10
<u>Chapitre trois :</u>	
LA REALISATION DU DIAGNOSTIC.....	page 15
Principes généraux pour l'élaboration et l'évaluation de la stratégie de développement médical de la clinique.....	page 16
I – Proposition d'un Projet Médical.....	page 16
II – Cadres et exigences systémiques de la définition des objectifs : propositions méthodologiques et rappel de tendances.....	page 18
III – Cadre et exigences institutionnels de la formulation et du choix des objectifs.....	page 21
<u>Chapitre quatre :</u>	
STRATEGIE MEDICALE.....	page 22
Phase I : Analyse de l'environnement externe : définition du bassin d'attraction hospitalier et étude de son évolution.....	page 23
Phase II : Analyse de l'environnement interne : étude quantitative et qualitative de l'activité de l'établissement.....	page 27
Phase III : Diagnostic et perspectives médicaux.....	page 31
Questionnaire.....	page 33
Phase IV : Proposition et choix de scénarios stratégiques.....	page 90
<u>Chapitre cinq :</u>	
PROPOSITION DE PLAN D'UN PROJET MEDICAL.....	page 91
Plan directeur.....	page 96

Méthodologie pour la réussite d'un Projet Médical.....	page 97
Les grands axes prioritaires du Projet Médical et les orientations médicales stratégiques.....	page 99
L'évaluation et le suivi du projet.....	page 104

Chapitre six :

ANNEXES.....	page 108
Annexe 1 : Lexique.....	page 109
Annexe 2 : Quelques références des textes réglementaires.....	page 113
Annexe 3 : Questionnaire reçu par les praticiens en début d'élaboration du guide.....	page 115
Annexe 4 : Guide d'aide au diagnostic Contrat d'Objectifs et de Moyens (ARH / CNAMTS service médical) fin octobre 1998.....	page 134

AVANT-PROPOS

Au cours du 1^{er} trimestre 1998, l'idée d'un "guide méthodologique pour l'élaboration d'un projet médical" a germé auprès de différents médecins de la section des Médecins Spécialistes de l'Union Professionnelle des Médecins exerçant à titre Libéral, afin de satisfaire, de la manière la plus optimale possible, aux demandes des tutelles vis-à-vis de la démarche d'accréditation.

Ces médecins ont ainsi souhaité profiter des exigences des tutelles pour mettre véritablement à plat l'aspect médical de leur établissement et l'environnement extérieur de celui-ci. Cela afin d'en dégager pour les cinq, dix, voire vingt années à venir, les grandes orientations stratégiques de l'établissement de soins concerné.

Aussi ils ont fait appel au Cabinet A.A.C.C.E.S. Qualité à Rennes afin de réaliser ce guide méthodologique. Celui-ci a demandé une démarche participative près des professionnels de terrain (médecins, directeurs, para-médicaux).

Pour ce travail, quatre cliniques, très différentes les unes des autres, ont été choisies comme sites de référence :

- Un établissement spécialisé chirurgical,
- Un établissement spécialisé médical,
- Une polyclinique médico-chirurgicale en milieu urbain,
- Une polyclinique médico-chirurgicale en milieu rural.

A savoir :

- La Polyclinique du Beaujolais, à Arnas,
- La Clinique Emilie de Vialar, à Lyon,
- La Polyclinique de Rillieux, à Lyon,
- La Clinique Saint-Victor à Saint Victor sur Loire.

Commentaires depuis le début du travail :

- De manière générale la disponibilité des praticiens vis-à-vis du projet médical a toujours été très bonne.
- De même, les Directions des différents établissements concernés, ont toujours apportées un excellent soutien au projet pour les parties : organisation, coordination, diffusion aux praticiens, relances.
- Par contre, les médecins avaient souvent une difficulté de lecture du questionnaire servant à l'élaboration du guide du projet médical, volontairement rédigé par AACCES QUALITE avec le langage des Tutelles (voir annexe 3). La mise en place d'entretiens individuels entre le consultant et les médecins s'est ainsi avéré nécessaire.
- Ces entretiens ont suscité également de nombreuses questions et réflexions de la part des médecins, dont la qualité laissaient entrevoir l'investissement des praticiens par rapport à l'avenir de leur établissement.

Récapitulatif des entretiens individuels :

Au total, entre mai et septembre 1998, ont été consultés :

- 44 médecins et chirurgiens,
 - 3 pharmaciens d'établissements,
 - 2 biologistes,
 - 1 Kinésithérapeute,
 - 4 directeurs,
 - 7 infirmières générales, surveillants, chefs de bloc.
- Le consultant a pu ainsi dépouiller l'ensemble de ces questionnaires et, à partir des écrits des médecins, faire ressortir de nombreux items de travail pour l'élaboration du guide.
 - Différentes réunions d'affinage du guide ont eu lieu par la suite au siège de l'UPML à Lyon, les 7 octobre, 25 novembre et 23 décembre 1998, avec notamment la participation active des :
 - Docteur CATON Jacques, Président de la section des Médecins Spécialistes de l'UPMLRA,
 - Docteur CHAMPEL Frédéric,
 - Docteur DREVON Olivier,
 - Docteur FAYOL Jean-Claude,
 - Docteur DUBOR Pierre,
 - Docteur Setiey Louis.

L' objectif de ce guide est de mettre à la disposition des médecins un certain nombre d'éléments méthodologiques susceptibles de les orienter dans le choix des approches stratégiques médicales les plus adaptées à la problématique qu'ils rencontrent aujourd'hui dans leur établissement avec l'élaboration d'un Projet Médical.

Ces éléments, à choisir et articuler entre eux en fonction du contexte et de la volonté des décideurs locaux, doivent permettre à chaque médecin d'actualiser les orientations stratégiques de son programme médical à la lumière d'une meilleure appréciation des besoins. Ceci afin d'organiser, de la façon la plus rationnelle, dans le cadre d'un plan directeur cohérent, d'une part les possibilités d'aménagement progressif d'un site parfois multiple, d'autre part l'utilisation optimale de l'ensemble des moyens humains et matériels en fonction de l'activité médicale réelle et à venir, ainsi enfin que les investissements à envisager à terme.

Ce projet se prolonge et se spécialise, le cas échéant, en une série d'organisations spécifiques, visant les points aujourd'hui les plus sensibles du système de soins : l'accueil des urgences, le bloc opératoire, la maternité, les personnes âgées, le domaine psychiatrique, ...

Si l'on ambitionne de définir une stratégie médicale, l'approche est, en premier lieu, basée sur une **étude de définition démographique et géographique** du bassin réel d'attraction de l'établissement de soins. Les possibilités d'évolution du marché de l'établissement par rapport à une concurrence tant publique que privée, proche ou lointaine, doivent être appréciées dans le cadre de ce bassin d'attraction.

Des enquêtes spécifiques portant sur l'image de l'hôpital dans la population environnante, ou les comportements "d'adressage" des médecins libéraux du secteur, complètent utilement la connaissance des courants qui déterminent la dynamique du bassin d'attraction.

Dans un second temps, **l'analyse des pathologies des malades hospitalisés et celle des interventions réalisées au bloc opératoire** apportent un contenu qualitatif indispensable à l'étude de l'activité de l'établissement de soins. Cette étude est conduite à travers les paramètres de la médicalisation du système d'information (P.M.S.I.), les nombres d'entrées et de journées, des durées moyennes de séjour, des coefficients d'occupation moyens.

Moyennant un minimum d'éclairage prospectif sur les évolutions bio-médicales et médico-techniques escomptées à moyen terme, la connaissance des pratiques médicales et chirurgicales locales mise à plat au côté de celle des pratiques internes à l'établissement, permettent de déboucher directement sur la **définition des stratégies médicales** les plus opportunes.

Les choix stratégiques de la clinique se situent alors à la confluence des contraintes et des opportunités offertes par son bassin d'attraction d'une part, des faiblesses et des atouts décelés au niveau de son fonctionnement interne d'autre part.

La première exigence est de nature méthodologique. Les choix proposés devront être rationnellement articulés en structure d'objectifs et en structures de moyens. La seconde exigence est de nature stratégique et consensuelle. Les choix proposés gagneront à être élaborés dans le cadre d'un processus participatif institutionnel, première étape d'une démarche continue de communication interne.

Le Projet Médical élaboré, la Clinique pourra alors entamer l'élaboration de son Projet d'Etablissement dont il est le socle. Ce dernier projet sera le support complet pour la Clinique de la formalisation de son Contrat d'Objectifs et de Moyens.

Ce guide, après une présentation générale d'un Projet Médical et de ses objectifs, dressera les travaux à effectuer afin d'analyser le plus finement possible un établissement de soins, quantitativement et qualitativement, en interne et en externe. Puis, un questionnaire apportera le fil à suivre pour chaque médecin dans la constitution de son étude et des arguments directement transposables dans l'écriture du Projet seront proposés. Le guide dressera enfin le plan directeur, les grands axes et le suivi d'un Projet Médical.

CHAPITRE PREMIER :

DEFINITION ET CADRE JURIDIQUE

HISTORIQUE ET DEFINITION DU PROJET MEDICAL

La notion de Projet Médical a été instaurée par la réforme du 31 juillet 1991. Ce chapitre a d'ailleurs constitué une des principales innovations de la réforme.

L'ambition du législateur était d'introduire grâce au Projet Médical une nouvelle logique d'entreprise ainsi qu'une nouvelle réflexion stratégique sur la planification sanitaire. Logique et réflexion qui, jusque là, étaient restées au stade embryonnaire ou expérimental.

En l'état actuel de la législation, aux termes de l'article L. 714-16 du Code de la Santé Publique, le Projet Médical ne bénéficie que d'une approche généraliste pour sa présentation :

"Le Projet Médical définit, pour une durée maximale de 5 ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire."

CONDITIONS D'APPLICATION DU PROJET MEDICAL AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES CONVENTIONNES

Contrairement aux dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier, la loi n'imposait pas aux cliniques privées, l'élaboration d'un Projet Médical, néanmoins dans le cadre de l'ordonnance du 24 avril 1996, le Projet Médical devient fortement recommandé aux établissements de santé privés afin d'entrer dans une démarche d'accréditation et aussi **aider à formuler l'argumentaire pour la négociation des Contrats d'Objectifs et de Moyens.**

Toutefois, cette élaboration est largement préférable. En effet :

- d'une part, la planification sanitaire, les demandes d'autorisation et la conclusion des contrats d'objectifs vont, pour beaucoup, reposer sur les objectifs médicaux et sur les orientations stratégiques des établissements, dès lors que ces objectifs auront été intégrés dans les priorités régionales,
- d'autre part, toute clinique performante se doit d'adopter une démarche globale et participative visant à mobiliser ses ressources dans un sens connu et partagé de tous, en cohérence avec les contraintes de l'environnement.

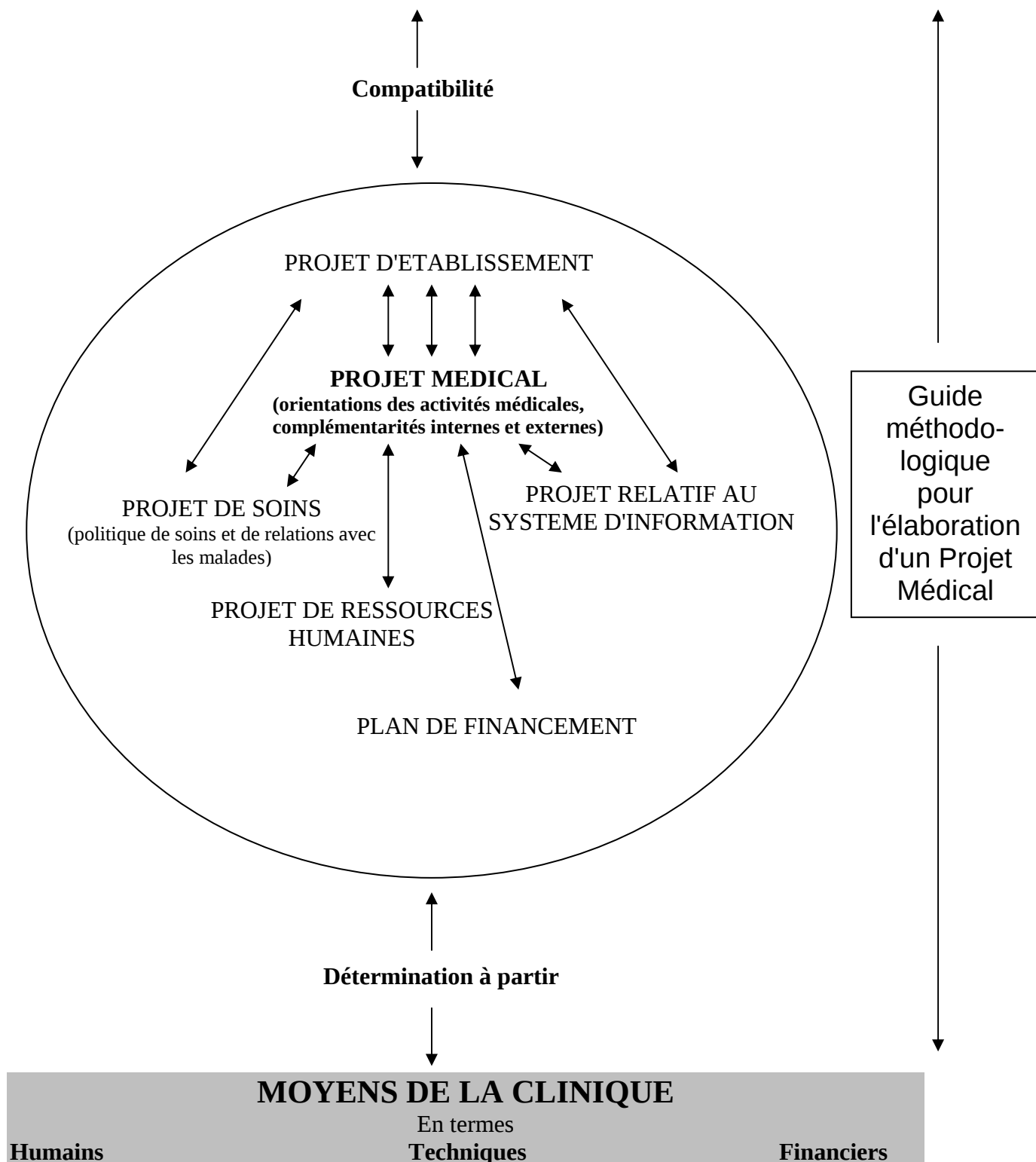
CHAPITRE DEUX :

**LES ETAPES DE LA PROCEDURE
D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL**

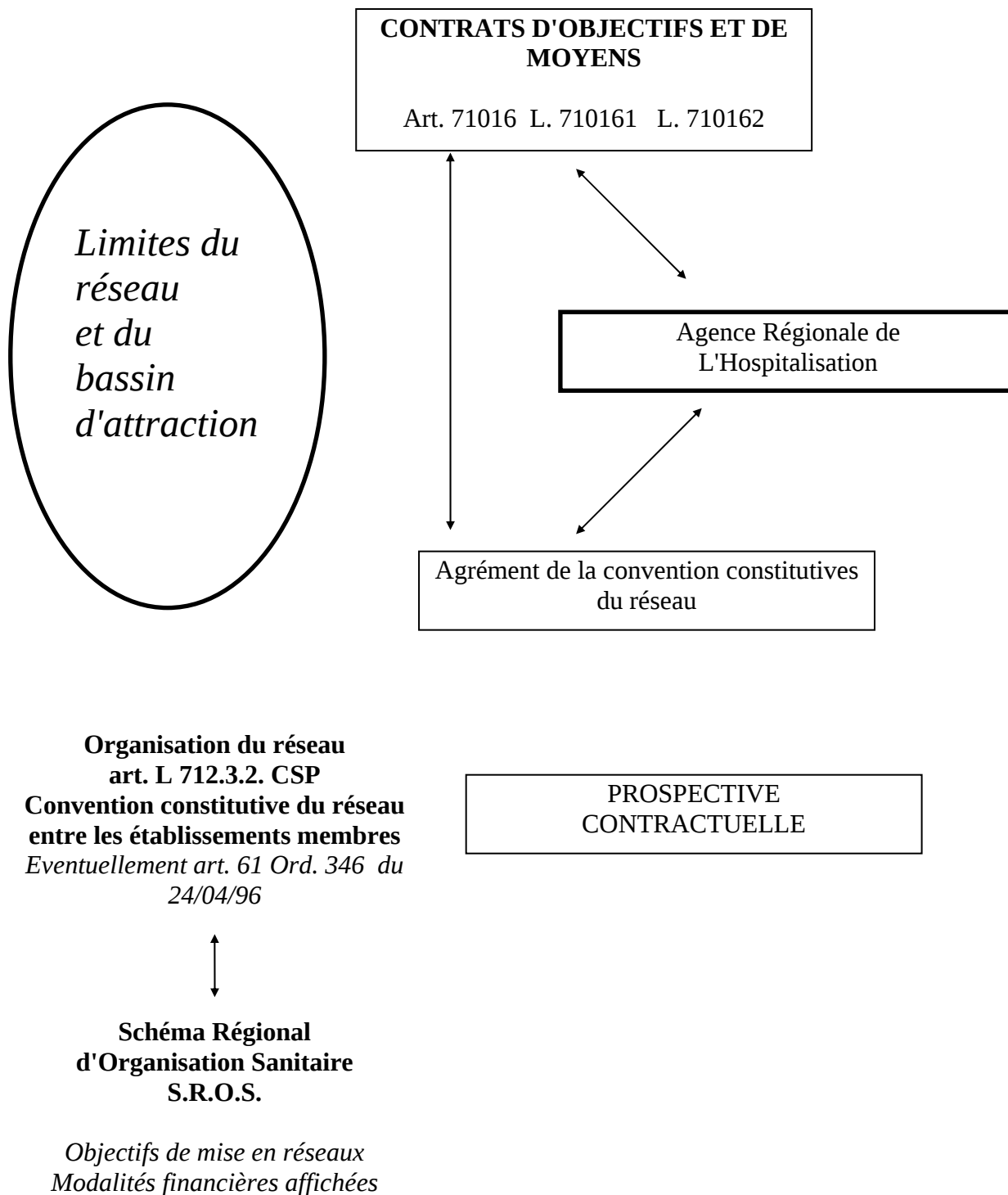
ET LES LIENS AVEC L'ARH

INTEGRATION DU PROJET MEDICAL AU SEIN DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

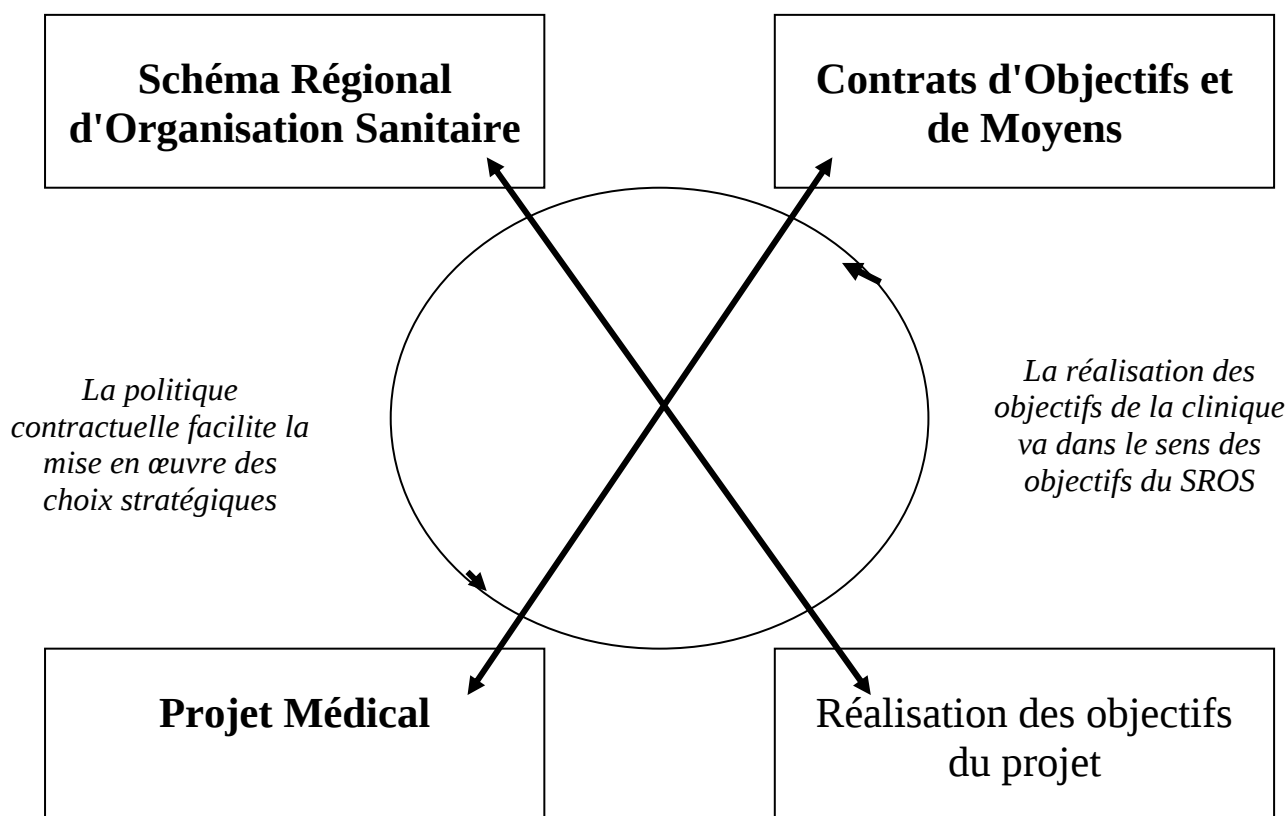
SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE



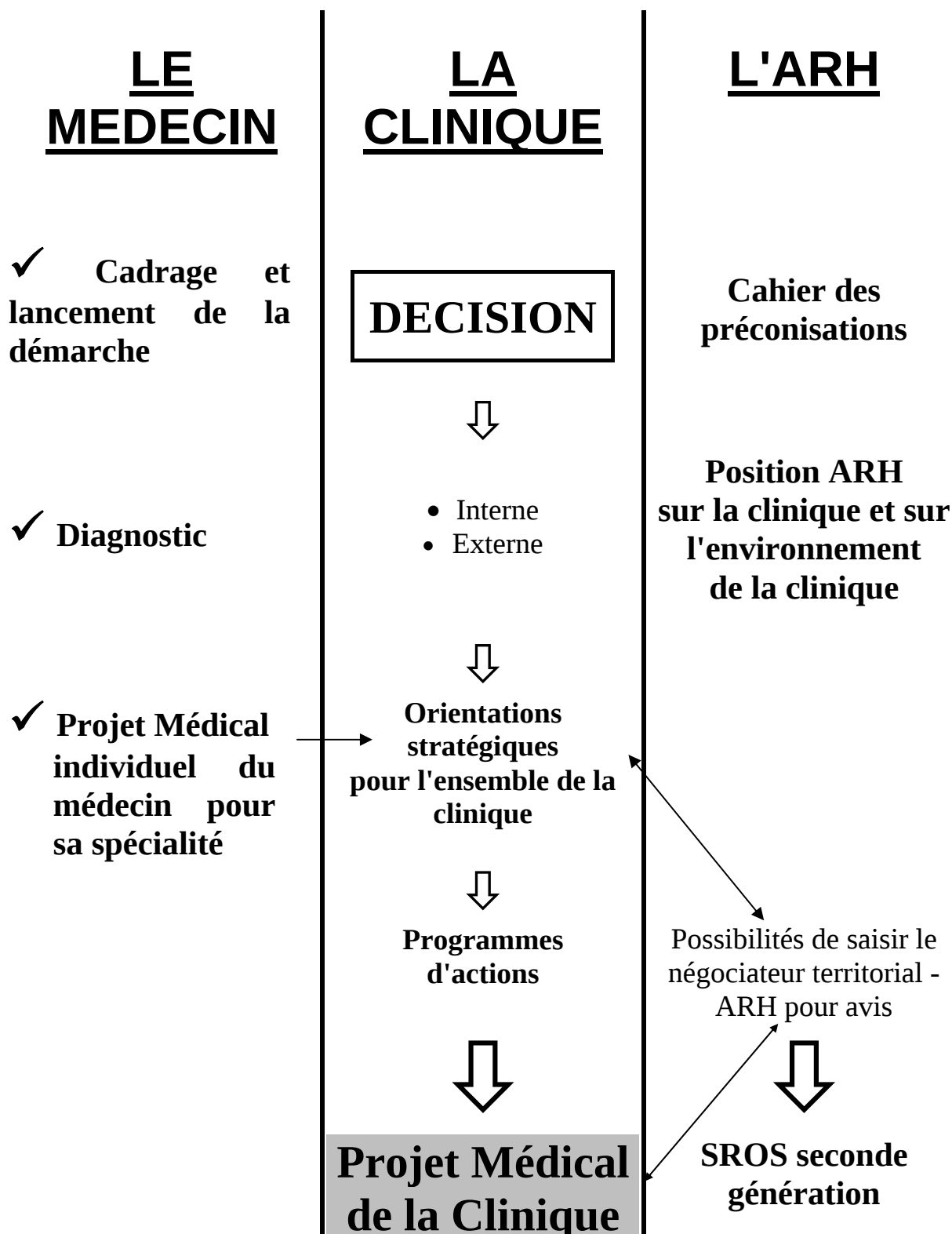
AU NIVEAU REGLEMENTAIRE



INTERRELATIONS : SROS, C.O.M., PROJET MEDICAL



ETAPES D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL



CHAPITRE TROIS :

LA REALISATION DU DIAGNOSTIC

PRINCIPES GENERAUX POUR L'ELABORATION ET L'EVALUATION DE LA STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT MEDICAL DE LA CLINIQUE

I - Proposition d'un Projet Médical

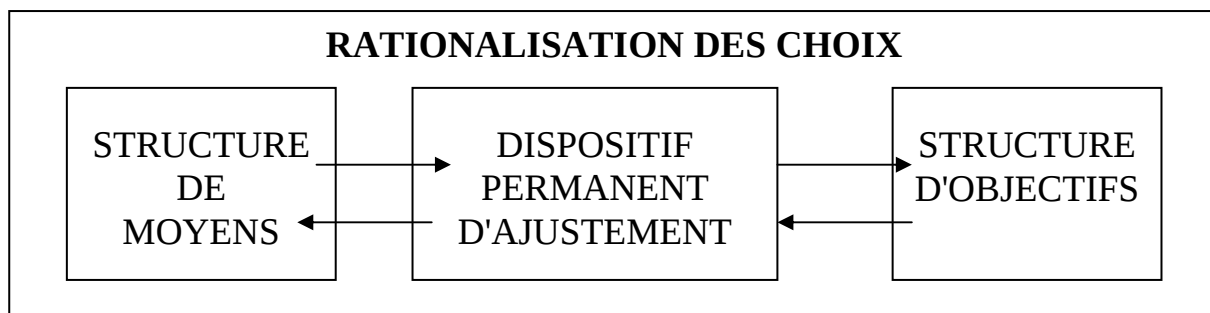
Le développement stratégique d'une clinique peut être conçu et organisé comme un projet d'entreprise, c'est-à-dire caractérisé par :

- une structure d'objectifs,
- une structure de moyens,

appuyée sur :

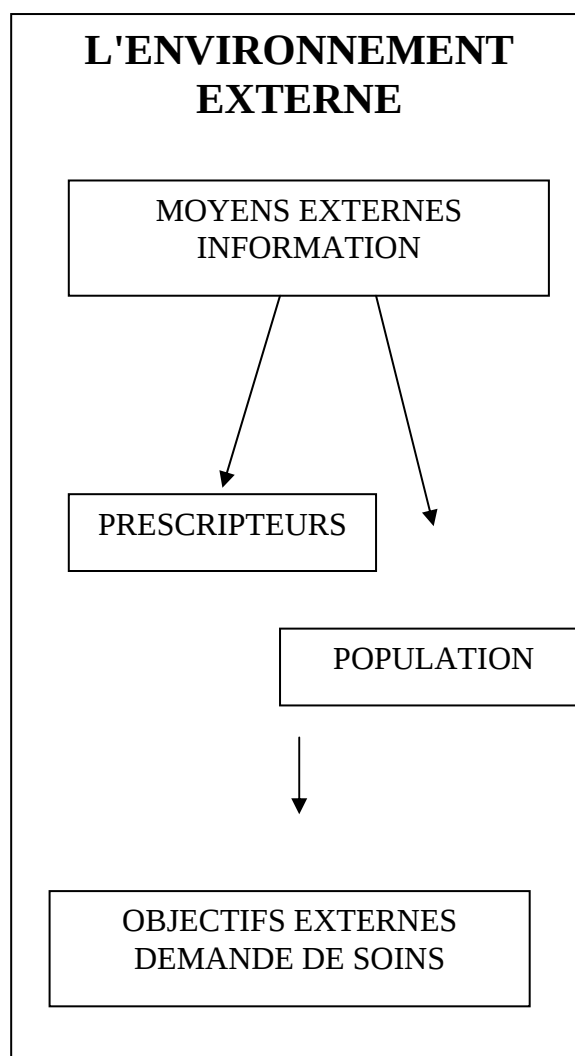
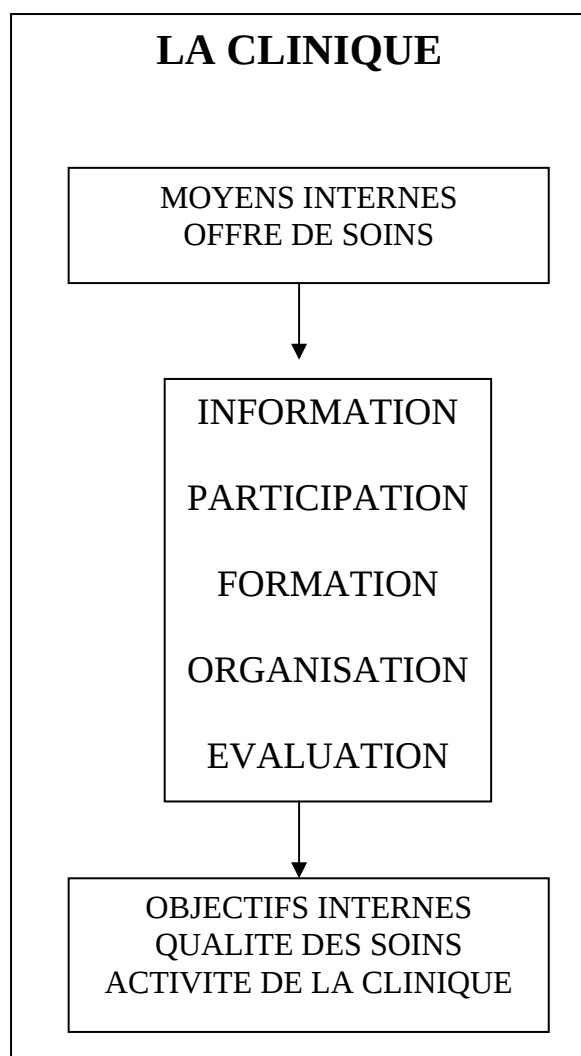
- une campagne de communication externe,
- un dispositif de communication interne.

- **La structure d'objectifs** est constituée par l'ensemble des objectifs de divers ordres qui se traduiront, au plan interne, par l'activité de l'établissement sous ses différentes formes (activité diagnostique, accueil des urgences, séjours hospitaliers, interventions chirurgicales, ...). Ces objectifs internes sont eux-mêmes conditionnés par l'ensemble des objectifs externes qui s'exprimeront par des demandes de soins de la part de la population environnante.
- **La structure de moyens** est constituée par l'ensemble logistique que composent les ressources disponibles de tous ordres : ressources humaines, matérielles, financières, technologiques, ... mobilisables en terme d'offre de soins, au bénéfice des objectifs désignés.
- La campagne de **communication externe** est le moyen stratégique principal pour atteindre *l'objectif externe de demande de soins* de la part de la population environnante. Par une information de nature appropriée (thèmes et axes), diffusée par les moyens les plus efficaces (média) en direction des catégories de population les plus concernées (cibles), il s'agit de créer ou de restaurer une **image** favorable à la **notoriété** de la clinique. Cette démarche de marketing en direction des patientèles passe obligatoirement par les prescripteurs (médecins généralistes et spécialistes libéraux). Initiée, le cas échéant ponctuée par des temps forts, la communication externe est un courant réciproque à entretenir en permanence.
- Le dispositif de **communication interne** est le moyen stratégique principal pour atteindre *l'objectif interne majeur de qualité des soins*, cette qualité pouvant se définir par la formule : "qualité = efficacité (maximum des effets positifs) + sécurité (minoration/annulation des effets négatifs)". Par l'information, l'organisation et la formation gérées par un système interactif, la communication interne doit, en permanence, mettre la structure de moyens dans la meilleure situation de performance à l'égard de la structure d'objectifs.



Champ de la communication interne

Champ de la communication externe



II - Cadre et exigences systémiques de la définition des objectifs : proposition méthodologique et rappel de tendances

Dans un système cohérent de **rationalisation des choix**, les objectifs à définir pour la clinique doivent naturellement s'intégrer dans les missions reconnues comme susceptibles de permettre l'accomplissement de la **finalité de l'institution**. Cette dernière ne peut, elle-même, que s'insérer dans la **finalité du système de santé** : *entretenir ou restaurer au meilleur niveau possible la santé de la population de rattachement*.

La clinique assume et s'engage à remplir ses missions de service public (conformément aux préconisations et aux propositions du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) car c'est un lieu de soins, de prévention et d'éducation qui répond aux besoins sanitaires de la population environnante.

C'est donc dans le cadre de ces **missions de service public** (qui seront rappelées) qu'il conviendra de rechercher, pour la clinique, la structure d'objectifs la plus pertinente. Dans ce cadre, les critères de pertinence ne peuvent être que des critères d'efficience.

Les objectifs à atteindre sont donc à la fois internes et externes à la clinique; ces deux catégories entrant en intime imbrication.

1. Les mécanismes sous-jacents à une stratégie d'objectifs externes :

De façon générale, les objectifs d'une clinique sont théoriquement déterminés par les définitions qualitative et quantitative que la carte sanitaire assigne à son **bassin d'attraction**. A un moment donné, l'étendue géographique, les caractéristiques démographiques, sociologiques, économiques et épidémiologiques du bassin d'attraction induisent une demande de soins, à laquelle il sera ou non efficient de répondre sur place, au niveau de la clinique.

Le bassin d'attraction délimité par la carte sanitaire ne constitue pas pour autant un terrain sur lequel la clinique soit assurée d'un monopole. La patientèle lui en est disputée par le secteur public et par d'autres établissements privés. De fait, compte tenu du libre choix par le malade, les bassins d'attraction réels des cliniques peuvent être sensiblement différents des zones d'attraction dessinées au niveau de la carte sanitaire.

Au bout du compte, les objectifs externes de la clinique résultent bien souvent d'un compromis : sur un même territoire, les patientèles correspondent à certaines disciplines et spécialités doivent être partagées entre secteur public et secteur privé, parfois même selon des perspectives synergiques intéressantes pour les différentes parties concernées. Dans d'autres cas, des cliniques qui se trouvent en situation de monopole, au moins pour certains secteurs diagnostiques et/ou thérapeutiques, auront intérêt à occuper le terrain au maximum pour bloquer l'apparition d'une éventuelle concurrence.

Chaque clinique doit chercher à atteindre, voire à dépasser légèrement, à titre de garantie, dans les meilleurs délais, le seuil au-dessus duquel il sera pratiquement assuré de ne pas perdre, à moyen terme, ses caractéristiques d'établissement de soins aigus et de court séjour, le cas échéant.

Autant dire que les cliniques sont véritablement dans l'économie de marche. C'est la raison pour laquelle le projet médical fait partie intégrante d'un projet d'entreprise, de clientèle et de marketing hospitalier. Tous ces éléments sont justiciables, de fait, d'une organisation stratégique dynamique, notamment basée sur une **appréciation des opportunités et des contraintes offertes par l'environnement**.

2. Exigences et tendance d'une stratégie d'objectifs internes :

Si la clinique doit chercher dans la demande de soins émise par son bassin d'attraction les conditions de sa survie et de sa pérennité, elle ne peut, dans les meilleurs des cas, prétendre à y assurer tous les monopoles. Le profil qualitatif et quantitatif de la concurrence impose certains choix. Les capacités internes à susciter la demande externe et à y répondre en commande d'autres. Ainsi, la clinique dans l'élaboration de sa stratégie, doit tenir compte, à un moment donné, non seulement de ce qui l'environne mais de ce qu'elle est elle-même.

Au départ d'un plan et de programmes de développement stratégique, il n'est possible d'envisager et de définir un processus dialectique d'échanges avec l'environnement que sur la base d'un **profil des points forts et des points faibles de l'institution**.

Le véritable plan stratégique de la clinique naîtra des possibilités de conjonction entre :

- **le bilan des opportunités et des contraintes de l'environnement, d'une part ;**
- **le bilan des points forts et des points faibles de l'établissement, d'autre part.**

Aujourd'hui, un certain nombre de tendances et même de réalités peuvent servir à structurer une analyse d'items susceptibles d'entrer dans la composition d'une structure d'objectifs internes apte à répondre aux exigences de la demande d'environnement.

De grandes tendances peuvent être discernées pour des cliniques générales de soins médico-chirurgicaux :

1. Le raccourcissement des durées de séjour de l'hospitalisation conventionnelle est général ;
2. En conséquence les formules de soins de très court séjour, d'ambulatoire, d'hôpital de jour et les consultations externes sont bien développées, y compris en chirurgie et spécialités chirurgicales, et font ressortir encore des besoins ;
3. Ces évolutions dans la pratique des soins hospitaliers entraînent le renforcement et la diversification des plateaux techniques ;
4. Les cliniques trouvent leur spécificités et assurent leur mission de service public grâce à la synergie des spécialités. La demande de conjugaison horizontale entre spécialités médicales et chirurgicales est forte ;
5. Parmi les disciplines et spécialités offertes, la chirurgie joue un rôle de vitrine et de moteur de l'ensemble de l'activité de la clinique : un établissement dont l'activité

- chirurgicale régresse est un établissement dont l'hospitalisation aiguë de court séjour est, à court terme, menacée ;
6. Le rôle de vitrine est partagé par les consultations externes, interfaces avec l'environnement, qui conditionnent singulièrement les relations avec les prescripteurs alentours ;
 7. L'accueil et le traitement des urgences est également un point de fixation privilégié de l'opinion publique. Les cliniques exclues perdent une partie de leur image de marque. Les urgences permettent de même d'offrir la continuité des soins et de garantir la sécurité des patients. En bref, la participation aux soins d'urgences permettent d'occuper une place cohérente dans le dispositif régional de soins ;
 8. La personnalisation de l'accueil, de l'information, donc la communication sous tous ses aspects, sont des exigences grandissantes du public ;
 9. A qualité technique réputée ou considérée en principe comme comparable, la proximité du domicile est devenue un critère de choix prévalent entre plusieurs établissements d'hospitalisation possibles ;
 10. Le délai d'obsolescence des équipements et des pratiques, y compris des plus onéreux, s'accélère (techniques diagnostiques, imagerie médicale, thérapies précoces, ...).

Ces différents paragraphes doivent se trouver au niveau du Projet Médical final de la Clinique.

3. Nécessité d'une dimension prévisionnelle et prospective :

Une définition des objectifs internes de nature et de qualité des soins ne saurait se limiter à la satisfaction des besoins et des demandes identifiés aujourd'hui. La stratégie médicale, qu'il s'agit ici de construire, est appelée à servir de base à un programme d'établissement adapté, compte tenu des délais de mise en place, à la situation 1998-2003.

Cette nécessité de devancer le court/moyen terme (5 à 10 ans) est encore plus impérieuse lorsque les délais de mise en oeuvre du projet sont allongés par les exigences immobilières d'une révision du plan directeur.

L'exigence prévisionnelle et prospective concerne aussi bien l'appréciation de la demande que la formulation de l'offre de soins.

Au niveau de la demande, les éléments démographiques, sociologiques, économiques et épidémiologiques projetés dans 5 à 10 ans détermineront qualitativement et quantitativement un bassin d'attraction et donc une demande de soins, autres que ceux constatés actuellement. Le plus généralement, le vieillissement de la population est l'un des facteurs principaux de modification de la demande.

Une bonne part des modifications constatées au niveau de la demande de soins provient en réalité de modifications intervenues dans l'offre : les gastrectomies ont quasiment disparu depuis la délivrance en officine du Tagamet.

Il s'agit donc, au niveau de l'offre, d'intégrer au mieux ce qu'il est possible de savoir des évolutions technologiques, dans le domaine diagnostique comme dans les thérapeutiques, au niveau des technologies biologiques comme à celui des équipements bio-médicaux.

Au-delà de la prise en compte de ces facteurs d'évolution qui lui sont le plus généralement exogènes (recherche scientifique et technologique, fondamentale, appliquée, industrielle...), chaque clinique dispose d'une large marge d'initiative pour passer de ce qui reste une prévision à une véritable prospective. Dans les domaines de l'accueil, de l'information, de l'animation, de la communication, de l'organisation, entre personnel et malades, comme entre malades ou entre agents, qu'il s'agisse de la qualité de la vie ou des performances de la production, il est préférable de donner corps à un avenir choisi plutôt que de s'apprêter à subir un avenir quelconque.

III - Cadre et exigences institutionnels de la formulation et du choix des objectifs

Pour que fonctionne harmonieusement le processus de communication interne, seul capable de conférer le maximum d'efficacité aux moyens mobilisés par l'établissement pour atteindre ses objectifs, c'est l'ensemble des agents concernés, à quelque niveau que ce soit, qui doit recevoir l'information nécessaire à la compréhension de ces objectifs et à la pertinence des moyens retenus pour leur réalisation.

CHAPITRE QUATRE :

STRATEGIE MEDICALE

I. Phase 1 - Analyse de l'environnement externe : définition du bassin d'attraction hospitalier et étude de son évolution

OBJECTIF GENERAL :

Une bonne connaissance des caractéristiques géographiques et/ou socio-démographiques, sont nécessaires pour apprécier quantitativement et qualitativement le bassin d'attraction hospitalier actuel et l'élaboration de probables directions quant aux évolutions de la demande de soins environnante et la mesure dans laquelle l'établissement de soins peut ambitionner d'y répondre.

Dans cette perspective, les approches suivantes seront analysées.

1. Définition des limites géographiques du bassin d'attraction réel

Objectif :

L'objectif est de définir le territoire identifiant la population cible sur laquelle il sera possible de calculer une demande de soins, et vers laquelle il sera possible de diriger l'offre de la clinique, moyennant les modalités de communication appropriées.

Méthode :

Dans cette approche, seront utilisées concurremment :

- Les limites du secteur sanitaire sur lequel se situe la clinique,
- L'aire de recrutement des malades fréquentant la clinique. Cette aire peut être connue en exploitant le nom des communes et des codes postaux de résidence des patients hospitalisés sur la dernière année. Cette étude se fait par l'intermédiaire du service d'accueil des malades. Ainsi, sera définie l'aire d'attraction par discipline comme aire d'attraction générale de la clinique.

Résultat :

La bassin d'attraction de la clinique peut être défini, à très peu de choses près vraisemblablement, comme celui incluant les communes regroupant dans leur ensemble au moins 75 % des hospitalisés, à condition que chacune d'entre elles présente une population hospitalisée annuelle atteignant au moins 3 à 5 % de sa population totale.

2. Evaluation socio-démographique du bassin d'attraction

Objectif :

L'objectif est d'identifier les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la démographie du bassin d'attraction réel de la clinique.

Méthode :

Les structures et le volume démographique du bassin d'attraction réel de la clinique sera reconstitué à partir des résultats par commune du dernier recensement.

Résultat :

A l'issue de ces travaux, la clinique disposera d'une pyramide des âges par sexe et par tranche d'âge pour chacune des communes du bassin d'attraction réel et ce pour les années à venir.

Il est également conseillé d'inventorier et d'apprécier les perspectives de création, de développement ou de suppression d'activités dans les différents secteurs de l'économie et leur impact sur les données actuelles de l'aménagement du territoire.

3. Caractéristiques sanitaires et offre de soins sur le bassin d'attraction

Objectif :

L'objectif est de connaître le contexte sanitaire spécifique éventuel que la clinique a à traiter et d'apprécier les caractéristiques quantitatives et qualitatives de l'offre de soins concurrente sur le bassin d'attraction, de façon à déterminer les stratégies d'opposition ou de complémentarité.

Méthode :

Seront étudiés simultanément :

- Toutes caractéristiques épidémiologiques spécifiques à la région : morbidité et causes de décès (connues à partir de la CNAM, CRAM),
- L'offre de soins institutionnelle concurrente, s'agissant des établissements et services développant une activité comparable (connue à partir de la CNAM, CRAM),
- Le réseau médical local, omnipraticiens et spécialistes considérés en tant qu'adresseurs potentiels, ainsi que les divers points de consultation externes privées ou publiques (connu à partir de la CNAM, DRASS et CPAM).

Résultat :

La clinique disposera d'une nouvelle grille de lecture pour interpréter la carte des zones par taux de pénétration sur le bassin d'attraction. Seront notamment inventoriées les causes susceptibles d'expliquer les particularités négatives ou positives du profil de l'activité des différentes disciplines et spécialités.

En d'autres termes, la clinique disposera du plan de fond sur lequel tracer les lignes de force d'une stratégie de reconquête ou de complémentarité par spécialité, ou du développement des zones d'influence.

4. Image actuelle de la clinique dans son environnement

Objectif :

L'objectif est d'inventorier les raisons pour lesquelles la population et les médecins des environs préconisent ou déconseillent le recours à la clinique, et les attitudes susceptibles de modifier les attitudes défavorables constatées.

Méthode :

Enquête de satisfaction :

- Une enquête d'image peut être menée sur la voie publique. Cela permettra de vérifier les éléments de connaissance objectives concernant l'établissement et de discerner les principales attitudes à son égard,
- Une enquête d'adressage, sous forme d'entretiens ouverts guidés auxquels l'anonymat est garanti, pourra être réalisé auprès d'un échantillon de médecins spécialistes et généralistes de la ville et des environs, afin d'éclairer la nature de leur comportement et de leurs exigences à l'égard de la clinique.

Résultat :

La clinique disposera ainsi d'un profil subjectif de points forts et de points faibles, à comparer au profil objectifs résultant des analyses menées sur statistiques dans le cadre du dossier 2.

IMAGE BASE DE LA CLINIQUE

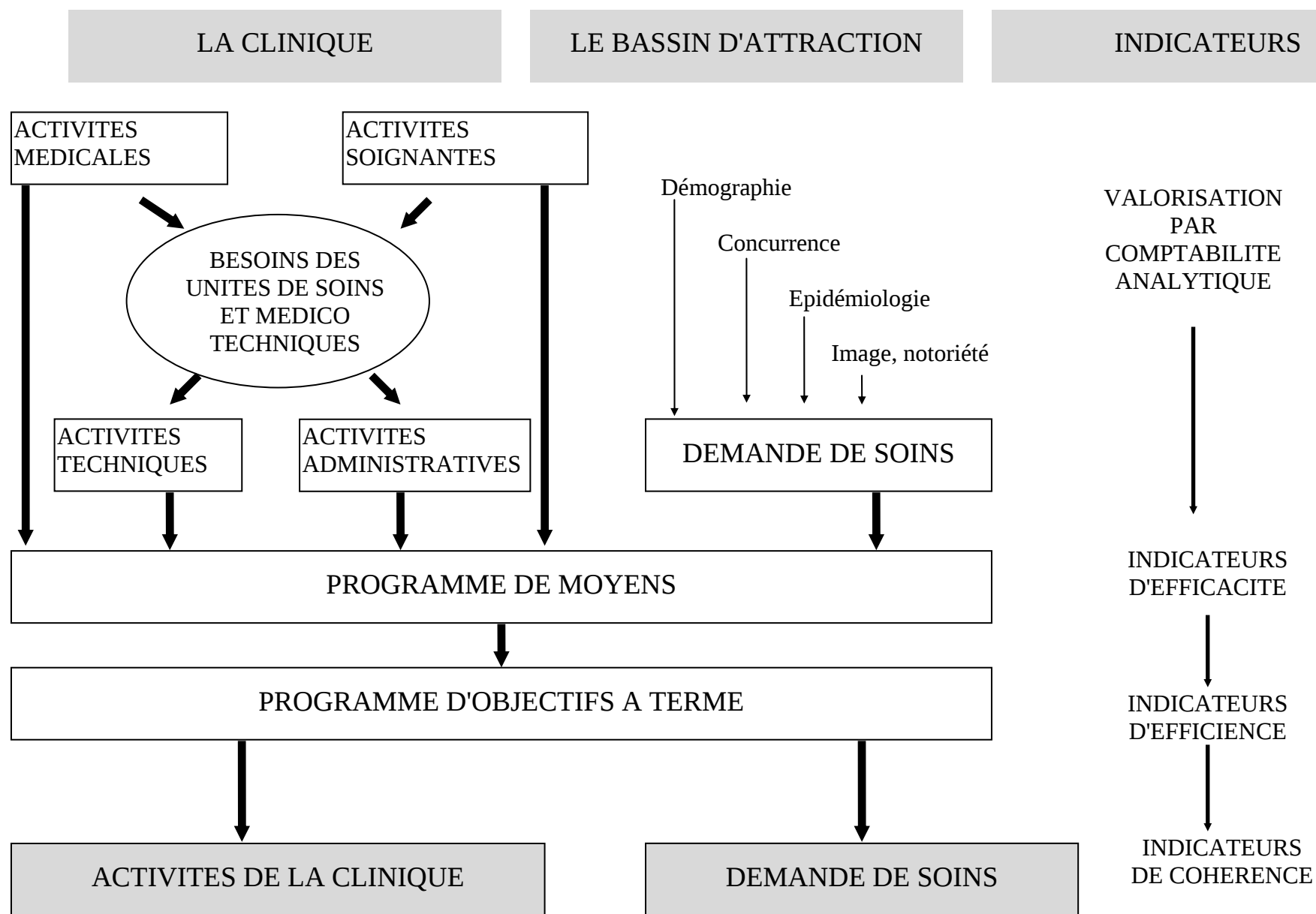


IMAGE TERMINALE DE LA CLINIQUE

II. Phase 2 - Analyse de l'environnement interne : étude quantitative et qualitative de l'activité de l'établissement

OBJECTIF GENERAL :

La connaissance la plus précise des forces et faiblesses de l'activité hospitalière et de ses tendances constitue l'une des deux pierres angulaires de cette deuxième phase. L'offre de soins sera appréciée sous ses **aspects économiques et médicaux**, afin de pouvoir la confronter de façon plus significative à la demande spécifique du bassin d'attraction.

Dans cette perspective, les approches suivantes seront analysées.

1- Analyse économique de l'évolution de l'activité de la clinique

Objectif :

Cette analyse, portant sur l'activité des cinq à dix dernières années, considérée dans toute mesure possible par discipline, spécialité et service, aura pour objectifs :

- De positionner dans une suite chronologique, les évolutions positives ou négatives de l'activité,
 - D'apprécier quantitativement et qualitativement les moyens de production mobilisés par rapport aux résultats produits,
- de façon à fournir une base réaliste aux évolutions et novations susceptibles d'être proposées pour les périodes à venir.

Méthode :

Dans cette perspective, il sera relevé et analysé, par année et par discipline :

- Pour les services d'hospitalisation :
 - Le nombre de lits installés,
 - Le nombre d'entrées,
 - Le nombre de journées d'hospitalisation.
- Pour les services médico-techniques :
 - Le nombre d'actes réalisés selon leur nature,
 - La valeur des actes réalisés.

Résultat :

L'activité médicale produite sera caractérisée par discipline, à l'aide d'indicateurs simples :

- Pour les services d'hospitalisation :
 - Nombre d'entrées,
 - Nombre de journées d'hospitalisation,
 - Nombre de lits et de places,
 - Durée moyenne de séjour,
 - Coefficient d'occupation moyen

- Pour les services médico-techniques :
 - Le nombre d'actes réalisés par unité de temps homogène,
 - La valeur moyenne des actes réalisés.

2- Analyse des pathologies hospitalisées

Objectif :

L'objectif est d'affiner la connaissance de l'activité médicale définie jusqu'alors. La connaissance des durées moyennes de séjour par pathologies est notamment visée. Ceci est un indicateur nécessaire, entre autres,

- à une ventilation de l'activité entre hospitalisation conventionnelle et hospitalisation de jour et autres formes de soins ambulatoires,
- au dimensionnement des unités fonctionnelles éventuellement concernées par une actualisation du Projet Médical.

Méthode :

Cette analyse sera réalisée sur la base **des résumés de sortie standardisé (R.S.S.)** établis par les secrétariats des services, sous la responsabilité des praticiens de la clinique.

Résultat :

Les résultats du traitement seront édités par unités fonctionnelle, par tranche de durée moyenne de séjour et par nature de pathologie.

Les résultats du traitement des R.S.S. fourniront également d'utiles indications sur :

- Le mode d'entrée des malades (urgences, transferts, ...),
- Le mode de sortie des malades (transfert, domicile, ...),
- Le taux de réhospitalisation,
- Le taux d'adressage par les médecins traitants,
- Le lieu de résidence des malades éventuellement, en vue d'un contrôle des données utilisées pour la détermination du bassin d'attraction réel par spécialité.

3- L'activité d'hospitalisation de court séjour devant la demande de soins

Objectif :

L'objectif est d'évaluer le volume et le profil de la demande de recours à une hospitalisation de court séjour du bassin d'attraction, en vue de lui comparer l'activité d'hospitalisation de la clinique,

Méthode :

Il s'agit ici d'évaluer la demande actuelle.

Résultat :

La clinique disposera ainsi d'une évaluation moyenne du nombre d'hospitalisations de court séjour générés par le bassin d'attraction de la clinique par discipline.

4- Analyse structurelle spécifique de l'activité opératoire (le cas échéant)

Objectif :

Cette analyse spécifique de l'activité des blocs opératoires est motivée par le rôle et la perception particuliers de la chirurgie pour la clinique et son environnement.

La connaissance de l'activité chirurgicale saisie au niveau des services d'hospitalisation sera complétée par analyse de l'activité des blocs opératoires.

La connaissance de cette activité est également directement utilisable, le cas échéant, pour le redimensionnement du plateau technique.

Méthode :

Cette analyse sera réalisée sur la base **des relevés d'activités opératoires (R.A.O.)** établis par les secrétariats des services de chirurgie ou les surveillantes de bloc, sous la responsabilité des chefs de services, représentatifs de l'ensemble des patients traités par chaque opérateur concerné pendant un an.

Résultat :

Les résultats du traitement seront édités par opérateur et spécialité chirurgicale et par nature d'intervention.

Les résultats fourniront également d'utiles indications sur :

- L'utilisation des différentes salles du bloc opératoire,
- La valeur en Kc des actes réalisés,
- Le rythme d'activité des opérateurs,
- Les horaires d'activité des opérateurs,
- Le cas échéant sur le sexe, l'âge et l'origine des malades opérés.

5- L'activité opératoire de la clinique devant la demande d'interventions chirurgicales du bassin d'attraction (le cas échéant)

Objectif :

L'objectif est d'évaluer le volume et le profil de la demande d'interventions chirurgicales sur le bassin d'attraction, en vue de lui comparer celui de la clinique.

Méthode :

Il s'agit ici d'évaluer la demande actuelle. Seront ici utilisés les résultats du CREDES. Ils se présentent sous forme de ratios d'intervention pour environ 60 des interventions les plus fréquentes, pour 10 000 habitants selon leur sexe et leur tranche d'âge.

Résultat :

La clinique disposera ainsi d'une évaluation moyenne du nombre d'interventions devant survenir en un an sur le bassin d'attraction de la clinique.

6- Analyses des délais d'attente

Objectif :

L'objectif est d'évaluer les délais d'attente entre une demande d'un patient et la date effective du premier rendez-vous de consultation et/ou de l'opération, cela notamment pour les pathologies les plus courantes traitées à la clinique.

Méthode :

Il s'agit ici de reprendre l'ensemble des dates pour un échantillon représentatif de malades et d'analyser les écarts.

Résultat :

La clinique disposera ainsi d'une évaluation moyenne de la satisfaction des malades en terme d'attente globale et pourra estimer la fuite de patients vers d'autres établissements, causée par un délai d'attente trop long.

7- Indications pour un profil de référence de l'activité médicale et chirurgicale en 1999-2004

Objectif :

Il est clair que les recommandations qu'il est possible de faire aujourd'hui à la clinique en termes de programmation d'activités médicales, chirurgicales et médico-techniques doivent pouvoir porter leurs fruits, en terme de plan directeur opérationnel, sur les cinq à venir au minimum.

Il convient donc d'offrir aux décideurs un catalogue des novations les plus attendues dans les procédures diagnostiques et thérapeutiques, susceptibles d'influer le plus en sensiblement sur les aspects structurels et économiques de l'activité de la clinique.

Méthode :

- Méthodes diagnostiques, notamment concernant l'imagerie,
- Les méthodes d'explorations fonctionnelles,
- Les méthodes thérapeutiques médicales, médicamenteuses et autres,
- Des procédures opératoires chirurgicales,...

Sera déduit un profil de référence des pathologies et de l'activité opératoire pour la clinique;

Résultat :

A l'issue de cette recherche, la clinique peut disposer d'une série d'indicateurs d'activité susceptibles d'être substitués, à titre plus ou moins hypothétiques, aux indicateurs actuels, dans les domaines :

- Des profils de pathologies hospitalisées,
- Des profils d'activité opératoire,
- Des durées de séjour d'hospitalisation,
- Des ressources humaines à mettre en œuvre.

III. Phase 3 – Diagnostic et perspectives médicales

OBJECTIF GENERAL :

Chaque praticien de l'établissement est amené à faire tout commentaire sur l'information recueillie sur son service et son activité au cours des premières phases.

Par ailleurs chaque praticien présente sa propre vue de la situation de son activité, de l'organisation de son service et expose ses projets en termes de stratégie, d'objectifs et de moyens.

Il s'agit ici de compléter le diagnostic de la situation actuelle des activités de la Clinique de façon à pouvoir ensuite, au cours de la phase 4, qui sera vue au chapitre suivant :

- identifier les dysfonctionnements à résorber,
- préciser les conditions concrètes de mise en oeuvre du programme qui sera défini ultérieurement.

EN PRATIQUE :

Pour atteindre cet objectif, un bilan général, qualitatif et quantitatif, des actions et des moyens actuellement disponibles peut être dressé.

Aussi, parallèlement à l'activité préalablement étudiée, les moyens humains, les aménagements en locaux et matériels, les principales organisations de travail, les relations établies avec d'autres praticiens en interne et en externe seront mis à plat.

Cette segmentation permet d'aboutir à la vision générale de l'investissement quotidien du médecin auprès de ses malades.

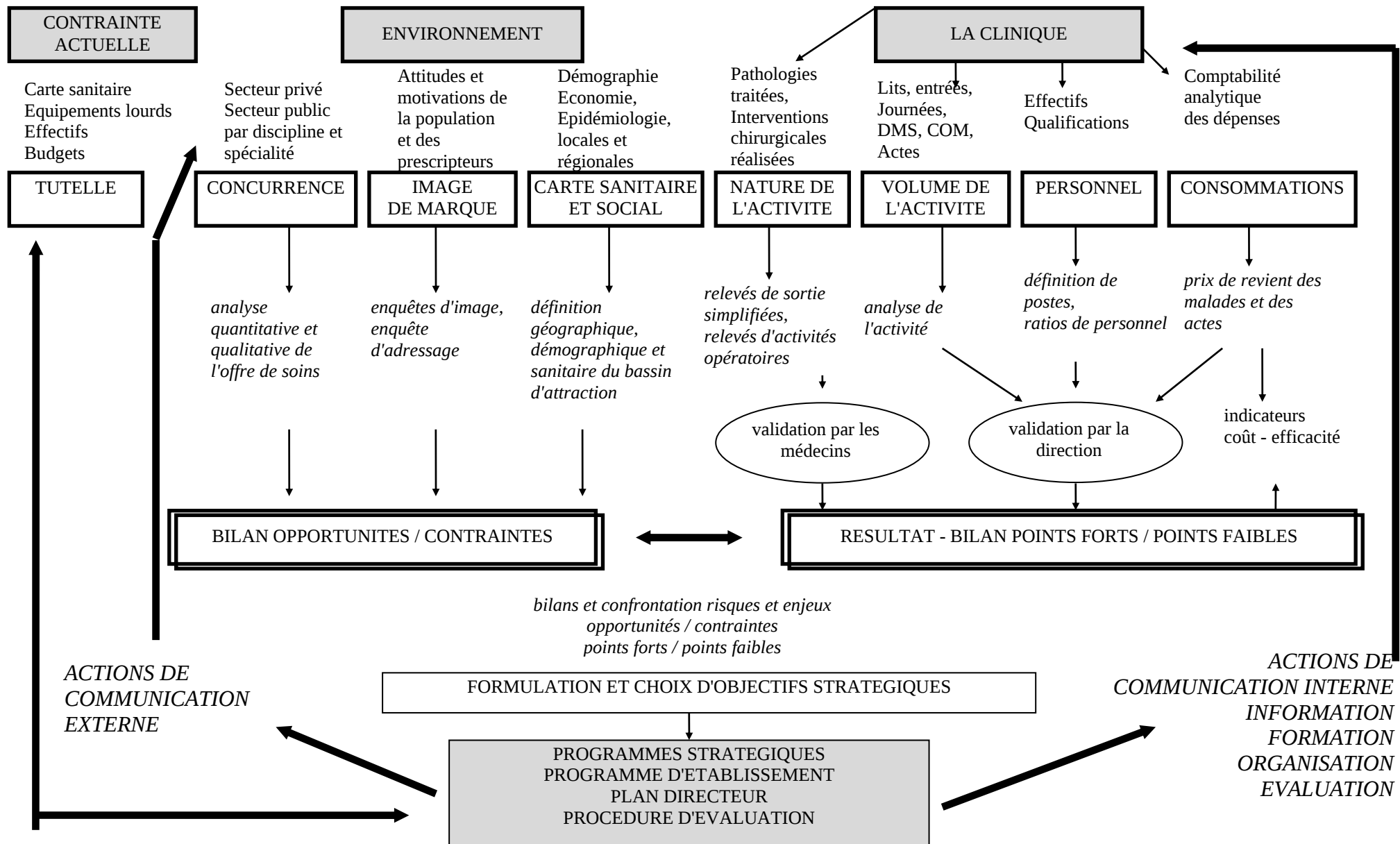
L'adéquation entre les moyens dévolus à cette activité et le programme qui sera arrêté pour son évolution pourra alors être définie en phase 4, qui sera vue au chapitre suivant.

Il s'agit ici de compléter la connaissance de la situation actuelle des activités de la Clinique de façon à pouvoir ensuite, au cours de la phase IV :

- identifier les dysfonctionnements à résorber,
- préciser les conditions concrètes de mise en oeuvre du programme qui sera défini ultérieurement.

Pour y parvenir, un bilan général, qualitatif et quantitatif, des actions et des moyens actuellement disponibles peut être dressé. Pour ce faire, parallèlement à l'activité préalablement étudiée, les moyens humains, les aménagements en locaux et matériels, les principales organisations de travail, les relations établies avec d'autres praticiens en interne et en externe seront mis à plat.

L'adéquation entre les moyens dévolus à cette activité et le programme qui sera arrêté pour son évolution pourra alors être définie en phase IV.



QUESTIONNAIRE



Principes préalables :

Parallèlement à l'analyse externe (concurrences d'autres établissements, évolution de la population du bassin d'attraction, ...) et interne (Cf. quatrième chapitre du guide), ce questionnaire permet au praticien d'établir **un bilan très complet de l'existant médical, pour sa spécialité.**

Les points de ce questionnaire, relevés comme étant faibles, complèteront d'emblée son projet médical dans la partie "souhait", tandis que les points déjà en place renforceront les forces en cours de l'établissement.

Le questionnaire suivant regroupe un certain nombre de critères pluridisciplinaires. Parmi les points énumérés, certains sont obligatoires, c'est le cas notamment de ceux concernant la sécurité du malade et la qualité des soins. L'existence de certains autres ont fait l'objet de recommandations de la part des professionnels de la santé et enfin, plusieurs, dans le cadre des travaux ayant été conduits pour l'élaboration de ce questionnaire, sont apparus, bien que non obligatoires et non encore recommandés, comme contribuant à l'efficacité du fonctionnement médical.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a diffusé en octobre 1998 un document inscrivant les établissements de soins privés par rapport aux Contrats d'Objectifs et de Moyens. Ce guide d'aide au diagnostic liste ainsi les points à respecter *a minima* par les cliniques pour l'élaboration de leur projet médical. (Cf. annexe 4 : "guide d'aide au diagnostic Contrat d'Objectifs et de Moyens" réalisé par les ARH et la CNAMTS Service Médical en fin octobre 1998).

Explicatif :

- **Explication des niveaux d'évaluation :**

Il a été prévu une classification des critères en "applicables" et "non applicables". Pour les critères applicables, une classification binaire (oui/non) est adoptée. Ces critères applicables sont notés de 0 à 5.

Cette notation correspond au niveau de conformité suivant :

Critères applicables :		Niveaux
Preuve de conformité Totale partielle	Non discutable	5 4
Preuve d'organisation et de gestion Totale Partielle	Indispensable	3 2
Mise en place progressive	Souhaitable, utile	1
Pas de mise en place		0
Critères non applicables		

Réponses "Oui" : niveaux 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5.

Réponses "Non" : niveau 0.

Le choix d'un niveau (0, 1, 2, 3, 4, 5) a été défini en raison d'une similitude de niveau avec le référentiel de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation des Soins.

Le questionnaire est volontairement calqué sur la grille de l'aide au diagnostic pour les établissements privés proposée par la CNAMTS en date de fin octobre 1998 (cf. annexe 4). Cette check-list pourrait à terme, peut-être par prudence, être une liste de références quasi obligatoires : **"preuves de conformité" des niveaux 4 et 5. Critères indiqués en gras dans le questionnaire.**

Par ailleurs, **les niveaux 0, 1, 2, 3** s'appuient sur le manuel d'accréditation qui devrait sortir en décembre 1998 (1^{ère} version expérimentale disponible depuis fin juillet 1998 ; à la date de validation de ce guide, le référentiel définitif est non paru).

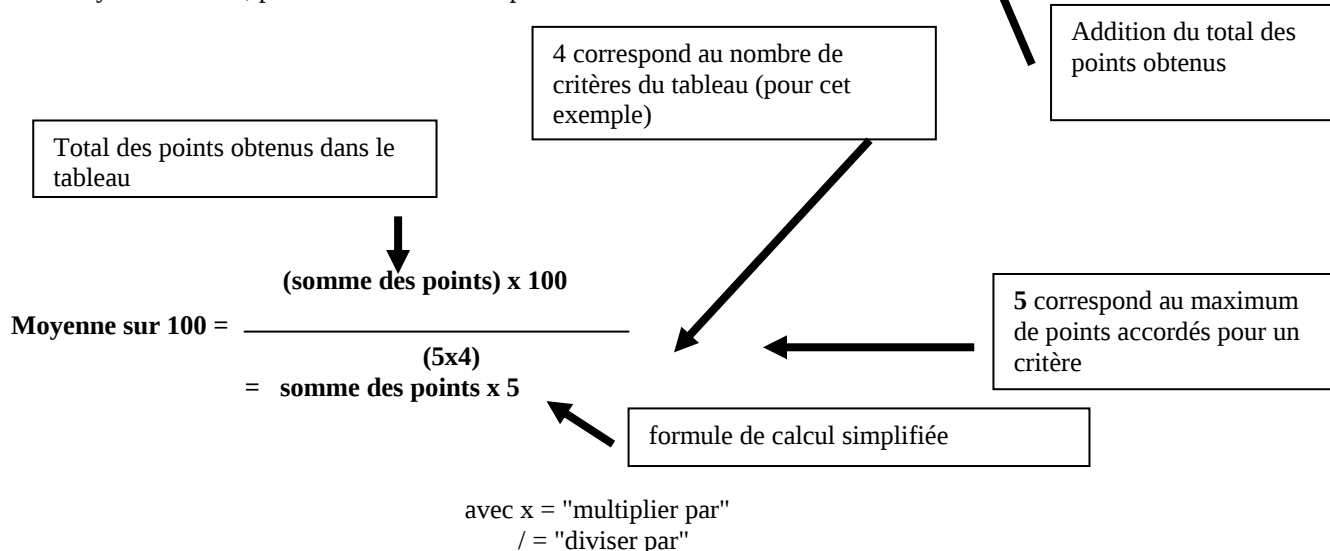
• **Explication de la notation par tableau :**

→ **1^{er} mode de calcul par thème :**

Dans ce cas, la pondération des niveaux n'est pas prise en compte.

	oui (1 à 5)	Non (0)	non applicable
⇒			
⇒			
⇒			
⇒			
Total			

Une moyenne sur 100, peut être ainsi calculée par tableau selon le calcul :



A priori, les critères faiblement notés seront logiquement à améliorer et à décliner en souhait dans le cadre du Projet Médical.

Enfin, une évaluation dans le temps pourra s'opérer en comparant les moyennes obtenues chaque année.

→ **2^{ème} mode de calcul par thème :**

Ce deuxième mode de calcul consiste à calculer, par tableau :

- le nombre de critères évalués "5",
- le nombre de critères évalués "4",
- et identiquement pour les critères "3", "2", "1", "0".

Chaque paragraphe est construit de la même façon :

1. Objectif général du paragraphe
2. Questionnaire
3. "Argumentations pour le Projet Médical" : **certaines argumentations, directement utilisables dans la rédaction d'un Projet Médical d'établissement, illustrent le paragraphe.**

Paragraphe premier :**L'activité médicale et/ou chirurgicale****1. Objectif général :**

Il s'agit de lister ici, pour chacun des praticiens, ayant en charge l'activité étudiée :

- les différents diplômes obtenus en rapport avec la spécialité,
- les divers Diplômes d'Etudes Spécialisés,
- les Diplômes d'Etudes Approfondies,
- les Diplômes Universitaires,
- ...

La cotation en K et Kc de l'activité pour les trois dernières années sera indiquée, afin de repérer l'évolution de celle-ci.

Le praticien listera également les différentes pathologies qu'il prend en charge, en les classant par ordre d'importance (quantitatif et qualitatif) et en faisant surtout ressortir celles dont la prise en charge ne se rencontre pas ou peu dans les autres établissements du bassin d'attraction.

Il indiquera également les techniques de soins qu'il utilise afin d'améliorer la qualité et la sécurité de ses soins, la durée de l'acte, les répercussions directes pour le patient (importance des voies d'entrée dans l'organisme, durée d'hospitalisation, ...).

Le cas échéant, le nombre de lits occupés et/ou le taux d'occupation des salles d'opérations.

2. Générale à l'ensemble des praticiens

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
<u>Le praticien :</u> ⇨ Etes-vous ancien chef de clinique ? ⇨ Etes-vous ancien interne des hôpitaux ? ⇨ Enseignez-vous ? ⇨ Accueillez-vous des étudiants hospitaliers ? ⇨ Effectuez-vous une démarche d'évaluation de vos pratiques médicales ? ⇨ Pour votre discipline, existe-t-il un recensement de référentiel ?			

Population soignée :

- ⇒ Toutes les classes socioprofessionnelles sont-elles représentées au niveau de votre patientèle ?
- ⇒ Les "notables" de la ville, où est située votre clinique, font-ils appel à vos services ?
- ⇒ La provenance de votre patientèle est-elle étendue géographiquement ?
- ⇒ Les médecins généralistes et spécialistes adresseurs sont-ils répartis sur l'ensemble du bassin d'attraction de votre établissement ?
- ⇒ Les médecins généralistes et spécialistes adresseurs sont-ils nombreux ?
- ⇒ Les médecins généralistes et spécialistes adresseurs sont-ils en nombre croissant ?
- ⇒ Avez-vous un nombre croissant de nouveaux patients ?
- ⇒ Cette croissance s'effectue-t-elle régulièrement chaque année ?
- ⇒ Le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et la première consultation, pour vos pathologies les plus courantes, est-il court ?
- ⇒ Le nombre de patients perdus, de part un délai d'attente trop long, est-il faible ?
- ⇒ Mettez-vous en place des protocoles diagnostiques, thérapeutiques ou de soins ?
- ⇒ Utilisez-vous ces protocoles ?

Politique médicale et prévisions d'activités :

- ⇒ **Le coordinateur médical de la Clinique identifié, est-il désigné par la CME ?**
- ⇒ **Le coordinateur médical de la Clinique identifié, est-il propre à l'établissement ?**
- ⇒ **Le coordinateur médical de la Clinique identifié, est-il associé aux tâches des personnels paramédicaux ?**
- ⇒ **Les praticiens concernés ont-ils information par écrit des recommandations concernant l'évaluation des pratiques médicales ?**
- ⇒ **Les recommandations concernant l'évaluation des pratiques médicales sont-elles diffusées à tout le personnel ?**

⇒ Les praticiens ont-ils recours à des audits cliniques internes ?			
⇒ Les praticiens ont-ils recours à des audits cliniques externes ?			
⇒ L'ensemble des praticiens de votre spécialité participent-ils à l'état d'élaboration de la politique médicale (nationale, régionale, locale) ?			
⇒ L'ensemble des praticiens de votre spécialité participent-ils aux prévisions d'activités ?			
⇒ L'ensemble des praticiens de votre spécialité participent-ils à la définition de la politique médicale de l'établissement ?			
⇒ L'ensemble des praticiens de votre spécialité participent-ils régulièrement à l'activité de la conférence médicale de la clinique ?			
⇒ Elaborez-vous pour votre spécialité des prévisions annuelles ?			
⇒ Ces prévisions annuelles sont-elles accompagnées, par spécialité, de l'avis de la conférence médicale d'établissement ?			
⇒ Ces prévisions annuelles sont-elles transmises à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de votre région ?			
⇒ Avez-vous mis en place des procédures d'analyse et de contrôle interne pour votre activité, qui permettent au gestionnaire de la clinique de justifier la réalité et la nature de l'activité médicale mise en oeuvre ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 33)

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

3. Spécifique au Bloc Opératoire :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Avez-vous des plages d'occupation des salles d'opération bien définies ?			
⇒ Vos plages d'occupation sont-elles occupées à saturation ?			
⇒ Le nombre de personnels vous entourant en salle d'opération est-il suffisant par rapport à l'activité opératoire menée ?			
⇒ Développez-vous des techniques opératoires permettant de réduire les durées moyennes d'hospitalisation ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 4)
= somme des points x 5

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5



Paragraphe deuxième : Les moyens humains

1. Objectif général :

Ce paragraphe permet de mentionner le nombre de praticiens intervenant dans cette spécialité.

Chaque médecin indiquera tout les points qui permettent aux médecins d'accéder à une formation continue :

- ses participations à différents congrès,
- les abonnements à des revues,
- participation à des études,
- formation sur Internet,
- ...

Il indiquera également d'éventuelles interventions dans d'autres établissements de soins.

Ce paragraphe s'intéresse aussi à l'ensemble des personnels de la spécialité (IDE, Aide-Soignant, Aide-opérateur, secrétaire médical, ...). Le médecin indiquera le nombre, les diplômes et les fonctions des personnels l'entourant, que ceux-ci appartiennent à la Clinique ou lui soient propres.

De même, il sera fait mention des formations continues de ces personnels.

2. Générale à l'ensemble des praticiens :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Etes-vous associé ?			
⇒ Etes-vous complémentaires dans votre activité ?			
⇒ Si vous n'êtes pas associés et si plusieurs praticiens travaillent dans la même spécialité que vous, êtes-vous complémentaires dans cette spécialité ?			
<u>Formation des praticiens</u> :			
⇒ Participez-vous à des travaux de recherches ?			
⇒ Participez-vous à des études pharmaceutiques ?			
⇒ Participez-vous à l'écriture de publications ?			

⇒ Participez-vous à des congrès ? ⇒ Etes-vous abonné à des revues médicales de votre spécialité ? ⇒ Suivez-vous des formations sur réseau Internet ? ⇒ Suivez-vous des formations sur CD Rom ? ⇒ Suivez-vous des formations autres ? ⇒ Envisagez-vous une association future ? ⇒ Envisagez-vous l'arrivée future d'un nouveau praticien ? ⇒ Ce renforcement est-il d'un avenir proche ? ⇒ Les compétences et les domaines de responsabilité des responsables des secteurs d'activité et de l'encadrement sont-ils clairement définis et écrits ? ⇒ Un mode d'organisation entre les professionnels est-il en place dans chaque secteur d'activité en vue de favoriser l'expression et la recherche de solutions aux problèmes posés ? ⇒ Des modes de communication entre la CME et les praticiens sont-ils définis et appliqués ? ⇒ Des modes de communication entre la CME et la Direction sont-ils définis et appliqués ? ⇒ La CME est-elle sollicitée sur la sélection et le recrutement des médecins ? ⇒ La CME est-elle sollicitée sur la mise en œuvre d'un plan de formation médicale continue, ainsi que sur l'organisation des gardes et astreintes ?			
Il s'agit d'indiquer le nombre et la qualification des personnels vous aidant dans votre activité. Le personnel du Bloc Opératoire et celui de la consultation sera distingué. Leur présence sera indiquée en Equivalent Temps Plein et il sera précisé si ce personnel est fourni par la clinique ou appartenant au praticien concerné.			
<u>Qualification des personnels :</u> ⇒ Avez-vous mis en place une réflexion sur le thème : "La fonction des agents est conforme avec leur qualification" ? ⇒ Les fonctions d'aide-soignant(e) et d'infirmier(e) sont-elles assurées par du personnel ayant le diplôme requis ?			

<u>Formation des personnels :</u> ⇒ Existe-t-il un plan de formation continue des personnels ? ⇒ L'exécution des formations est-elle en adéquation avec le plan prédéfini ? ⇒ Existe-t-il un bilan et une mesure de l'efficacité des formations effectuées au regard des missions de la clinique ? ⇒ Existe-t-il des procédures périodiques d'évaluation du personnel soignant entourant les praticiens ? ⇒ Des objectifs de formation sont-ils fixés pour l'année suivante ? ⇒ Les besoins de l'ensemble des personnels en matière de formation continue sont-ils identifiés ? ⇒ La CME donne-t-elle son avis sur les plans de formation du personnel ? ⇒ Envisagez-vous le renforcement de votre équipe soignante ? ⇒ Ce renforcement est-il d'un avenir proche ? ⇒ Envisagez-vous le renforcement de votre équipe administrative ? ⇒ Ce renforcement est-il d'un avenir proche ? <u>Conditions de travail :</u> ⇒ Existe-t-il une prévention des risques, auxquels sont exposés les personnels soignants, suffisante ? ⇒ La déclaration et le traitement des accidents sont-elles efficientes ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 35)$$

$$= \text{somme des points} \times 100/175$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

3. Spécifique à la Radiologie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Le malade en consultation a-t-il la possibilité de rencontrer un personnel qualifié lors de la remise de ses résultats ?			
⇒ Existe-t-il une procédure de formation régulière des manipulateurs et des radiologues du service ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 2)$$

$$= \text{somme des points} \times 10$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

4. Spécifique au Bloc Opératoire :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Existe-t-il un coordinateur chargé notamment de la programmation, du respect des horaires et des locaux, des changements de programme et de l'organisation des interventions urgentes ?			
⇒ Tous les aides opératoires ont la qualification d'infirmier(e) de bloc opératoire ou à défaut d'infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat ?			
⇒ Le nombre d'infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) dans le secteur opératoire est-il adapté avec l'activité du bloc ?			
⇒ Le nombre d'infirmier(e), d'aide-anesthésiste en salle de surveillance post-interventionnelle est-il adapté avec l'activité du bloc ?			
⇒ L'effectif des agents en salle est-il satisfaisant ?			
⇒ Les intervenants en salle ont-ils une qualification suffisante ?			
⇒ Les fonctions d'IADE et d'IBODE sont-elles assurées par du personnel ayant le diplôme requis ?			
⇒ Les fonctions d'aide-opératoire instrumentiste sont-elles assurées par du personnel ayant le diplôme requis ?			

⇒ La politique de formation continue pour l'ensemble du personnel est-elle adaptée à l'activité et aux missions du service ?			
⇒ La définition de chaque poste ou fonction et de leurs attributions est-elle réalisée ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 10) \\ = \text{somme des points} \times 2$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

5. Spécifique à l'Anesthésie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Les moyens humains sont-ils suffisants pour une prise en charge anesthésique des patients dans des conditions de sécurité et d'efficacité optimales ?			
⇒ La qualification du personnel anesthésiste est en adéquation avec l'activité de l'établissement ?			
⇒ Les rôles et les responsabilités respectives du médecin anesthésiste et de l'I.A.D.E. sont définis ?			
⇒ Les champs de compétence du médecin anesthésiste réanimateur sont identifiés et validés par la CME ?			
⇒ Le nombre et les qualifications des personnels de la salle de surveillance post-interventionnelle sont-ils conformes au décret ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 5) \\ = \text{somme des points} \times 4$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

Argumentations du paragraphe "Les moyens humains" pour le Projet Médical :

La Clinique(nom) s'engage à rechercher constamment la qualité technique et la qualité des soins par une prise en charge globale du patient en s'entourant d'un personnel compétent.

Parmi ses atouts :

- La politique de qualification du personnel qui a accompagné ces quinze dernières années, la stratégie d'investissement et de spécialisation d'activité par le recrutement de personnel diplômé et un budget formation supérieur au budget alloué (dépassement en moyenne de %),
- La stabilité de son personnel permet une maîtrise permanente de la qualité de prise en charge des patients,
- La qualité de formation des praticiens recrutés, pour une meilleure organisation, planification et formalisation des pratiques.

En se référant aux engagements pris envers les patients, la Clinique s'est attachée aux valeurs suivantes :

1. Le respect du travail de l'autre et en particulier :

- La reconnaissance du rôle et du travail de chacun,
- Le respect des personnes,
- L'équité entre les agents,
- Le respect des devoirs individuels à tous les niveaux.

2. L'esprit d'équipe, qui implique :

- Le dépassement des différentes cultures,
- La complémentarité et la convivialité,
- L'échange des idées.

3. Le dialogue constructif entre tous les groupes socio-professionnels.

4. La promotion sociale :

- Par l'optimisation des conditions de travail,
- Par le développement des besoins de formation.

Pour y parvenir, le Programme Assurance Qualité a été lancé et permet de :

- Définir et partager **un projet commun**,
- Clarifier et faire connaître **les règles du jeu, les responsabilités**,
- Favoriser la **circulation de l'information**,
- Faciliter les **relations inter-services**,
- Améliorer les **conditions de travail**,
- Encourager **la formation permanente**, en particulier par la formalisation des pratiques.

Le respect du travail de l'autre, l'esprit d'équipe, le dialogue, **la promotion sociale** et la responsabilité individuelle sont les valeurs que le personnel et la Direction entendent promouvoir au sein de l'Etablissement.

Comme grande ligne directrice des prévisions du Projet Médical, la Clinique s'est engagée dans une politique de recrutement de praticiens pour certaines spécialités afin d'assurer une permanence des soins et un élargissement des compétences (avec qualité de la prise en charge 24H/24 et urgences).

Paragraphe troisième : Les moyens matériels

1. Objectif général :

Il s'agit ici de lister l'ensemble des appareils utilisés dans la prise en charge de la pathologie.

En insistant - sur les appareils particulièrement coûteux,

- sur les appareils permettant de minimiser les intrusions dans l'organisme,
- sur les appareils permettant une meilleure sécurité et qualité des soins,
- sur les appareils d'achat récent,
- sur les appareils peu fréquents dans les environs immédiats, ...

Le praticien indiquera aussi les différentes maintenances opérées (préventive, curative, interne, externe, interne et externe, ...).

2. Générale à l'ensemble des praticiens :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Procédez-vous à une maintenance régulière de vos appareils ?			
⇒ Avez-vous des contrats de maintenance de vos appareils ?			
⇒ Avez-vous mis en place une maintenance interne ?			
⇒ Avez-vous mis en place des fiches de suivi de la maintenance interne et/ou externe ?			
⇒ Etes-vous connecté en informatique avec le reste de la clinique ?			
⇒ Envisagez-vous l'achat de nouveaux matériels ?			
⇒ Envisagez-vous la mise en place d'un secrétariat téléphonique permanent ?			
⇒ Envisagez-vous la mise en place de salles spécifiques d'urgences ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 8) \\ = \text{somme des points} \times 2,5$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

3. Spécifique au Bloc Opératoire :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Avez-vous un fort pourcentage d'occupation du plateau technique ? ⇒ Le nombre de salles est-il suffisant pour l'activité opératoire ? ⇒ Disposez-vous d'un nombre de salles satisfaisant par rapport au nombre total de lits ? ⇒ La salle de réveil et les salles d'interventions sont-ils correctement disposés ? ⇒ Existe-t-il une zone de vestiaire adaptée, avec fourniture de vêtements spécifiques au bloc opératoire ? ⇒ Disposez-vous d'une salle septique ? ⇒ L'architecture permet-elle une séparation des activités septiques et aseptiques voire hyperaseptiques ? ⇒ Les chariots de transports présentent-ils des normes suffisantes de sécurité et de confort vis-à-vis des malades ? ⇒ L'équipement de la salle de réveil est-il satisfaisant pour une bonne sécurité de la prise en charge des opérations ? ⇒ Envisagez-vous la mise en place de nouvelles salles de bloc opératoire ? ⇒ La politique d'investissement est-elle adaptée aux missions du service ? ⇒ Le traitement de l'air est-il conforme aux conditions définies dans le cahier des charges ? ⇒ Le traitement de l'eau est-il conforme aux conditions définies dans le cahier des charges ? ⇒ Le traitement des fluides médicaux est-il conforme aux conditions définies dans le cahier des charges ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 14)$$

$$= \text{somme des points} \times 10/7$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

4. Spécifique à l'Anesthésie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Les locaux au niveau desquels se déroulent les consultations pré-anesthésiques sont-ils adaptés ? ⇒ Existe-t-il un mode de stockage adapté des médicaments d'anesthésie au bloc opératoire ? ⇒ Prescription nominative, relevé nominatif d'administration, retour des ampoules vides à la pharmacie pour les toxiques ? ⇒ Existe-t-il une évaluation régulière des besoins en matériel anesthésique ? ⇒ Existe-t-il une évaluation qui permet de s'assurer que la salle de surveillance post-interventionnelle est adaptée au volume d'activité chirurgicale ? ⇒ La salle de surveillance post-interventionnelle est-elle équipée d'un dispositif d'alerte faisant appel aux personnes nécessaires en cas de complications ? ⇒ La salle de surveillance post-interventionnelle est-elle équipée d'un dispositif d'assistance respiratoires, avec alarmes de surpression, de débranchement, d'arrêt ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 6)$$

$$= \text{somme des points} \times 10/3$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

Paragraphe quatrième : **L'organisations des soins**

1. **Objectif général :**

Le praticien indique l'organisation générale de son activité :

- disponibilité des soins (24/24, 7/7),
- planification des lits,
- planification de ses visites auprès des malades (heures, jours, ...),
- organisation des salles d'opération le cas échéant,
- place de l'outil informatique dans la prise en charge des rendez-vous, du dossier patient.

2. **Générale à l'ensemble des praticiens :**

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Avez-vous des vacations dans d'autres établissements privés que celui-ci ? ⇒ Avez-vous une activité en hôpital public ou PSPH ? <u>Sécurité des soins :</u> ⇒ Permanence et continuité des soins pour votre spécialité : avez-vous mis en place une disponibilité 24H/24 en cas d'urgence ? ⇒ Avez-vous analyser les charges de travail afin d'aboutir à une meilleure planification des soins ? ⇒ Existe-t-il une organisation formalisée de la permanence des soins dans toutes les spécialités exercées au sein de la clinique ? ⇒ Le cas échéant, une démarche est-elle mise en place visant à organiser cette permanence ? ⇒ La liste de garde (jour/nuit/week-end), par spécialité, est-elle signée par les praticiens ? ⇒ Cette liste de garde est-elle établie longtemps à l'avance ? ⇒ La clinique organise-t-elle sans délai la prise en charge de toute personne se présentant pour une urgence, en tenant compte du degré d'urgence ?			

<u>Evaluation initiale de la situation du patient :</u> ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il le nom et le prénom du patient ? ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il l'adresse du patient ? ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il le numéro d'immatriculation et la caisse d'affiliation du patient ? ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il la discipline d'admission ? ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il la provenance du patient (domicile, établissements de santé, autres ? ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il les transferts du patient (sans objet, interne, externe, définitif ou provisoire) ? ⇒ La prise en charge du patient est-elle coordonnée en fonction d'une évaluation initiale et permanente de son état de santé et ses besoins ? ⇒ Les données issues d'une consultation préalable, d'une hospitalisation antérieure ou du passage au service d'urgences sont-elles disponibles ou recherchées ? ⇒ Les examens complémentaires et les soins sont-ils programmés à partir d'un examen médical (consultation ayant déterminé l'hospitalisation ou examen clinique à l'entrée) ? ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il les dates et les heures d'entrée et de sortie du patient ? ⇒ Le séjour programmé est-il préalablement organisé sur le plan médical ? ⇒ Les visites auprès de vos patients s'effectuent-elles à des heures régulières ? ⇒ Vous arrangez-vous pour ne pas effectuer ces visites après 20 H ? <u>Durant le séjour :</u> ⇒ Les praticiens appelés au chevet du patient font-ils un compte-rendu écrit de leur interventions ? ⇒ Existe-t-il des comptes-rendus systématiques des examens biologiques ? ⇒ Existe-t-il des comptes-rendus systématiques des examens anatomo-pathologiques ?			
---	--	--	--

⇒ Existe-t-il des comptes-rendus systématiques des examens d'imagerie ? ⇒ Existe-t-il des comptes-rendus systématiques des explorations fonctionnelles ? ⇒ Existe-t-il des comptes-rendus systématiques des explorations endoscopiques ?			
<u>Sortie du patient :</u> ⇒ Les retours à domicile ou les admissions en structure d'aval sont-ils organisés ? ⇒ Transmettez-vous au médecin traitant (ou au responsable de la structure d'aval) l'information pour le suivi médical du patient (notamment les prescriptions médicales, les prescriptions Service de Soins Infirmiers A Domicile, SSIAD) ? ⇒ Le médecin responsable du dossier médical est-il à chaque fois précisé ? ⇒ Le délai de la transmission de l'information médicale est-il court ? ⇒ Le contenu de l'information est-il le plus complet possible ? ⇒ Les structures d'accueil géographiquement proches sont-elles en nombre suffisant ? ⇒ Dans le cas d'un statut microbiologique d'un patient chronique, informez-vous la structure sanitaire ou le centre médico-social afin qu'il puisse prendre à l'avance les mesures d'isolement ou les précautions particulières adéquates ? ⇒ Dans le cadre du retour à domicile, et en cas de difficultés constatées au cours de l'hospitalisation, avez-vous des liens avec les services sociaux compétents ? ⇒ Dans le cadre d'une admission en structure sanitaire ou médico-sociale, avez-vous des procédures d'admission négociée afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge du patient ? ⇒ Existe-t-il un service social dans votre établissement ou une structure remplissant ce rôle ? ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il la destination du patient (domicile, établissements de santé, autres) ? ⇒ Le registre des entrées (manuel ou informatisé) indique-t-il les demandes écrites pour convenance personnelle du patient ?			
<u>Ambulatoire :</u> ⇒ Faites-vous appel à l'ambulatoire ?			

⇒ La part de l'ambulatoire est-elle en développement pour votre activité? ⇒ Envisagez-vous de développer l'ambulatoire ? ⇒ Envisagez-vous un secrétariat spécifique à l'ambulatoire ? ⇒ Évaluez-vous la part des consultations externes par rapport à la demande en ce type de soins ? ⇒ Les synthèses des séances d'ambulatoires sont-elles mises en place ? ⇒ Les conclusions des fins de cycle des séances d'ambulatoires sont-elles assurées ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 50)
= somme des points x 0,4

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

3. Spécifique à la Radiologie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Les différentes étapes de la chaîne d'imagerie sont-elles régulièrement vérifiées ? ⇒ Existe-t-il un système de préparation des patients internes avec les services de soins ? ⇒ Existe-t-il un système de surveillance des patients internes ? ⇒ Existe-t-il un système de préparation des patients externes avec les services de soins ? ⇒ Existe-t-il un système de surveillance des patients externes ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 5)
= somme des points x 4

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

4. Spécifique au Bloc Opératoire :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Existe-t-il un système de gardes et astreintes pour assurer toutes les urgences ? ⇒ L'identification des personnels de garde ou d'astreinte et leurs coordonnées sont-elles accessibles aisément ? ⇒ La planification des programmes opératoires est-elle respectée ? ⇒ Envisagez-vous de réorganiser les vacations ? ⇒ Existe-t-il une procédure permettant de s'assurer que l'organisation et le fonctionnement du bloc opératoire est compatible et en cohérence avec l'activité des autres services de l'établissement ? ⇒ Existe-t-il une procédure permettant de s'assurer que l'organisation et le fonctionnement du bloc opératoire est compatible et en cohérence avec les autres activités opératoires ou interventionnelles de l'établissement ? ⇒ Existe-t-il une procédure permettant de s'assurer que les besoins et contraintes des autres services sont pris en compte dans l'organisation du bloc opératoire ? ⇒ L'organisation permet-elle une séparation des activités septiques et aseptiques voire hyperaseptiques ? ⇒ Existe-t-il une évaluation du fonctionnement du bloc opératoire repérant notamment les heures d'utilisation et le nombre d'interventions par salle ? ⇒ Existe-t-il une évaluation du nombre d'interventions reportées et des délais d'attente des patients ? ⇒ Le résultat de ces évaluations sont-ils portés à la connaissance des personnels médicaux et paramédicaux ?			

⇒ La fiche de liaison entre les services et le bloc comporte-t-elle l'identité du malade ? ⇒ La fiche de liaison entre les services et le bloc comporte-t-elle la carte de groupe sanguin ? ⇒ La fiche de liaison entre les services et le bloc comporte-t-elle l'état à jeun ? ⇒ La fiche de liaison entre les services et le bloc comporte-t-elle les prémédications ? ⇒ La fiche de liaison entre les services et le bloc comporte-t-elle la nature et le siège de l'intervention ? ⇒ La fiche de liaison entre les services et le bloc comporte-t-elle les allergies éventuelles ? ⇒ La fiche de transmission réveil/services indique-t-elle la surveillance à apporter ? ⇒ La fiche de transmission réveil/services indique-t-elle les prescriptions et les soins à apporter ? ⇒ Existe-t-il une fiche bloc / services remplie par les chirurgiens et indiquant leurs prescriptions ? ⇒ Existe-t-il une procédure de contrôle de l'exhaustivité du dossier patient ? ⇒ Existe-t-il une liste écrite qui récapitule les conditions nécessaires afin d'assurer la sécurité du patient ? ⇒ L'approvisionnement et la localisation, y compris en urgence, du matériel chirurgical est-il satisfaisant ? ⇒ L'approvisionnement et la localisation, y compris en urgence, des produits pharmaceutiques est-il satisfaisant ? <u>Préparation des salles :</u> ⇒ Il y a-t-il planification optimale des salles d'intervention ? ⇒ Il y a-t-il une vérification systématique du matériel nécessaire par type d'intervention ? <u>Entretien des salles :</u> ⇒ Existe-t-il un mode opératoire spécifique en cas de client hautement contaminé ? ⇒ Ce mode opératoire spécifique prévoit-il l'évacuation des produits contaminés ? ⇒ Les temps de désinfection des salles sont-ils respectés ?			
Document UNION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS EXERCANT RHONE ALPES / AACCES QUALITE RENNES	A	TITRE	LIBERAL page 57 / 141

<u>Prise en charge du patient :</u> ⇒ La zone réservée à l'accueil du patient au bloc est-elle adaptée ? ⇒ La planification des salles d'intervention est-elle satisfaisante ? ⇒ La planification de la salle de réveil est-elle satisfaisante pour les entrées ? ⇒ La planification de la salle de réveil est-elle satisfaisante pour les sorties ? ⇒ L'installation du patient se passe-t-il sans attente ? ⇒ La transmission des consignes (pré ou post opératoires) est-elle suffisante ? ⇒ Le service d'hospitalisation est-il informé du retour du patient dans le service ? ⇒ Le lieu et les modalités de prise en charge des patients opérés en dehors des périodes normales de fonctionnement de la salle de réveil sont-ils prévus ? ⇒ Les modalités d'accès du patient au bloc opératoire d'une part, à la salle d'opération d'autre part, sont-elles suffisamment précises ? ⇒ Les délais d'attente sont-ils évalués et optimisés ? <u>Examens urgents :</u> ⇒ Existe-t-il une procédure de demande et d'obtention des examens biologiques à partir du bloc opératoire, à tout moment et dans des délais conformes à l'état des patients du service ? ⇒ Existe-t-il une procédure de demande d'examen histologique, notamment en extemporané si l'activité le nécessite ? ⇒ Existe-t-il une identification particulière des prélèvements ? ⇒ Les modalités d'acheminement des examens sont-elles satisfaisantes ? ⇒ Le retour des résultats est-il suffisamment rapide ? ⇒ Existe-t-il un mode de demande et d'obtention d'examen radiologique ou radioscopique au bloc opératoire à tout moment et dans des délais conformes à l'état des patients du service ? ⇒ Existe-t-il une procédure de fonctionnement du dépôt de sang ou, à défaut, un mode décrivant les relations avec le dépôt ou le centre de transfusion sanguine référent ? ⇒ Cette prise en charge précise-t-elle les modalités de fonctionnement en routine, la nuit et en urgence ?			
--	--	--	--

⇒ Existe-t-il une évaluation du respect des règles de fonctionnement du bloc opératoire ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 48) \\ = \text{somme des points} \times 5/12$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

5. Spécifique à l'Anesthésie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Existe-t-il une évaluation de l'adéquation entre l'activité et le fonctionnement de l'anesthésie avec l'activité du bloc opératoire ?			
⇒ Existe-t-il une évaluation de l'adéquation entre l'activité et le fonctionnement de l'anesthésie avec les autres activités interventionnelles de la Clinique ?			
⇒ L'organisation du programme opératoire est-elle en adéquation avec les besoins et les contraintes des anesthésistes, des chirurgiens et du surveillant du bloc ?			
⇒ Existe-t-il une procédure de demande de consultation par l'anesthésiste, de la part des spécialistes, dans le cadre d'interventions non programmées et lorsque l'état du patient le nécessite ?			
⇒ L'anesthésiste peut-il définir et transmettre ses besoins en produits sanguins stables à tout moment ?			
⇒ La transmission postopératoire des consignes de prise en charge anesthésique aux différentes unités fonctionnelles est-elle mise en place de façon optimale ?			
⇒ La consultation anesthésique est-elle réalisée par le médecin plusieurs jours avant l'acte opératoire hors urgences ?			

⇒ Lors de la consultation pré-anesthésique, l'anesthésiste dispose-t-il d'un dossier comprenant : - l'acte chirurgical ? - la date d'entrée du patient ? - la durée prévue d'hospitalisation ? - les examens complémentaires demandés ? ⇒ Les résultats de la visite sont-ils consignés sur un document écrit ? ⇒ A partir de la consultation, les liens avec le centre de transfusion ou la banque de sang sont-ils assurés afin d'organiser une auto-transfusion ? ⇒ Le chirurgien est-il informé en cas de report de l'intervention pour examen complémentaire ? ⇒ La salle de surveillance post-interventionnelle est-elle située dans un endroit proche d'un site où sont pratiquées les anesthésies (secteur opératoire, endoscopies, ...) ? ⇒ La transmission des informations anesthésiques entre la salle opératoire et la salle de surveillance post-anesthésique (S.S.P.I.) est-elle satisfaisante ? ⇒ Existe-t-il une procédure d'entrée en S.S.P.I. ? ⇒ Existe-t-il une procédure de sortie en S.S.P.I. ? ⇒ Les personnes travaillant dans cette zone ont-ils un accès immédiat au matériel approprié afin de réaliser une défibrillation cardiaque et d'apprécier le degré d'une éventuelle curarisation des patients ? ⇒ Les horaires de la salle de surveillance post-interventionnelle tiennent-ils compte du tableau de programmation des interventions et de l'activité de la Clinique en matière d'urgences ? ⇒ Existe-t-il un système de garde et d'astreinte afin d'assurer la continuité des soins en anesthésie ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 18)
= somme des points x 10/9

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

Argumentations du paragraphe "L'Organisation des soins" pour le Projet Médical :

Comme grande ligne directrice des prévisions du Projet Médical, la Clinique s'est engagée dans le réajustement de l'organisation interne avec :

- Planification des programmes opératoires, tenant compte du pourcentage des Urgences (%),
- Amélioration de la gestion et de l'affectation des lits,
- Amélioration de la rationalisation de l'offre interne.

Paragraphe cinquième : **Les réseaux de soins**

1. **Objectif général** :

Le praticien indique les spécialités avec lesquelles il est en relation au sein de la clinique.

Le praticien mentionne aussi les différents liens qu'il a auprès :

- d'autres établissements de soins, privés ou publics,
- d'autres médecins libéraux extérieurs.

2. **Générale à l'ensemble des praticiens** :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Existe-t-il une action de coopération pour votre discipline ?			
⇒ Avez-vous des relations avec d'autres praticiens de la clinique ?			
⇒ Avez-vous des relations avec d'autres praticiens extérieurs à la clinique ?			
⇒ Participez-vous à la création ou au fonctionnement de réseaux de soins agréés ?			
⇒ Les actions concernent-elles le réseau de périnatalité ?			
⇒ Les actions concernent-elles le réseau de cancérologie ?			
⇒ Les actions concernent-elles les réseaux d'urgences ?			
⇒ Les actions concernent-elles le réseau entre établissements de court séjour et d'hospitalisation à domicile, de soins de suite, de réadaptation, de soins de longue durée ?			
⇒ Les actions concernent-elles le développement des liens avec la médecine ambulatoire, et notamment avec le médecin traitant et le médecin référent ?			
⇒ Les actions concernent-elles la coordination gériatrique ?			
⇒ Les actions concernent-elles la lutte contre la douleur ?			
⇒ Les actions concernent-elles les soins palliatifs ?			
⇒ Les actions concernent-elles les réseaux d'échange d'information et notamment la télé médecine ?			
⇒ Etes-vous le promoteur initial de cette action ?			
⇒ La date de mise en œuvre de cette coopération est-elle ancienne ?			
⇒ Cette action est-elle formalisée par écrit ?			
⇒ Avez-vous mis en place une évaluation de cette action ?			

⇒ Pouvez-vous estimer le nombre de patients traités dans ce cadre ? ⇒ Les objectifs fixés ont-ils été ou seront-ils atteints ? ⇒ L'avis d'autres compétences est-il recherché lorsque l'état du patient le nécessite, en interne de la clinique ou en externe ? ⇒ En cours d'hospitalisation, l'information du médecin traitant est-elle assurée ? ⇒ Envisagez-vous de développer les liens en interne avec l'ensemble des praticiens ? ⇒ Envisagez-vous de développer les réseaux extérieurs ? ⇒ Comptez-vous formaliser par écrit les réseaux extérieurs ? ⇒ La prise en charge pré, per et post-interventionnelle est-elle conduite conjointement par les opérateurs, les praticiens, dont l'équipe d'anesthésie si une anesthésie est nécessaire, et par l'encadrement des secteurs d'activité cliniques et du secteur d'activité médico-technique ? ⇒ Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, per et post-interventionnelle du patient, les différents professionnels concernés assurent-ils, à chaque étape, une transmission écrite des informations le concernant ? ⇒ Les professionnels de la pharmacie et des secteurs d'activités cliniques déterminent-ils en commun les règles relatives aux conditions de prescription et de validation des prescriptions, d'acheminement et de délivrance aux secteurs d'activité cliniques des médicaments ainsi que les conditions d'utilisation des dispositifs médicaux ? ⇒ Les professionnels des secteurs d'activité médico-technique et des secteurs d'activités cliniques déterminent-ils en commun les règles relatives aux conditions de prescription, de prélèvement, d'acheminement et de rendu des résultats des examens biologiques ? ⇒ Co-utilisez-vous des équipements pour votre spécialité ? ⇒ Avez-vous mis en place une convention écrite portant sur les éléments du plateau technique ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 30)$$

$$= \text{somme des points} \times 10/15$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

3. Spécifique à la Radiologie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
<u>En interne</u> : ⇨ Le service présente-t-il des moyens de communication des images dans l'établissement ? ⇨ En fonction des circonstances cliniques, les prescriptions d'examens d'imagerie mentionnent-elles les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande ? <u>En externe</u> : ⇨ Le service présente-t-il des moyens de transmission des images entre l'établissement et l'extérieur ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 3)$$

$$= \text{somme des points} \times 20/3$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

Argumentations du paragraphe "Les réseaux de soins" pour le Projet Médical :

La clinique (nom) assume et s'engage à remplir ses missions de service public (conformément aux préconisations et aux propositions du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) car c'est un lieu de soins, de prévention et d'éducation qui répond aux besoins sanitaires de la population environnante.

La clinique s'engage à s'intégrer au mieux dans son environnement et à développer ses relations avec ses partenaires et clients.

La Clinique (nom) veut être un pôle de référence *médico-chirurgical* :

- Prise en charge des Urgences,
- Plateau technique performant,
- Des spécialités reconnues,
- Prise en charge de qualité des patients en partenariat avec leur médecin traitant.

La Clinique (nom) s'intégrera à son environnement :

- C'est un lieu d'ouverture et de dialogue avec les médecins et les partenaires de la Santé,
- Favoriser les complémentarités par des rapprochements avec d'autres établissements privés avec pour but de mettre en place des pôles d'excellence de spécialités répartis entre chaque établissement,
- Développement des partenariats avec les autres acteurs de la Santé (notamment dans le domaine de la cancérologie avec la formalisation de réseaux déjà existants ou la prise en charge des douleurs chroniques).

Comme grande ligne directrice des prévisions du Projet Médical, la Clinique s'est engagée dans :

- La pérennité à maintenir dans les réseaux de soins existants (public-privé) avec objectifs de formalisation :
 - Le CHRU pour toutes les spécialités concernées,
 - Avec la Clinique (nom),
 - Avec les autres cliniques,
 - Et avec les médecins de ville.
- Amélioration des systèmes d'information internes et informatisation en réseau.
- Promouvoir une politique locale de Santé Publique en développant les partenariats avec les autres acteurs de santé, qu'ils soient publics ou privés.

- Favoriser les complémentarités par des rapprochements avec d'autres établissements privés avec pour but de mettre en place des pôles d'excellence de spécialités répartis entre chaque établissement.



Paragraphe sixième : La qualité

1. Objectif général :

Le praticien mentionne l'ensemble des critères garantissant la qualité et la sécurité de ses soins :

- lutte contre les infections nosocomiales,
- vigilances,
- performance de son plateau technique, ...

Il est également fait mention :

- du droit à l'information donnée aux patients (écrite, orale) et à la famille,
- de l'accessibilité du médecin envers ses malades, ...

Argumentations pour le paragraphe "La qualité" pour le Projet Médical :

Le personnel de la Clinique réaffirme dans une charte des valeurs, son engagement collectif vis-à-vis des patients à renforcer la qualité de la prise en charge.

La Clinique (nom) **garantit** :

- La sécurité des patients,
- L'accessibilité pour tous au système de soins,
- La permanence des soins 24H sur 24,
- La durée d'hospitalisation la plus adaptée à chacun,
- La confidentialité,
- Le droit à l'information,
- La sécurité des patients,
- La satisfaction et le confort du patient.

2. Générale à l'ensemble des praticiens :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
<u>Accueil et prise en charge du patient</u> :			
⇒ L'accessibilité de votre service est-elle aisée ?			
⇒ Votre service est-il accessible aux handicapés ?			

⇒ Existe-t-il une procédure d'analyse permettant d'apprécier l'accessibilité ? ⇒ Des actions sont-elles engagées en vue de l'amélioration de l'accès ? ⇒ Existe-t-il un responsable chargé d'organiser et/ou d'améliorer l'accès ? ⇒ Les prescriptions de chambre particulière pour raison médicale sont-elles mentionnées sur document standardisé ? ⇒ Existe-t-il un livret d'accueil destiné, notamment, à présenter votre service ? ⇒ Existe-t-il un livret d'accueil destiné, notamment, à informer les patients sur leurs droits ? ⇒ Existe-t-il un livret d'accueil destiné, notamment, à informer les patients sur leurs conditions d'admission et de séjour ? ⇒ Le livret d'accueil indique-t-il la situation géographique, voies et moyens d'accès : sur un plan de situation ? ⇒ Le livret d'accueil indique-t-il la distribution des services dans l'établissement par étages et par natures (administratifs/soins) ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il l'identification du directeur de la Clinique ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il l'identification des différentes catégories professionnelles de la Clinique ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il l'organisation générale de la Clinique et la description du fonctionnement ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il les formalités administratives d'admission et de sorties ? ⇒ Le livret d'accueil précise-t-il le rappel de l'intérêt de la présentation du carnet de santé aux médecins intervenants ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il les conditions de règlement des frais d'hospitalisation (séjour, consultation, transports sanitaires) ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il les informations et les tarifs des suppléments non pris en charge par les organismes d'assurance maladie pour exigences particulières : SHO, accompagnant (repas/hébergement), Télévision, tél., autres ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il les tarifs des prestations prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie : modèle type d'avenant tarifaire ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il le nom, la qualité et le secteur d'appartenance conventionnelle des praticiens et des			
---	--	--	--

auxiliaires médicaux conventionnés ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il les informations nécessaires sur les surcoûts éventuels induits par l'appel à des praticiens ou auxiliaires médicaux non conventionnés ou autorisés à dépassement ? ⇒ Le livret d'accueil précise-t-il les dispositions relatives au dépôt d'argent et de valeurs ? ⇒ Le livret d'accueil mentionne-t-il les dispositions relatives aux réclamations : possibilité de contact avec le président de la CME ou avec le médecin responsable de l'hospitalisation ? ⇒ L'établissement prend-il des mesures pour faciliter l'expression et la compréhension des patients qui ne peuvent s'exprimer en français ? ⇒ Le patient reçoit-il des informations pratiques sur son séjour ? ⇒ Le patient est-il informé de la fonction et de l'identité des personnes qui interviennent auprès de lui ? ⇒ Existe-t-il un responsable chargé de l'amélioration, de l'actualisation et de l'application des modalités de diffusion et de remise personnalisée du livret dès l'accueil du patient ? ⇒ Existe-t-il une procédure écrite d'évaluation quantitative et qualitative de la remise personnalisée du livret d'accueils ? ⇒ Existe-t-il un retour d'information vers les professionnels concernés ? ⇒ Existe-t-il un suivi des actions correctrices à mettre en oeuvre ? ⇒ Existe-t-il une procédure permettant de garantir au patient, et à ses proches, un accueil, des conditions de séjour ainsi qu'une information de qualité ? ⇒ Existe-t-il une procédure permettant de garantir au patient, et à ses proches, une orientation claire et aisée à l'intérieur de l'établissement (vers votre service) ? ⇒ Existe-t-il des mesures en vue de réduire les délais d'attente ? ⇒ Existe-t-il des procédures visant à assurer la disponibilité du personnel et former à l'écoute ? ⇒ Existe-t-il une procédure écrite d'évaluation et d'analyse de la qualité et de la prise en charge ? ⇒ L'évaluation de la qualité donne-t-elle lieu à la mise en oeuvre d'actions correctrices ? ⇒ Le service connaît-il la ou les personnes que le patient ou son représentant légal désire voir informés (sur son état de santé) ? ⇒ Le patient peut-il avoir accès aux informations contenues dans			
Document UNION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS EXERCANT RHONE ALPES / AACCES QUALITE RENNES	A	TITRE	LIBERAL page 69 / 141

son dossier par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement ? ⇒ La clinique facilite-t-elle la demande d'information du patient ? ⇒ La remise du double du bordereau 615 est-elle effectuée au patient ? ⇒ Existe-t-il une procédure permettant de vérifier l'exhaustivité de sa remise à la sortie des patients ? <u>Charte du patient hospitalisé :</u> ⇒ L'établissement adopte-t-il les principes énoncés dans la charte du patient hospitalisé comme axe de développement de son Projet Médical ? ⇒ L'ensemble des professionnels sont-ils sensibilisés au respect des droits du patient ? ⇒ La charte du patient hospitalisé ou son résumé est-il communiqué aux patients dès son entrée dans la clinique ? ⇒ L'établissement peut-il mettre en place des instruments de mesure et une organisation lui permettant d'évaluer le respect des droits du patient, y compris le droit à l'information ? ⇒ L'établissement met-il en place une politique d'analyse et d'amélioration du respect des droits du patient, y compris du droit à l'information ? ⇒ Les consignes d'hygiène et de sécurité, droits et obligations du patient et des proches sont-ils mentionnés ? ⇒ Existe-t-il un règlement intérieur par structure alternative à l'hospitalisation ? ⇒ Les tarifs médicaux en consultations externes sont-ils affichés ? ⇒ Le patient bénéficie-t-il d'une garantie de la non divulgation de sa présence ? ⇒ Le secret professionnel continue-t-il à être garanti et l'ensemble des moyens sont-ils mis en œuvre à cet effet par la clinique ? <u>Satisfaction du patient :</u> ⇒ Existe-t-il un questionnaire de sortie évaluant la satisfaction globale du patient hospitalisé ?			
--	--	--	--

⇒ Existe-t-il une procédure écrite de remise personnalisée et d'analyse du questionnaire de sortie ? ⇒ Cette procédure définit-elle les périodicités d'étude ? ⇒ Existe-t-il une mise en place d'actions correctrices ? ⇒ Le seuil à partir duquel une action correctrice est mise en place est-il bas ? ⇒ Le délai de correction est-il court ? ⇒ Produisez-vous des enquêtes de satisfaction (autres que le questionnaire de sortie), sur des thèmes spécifiques ? ⇒ Existe-t-il une commission de conciliation, chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice ? ⇒ Indiquez-vous aux patients les voies de conciliation et de recours dont vous disposez ? ⇒ Existe-t-il recueil des plaintes selon la nature du préjudice subi ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 62)

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

Argumentations pour le paragraphe "la qualité" pour le Projet Médical :

La Clinique (nom) souhaite de même :

- Développer une politique d'information auprès du patient : risques et bénéfices des actes, suites prévisibles ou inattendues, consultation pré-anesthésique, Charte Qualité, livret d'accueil et questionnaire de satisfaction.

Elle s'engage à développer sans cesse :

- La qualité de l'accueil et notamment, l'écoute du patient et son information,
- Le respect de son autonomie de décision, de ses croyances et de son intimité,
- L'accueil, l'écoute et le respect de son entourage.

La Clinique (nom) souhaite de même :

- Accentuer la qualité de la prise en charge du confort des patients qui le nécessitent, par l'individualisation des soins anti-douleur et un renforcement de la prise en charge psychologique par des intervenants extérieurs (psychologues).

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
<u>Prise en charge de la douleur :</u> ⇒ Avez-vous mis en place un protocole de prise en charge de la douleur au niveau de votre unité fonctionnelle ou de votre service ? ⇒ Etes vous en lien avec un référent officiel de votre établissement? ⇒ Existe-t-il rapport d'activité pour votre service au sujet de cette prise en charge ? ⇒ Existe-t-il un comité de lutte contre la douleur ? ⇒ Existe-t-il une salle d'analgésie post-opératoire ? ⇒ Existe-t-il un plan de formation des personnels sur le thème de la lutte contre la douleur ? <u>Lutte contre les infections nosocomiales :</u> ⇒ Avez-vous mis en place une politique de lutte contre les infections nosocomiales ? ⇒ Le nombre de réunions annuelles est-il au moins supérieur à 3 ? ⇒ Existe-t-il un rapport d'activité présenté à la conférence médicale d'établissement ? ⇒ Le taux de participation médicale aux réunions du CLIN est-il bon ? ⇒ Le taux de participation des personnels aux réunions du CLIN est-il bon ? ⇒ Le CLIN dispose-t-il au minimum d'une infirmière hygiéniste diplômée ? ⇒ Existe-t-il un programme de lutte contre les infections nosocomiales ? ⇒ Le programme d'activités annuel ou pluriannuel comporte-t-il l'identification des actions de prévention, des systèmes de surveillance et de communication des résultats, ainsi que des plans de formation et des mesures d'évaluation ?			

⇒ La Commission Médicale d'Etablissement élabore-t-elle la politique de maîtrise du risque infectieux, en concertation avec la Direction, la D.S.S.I. ou les responsable du service de soins infirmiers et les professionnels concernés ? ⇒ Les modalités de mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux permettent-ils de garantir la coordination des actions menées par les différents professionnels ou secteurs d'activité. Une définition des responsabilités, connue de l'ensemble des professionnels, est-elle élaborée ? ⇒ La politique et le programme de lutte contre le risque infectieux font-ils l'objet d'actions de communication au sein de la clinique et avec l'extérieur ? ⇒ Une formation en hygiène est-elle dispensée à tout professionnel temporaire ou permanent lors de son arrivée ? ⇒ Les actions de formation continue en hygiène concernent l'ensemble des professionnels, notamment lors de la diffusion de nouvelles procédures ⇒ Avez-vous mis en place une politique de formation des personnels à cet égard ? ⇒ Avez-vous mis en place une évaluation de leurs connaissances ? ⇒ Déclarez-vous correctement les cas repérés dans votre service ? ⇒ L'organisation de la surveillance des infections nosocomiales en place, est-elle suffisamment efficace ? ⇒ Existe-t-il une mesure de la fréquence des infections nosocomiales (enquête de prévalence annuelle) ? ⇒ Mettez-vous en place dans votre service un rapport annuel sur la surveillance des bactéries multi-résistantes ? ⇒ Existe-t-il un programme par enquête d'incidence conforme aux recommandations du Comité Technique des Infections Nosocomiales (CTIN) est-il mis en place (surveillance des infections du site opératoire en chirurgie, des infections nosocomiales en réanimation et soins intensifs, des infections urinaires sur sonde) ? ⇒ Un praticien est-il identifié au sein de l'Etablissement et est-il chargé de la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux ? ⇒ Le responsable a-t-il accès à toutes les données nécessaires à la mise en œuvre du programme ; ⇒ Le CLIN veille-t-il au suivi de la politique de la clinique et à la communication des informations détenues à l'ensemble des secteurs d'activité cliniques, médico-techniques et administratifs ? ⇒ Le CLIN est-il consulté pour tout projet d'aménagement des			
--	--	--	--

locaux, d'organisation des circuits, d'acquisition d'équipement ou de matériel et pour la programmation de travaux, dans le cas où ces projets ou ces choix pourraient avoir des conséquences en terme d'hygiène ? ⇒ Le CLIN, ou équivalent, rédige-t-il un rapport d'activité annuel adressé à la Commission Médicale d'Etablissement pour avis, à la Direction, au Conseil d'administration et aux secteurs d'activité avec lesquels il collabore, pour information ? ⇒ Avez-vous mis en place des actions de prévention des infections nosocomiales ? ⇒ Existe-t-il, disponibles dans votre service, des protocoles établis par le CLIN conformément aux recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) ? ⇒ Existe-t-il dans votre service un classeur d'hygiène sous forme papier ou informatique ? ⇒ Existe-t-il dans votre service un recueil de fiches techniques avec date de validation par le CLIN ? ⇒ Un programme d'évaluation des pratiques préconisées par le CLIN est-il mis en oeuvre ? ⇒ La protection du personnel est-elle suffisamment en cours dans votre activité ? ⇒ Existe-t-il une collaboration entre le CLIN et la Médecine du Travail pour améliorer la protection du personnel ? ⇒ Existe-t-il dans votre service des protocoles sur la prévention des Accidents Exposition au Sang (AES) et aux liquides biologiques ? ⇒ Existe-t-il dans votre service un programme écrit comprenant des stratégies adaptées aux accidents les plus fréquents ? ⇒ Existe-t-il une évaluation de cette stratégie ? ⇒ Existe-t-il une gestion du matériel stérile ? ⇒ Existe-t-il, dans votre établissement, un local spécifique à la stérilisation, avec séparation des zones propres et sales ? ⇒ La stérilisation par la chaleur humide est-elle utilisée pour le matériel invasif thermorésistant ? ⇒ Existe-t-il un contrôle effectif de la non réalisation du matériel à usage unique ? ⇒ Le personnel est-il formé conformément au profil de poste réglementaire (circulaire n°702 du 7 avril 1982 relative aux Bonnes Pratiques de Stérilisation) ? ⇒ L'ensemble des moyens de stérilisation est-il sous le contrôle des responsables de stérilisation ?			
--	--	--	--

- ⇒ Les pratiques concernant l'ensemble des étapes en amont et en aval du service de stérilisation (pré-traitement, transport, stockage) sont-ils connus des responsable ?
- ⇒ Existe-t-il des procédures écrites décrivant la préparation du matériel stérile, sa validation, sa gestion, son stockage et son transport ?
- ⇒ Existe-t-il un registre des lots et des procédures effectuées permettant une traçabilité ?
- ⇒ Existe-t-il une maintenance des autoclaves ?
- ⇒ Existe-t-il une réalisation d'audits qualité afin d'évaluer les besoins d'actions d'amélioration ou de correction ?
- ⇒ L'évaluation porte-t-elle sur l'ensemble des étapes de stérilisation ?
- ⇒ Les résultats de l'audit sont-ils pris en compte ?

Matéριοvigilance :

- ⇒ Existe-t-il un responsable matériοvigilance ?

Hémοvigilance :

- ⇒ Existe-t-il un responsable hémοvigilance ?
- ⇒ Votre établissement dispose-t-il d'une banque de sang ?

Sécurité transfusionnelle :

- ⇒ Le dossier transfusionnel comporte-t-il l'ordonnance de PSL, la fiche de distribution nominative, la fiche médicale transfusionnelle ?
- ⇒ Existe-t-il une vérification régulière de la constitution de ces dossiers ?
- ⇒ Existe-t-il des procédures écrites concernant les prescription des PSL ?
- ⇒ Existe-t-il des procédures écrites concernant la réception des PSL et la conservation des PSL ?
- ⇒ Existe-t-il des procédures écrites concernant la préparation transfusionnelle ?
- ⇒ Existe-t-il une formation et une information continue des personnes concernées par la gestion des PSL ?
- ⇒ Existe-t-il une constitution d'un fichier des receveurs dans l'établissement ?
- ⇒ Existe-t-il une procédure permettant de repérer les receveurs à partir du n° de lot du PSL ?
- ⇒ Existe-t-il une procédure écrite, archivée dans le dossier

transfusionnel, attestant de l'entretien Médecin-Patient concernant l'information délivrée aux receveurs sur les risques et sur les procédures de dépistage ? ⇒ Existe-t-il une procédure écrite, archivée dans le dossier transfusionnel, attestant de la délivrance au malade par le médecin prescripteur des résultats des tests pré-transfusionnels réalisés ? <u>Lutte contre la iatrogénie :</u> ⇒ Existe-t-il une réflexion pour lutter contre la iatrogénie ? ⇒ Existe-t-il un comité de lutte contre la iatrogénie ? ⇒ Les situations iatrogènes imputables à votre service sont-elles connues ? ⇒ Existe-t-il une identification des admissions liées à une pathologie iatrogène ? ⇒ Existe-t-il une délivrance au patient d'un document standardisé, écrit et signé par le médecin responsable, précisant la date de la transfusion, la nature et la quantité des PSL transfusés ; remis au patient lors d'un entretien, avant sa sortie, et avec un double dans le dossier transfusionnel ; informatif sur les conditions du dépistage post-transfusionnel et sur son intérêt ? ⇒ Existe-t-il une procédure écrite systématisant les circuits de diffusion des résultats des tests post-transfusionnels : au malade, au médecin transfuseur ? ⇒ Existe-t-il une procédure écrite systématisant les circuits de diffusion de l'information concernant une séro-conversion ? <u>Lutte contre les escarres :</u> ⇒ Existe-t-il une réflexion pour mettre en œuvre la prévention des escarres ? ⇒ Existe-t-il un comité de prévention des escarres ? ⇒ Existe-t-il une identification des situations d'escarres imputables à l'activité de votre service ? <u>Qualité et tenue des documents médico-administratifs obligatoires :</u> ⇒ L'établissement dispose d'un service du dossier médical nominatif et d'un archive de ces dossiers ? ⇒ Existe-t-il des documents écrits sur les réflexions ou les actions à mener concernant la gestion du dossier ? ⇒ La Commission Médicale d'Etablissement s'assure-t-il, en lien avec la Direction, la D.S.S.I. ou le responsable du Service des			
--	--	--	--

Soins Infirmiers, que les modalités de tenue du dossier du patient sont écrites, validées, diffusées et évaluées ? ⇒ La commission Médicale d'Etablissement, en lien avec la Direction, met-il en place et maintient l'organisation du circuit du dossier et de l'archivage des dossiers ? ⇒ Existe-t-il un dossier type utilisable par l'ensemble des services ? ⇒ Existe-t-il un système de chaînage permettant, lors de l'admission, le regroupement de l'ensemble des dossiers concernant les hospitalisations antérieures pour chaque malade? ⇒ La gestion des dossiers permet-elle un accès permanent et rapide quelque soit le support (papier ou informatique) à la totalité des données existantes ? ⇒ Existe-t-il des procédures de vérification et des mesures correctrices, quant à l'accès confidentiel, permanent et rapide de la totalité des dossiers ? ⇒ Pouvez-vous indiquer le taux des dossiers soumis à une procédure de vérification de l'ensemble de leurs pièces avant archivage ? ⇒ Existe-t-il une procédure permettant de mesurer et de réévaluer le temps d'accessibilité aux données suivant leur type et le besoin des utilisateurs ? ⇒ Existe-t-il une garantie de confidentialité sur le lieu d'archivage? ⇒ Le règlement intérieur fixe-t-il des modalités de conservation du dossier médical ? <u>Cahier de visites et de prescriptions :</u> ⇒ Le cahier indique-t-il les prescriptions individuelles ? ⇒ Le cahier indique-t-il le nom et le prénom du patient ? ⇒ Le cahier indique-t-il le sexe, l'âge du patient et son poids pour les enfants de moins de 16 ans ? ⇒ Le cahier indique-t-il l'identification et la signature des prescripteurs avec les dates des visites médicales ? ⇒ Le cahier indique-t-il les prescriptions pharmaceutiques : nom, forme, dosage, posologie, voie d'admission, durée ? ⇒ Le cahier indique-t-il les examens biologiques et anatomo-pathologiques prescrits ? ⇒ Le cahier indique-t-il les examens complémentaires prescrits pendant le séjour ? ⇒ Le cahier indique-t-il les autres prescriptions pendant le séjour (kinésithérapeute, ergonomie, orthopédie, ...) : nature et volume ?			
--	--	--	--

<u>Cahier d'intervention (unique ou multiples) :</u> ⇒ Le cahier indique-t-il le nom et le prénom du patient ? ⇒ Le cahier indique-t-il les dates et heures (début et fin) de l'intervention (ou de l'exploration en salle d'opération) ? ⇒ Le cahier indique-t-il le nom et la signature du chirurgien (ou de l'intervenant) ? ⇒ Le cahier indique-t-il le nom et la signature de l'anesthésiste ? ⇒ Le cahier indique-t-il le nom et la signature de tout autre praticien présent autre praticien présent lors de l'intervention ? ⇒ Le cahier indique-t-il le coefficient NGAP des actes chirurgicaux (ou autre spécialité) ? ⇒ Le cahier indique-t-il le coefficient NGAP des actes anesthésiques ? ⇒ Le cahier mentionne-t-il l'attribution des actes chirurgicaux ou des spécialités aux listes de l'accord tripartite de décembre 1992 ? ⇒ Le cahier indique-t-il la nature et la cotation des prestations facturées par tout autre praticien ? ⇒ Existe-t-il dossier médical individuel conforme au décret du 30 mars 1992 ? ⇒ Existe-t-il une structure de réflexion sur la qualité du dossier patient ? ⇒ Existe-t-il une réalisation d'un audit interne sur la qualité du dossier patient ? ⇒ Ces évaluations ont-elles aboutit à des actions correctrices ? ⇒ Disposez-vous d'un système personnel de cadrage des actes et des patients ? ⇒ Le système d'information couvre-t-il l'ensemble des activités de la clinique et favorise-t-il une approche, une utilisation coordonnées et efficaces de l'information, notamment pour la politique d'évaluation ? ⇒ Le Système d'Information Hospitalier (SIH) comporte-t-il un ou des logiciels de gestion des unités médico-techniques (laboratoire, radiologie, pharmacie) ? ⇒ Le taux des services médico-techniques utilisant un système informatique est-il bon ? ⇒ Existe-t-il un document correspondant au schéma directeur du système d'information de l'établissement (projet			
--	--	--	--

d'informatisation globale de la gestion des soins) ? ⇒ Ce projet prend-il en compte la confidentialité des dossiers ? ⇒ Le SIH permet-il le suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ? ⇒ Les missions du secteur d'activité chargé de l'information médicale sont-elles définies par la direction après avis de la CME et donnent-elles lieu à un règlement intérieur ? ⇒ L'avis de la Commission Médicale d'Etablissement est-il pris pour toute utilisation des informations médicalisées en terme de traitements effectués et de méthodes utilisées ? ⇒ Le secteur d'activité chargé de l'information médicale met-il en œuvre les actions nécessaires pour garantir et connaître la qualité des données médicales du système d'information (PMSI) produites ? ⇒ Les dysfonctionnements du système d'information sont-ils recensés, analysés et traités ? ⇒ Existe-t-il un registre des entrées conforme à l'article 25.1 du contrat type ? ⇒ Existe-t-il un cahier des visites et des prescriptions, à la disposition de chaque praticien de votre service, conforme à l'article 25.1 du contrat type ? ⇒ Ce cahier est-il complété par des protocoles thérapeutiques rédigés, signés et régulièrement mis à jour par chaque praticien de votre service, pour les prescriptions standards et habituelles? ⇒ Existe-t-il un cahier d'intervention au Bloc Opératoire conforme à l'article 25.4 du contrat type ? ⇒ Est-il régulièrement rempli par les praticiens ? PMSI : <i>Modalités de transmission :</i> ⇒ L'établissement élabore-t-il et transmet-il chaque année les informations statistiques SAE concernant son activité ? ⇒ L'établissement élabore-t-il et transmet-il chaque année l'utilisation des équipements qui lui appartiennent en propre ou qui concourent à son fonctionnement ? <i>Contrôle d'auto-évaluation de la qualité des données :</i> ⇒ Le médecin PMSI de l'établissement contrôle-t-il aléatoirement			
--	--	--	--

un certain nombre de dossiers chaque semaine ?			
⇒ Existe-t-il une analyse des dossiers contrôlés par les médecins de la sécurité sociale ?			
⇒ Le médecin PMSI établit-il un rapport des anomalies et remarques constatées aux praticiens de la clinique ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 130)

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

3. Spécifique à la Radiologie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Existe-t-il une procédure de formation régulière des manipulateurs et des radiologues du service			
⇒ Sur les nouvelles technologies mises à disposition par le développement des sciences et des techniques ?			
⇒ Sur inhérents aux techniques d'imagerie ?			
⇒ Pour des examens particuliers, une fiche d'information est-elle remise au patient, lors de la prise de rendez-vous ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 4)
= somme des points x 5

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

4. Spécifique au Bloc Opératoire :

	oui (1 à 5)	non	non applicable
⇒ L'attitude pratique à adopter vis-à-vis de cas particuliers (enfants mineurs, personnes sous tutelle, prélèvements d'organes, décès) est-elle connue des soignants ? ⇒ Existe-t-il un contrôle systématique quotidien des appareils ? ⇒ La qualification des agents responsables de l'entretien est-elle satisfaisante ? ⇒ Les modes opératoires de nettoyage des salles sont-ils respectés ? <i>Préparation des salles :</i> ⇒ Existe-t-il un contrôle systématique quotidien des appareils ? ⇒ Existe-t-il maintenance préventive des dispositifs médicaux et chirurgicaux au bloc opératoire ? ⇒ Existe-t-il maintenance préventive des dispositifs médicaux de la salle de réveil ? ⇒ Existe-t-il maintenance curative des dispositifs médicaux et chirurgicaux permettant de traiter les défaillance inopinée des équipements ? ⇒ L'évacuation des déchets suit-il un circuit adapté ? <i>Documents :</i> ⇒ La fiche médicale de surveillance réveil est-elle suffisante ? ⇒ La fiche médicale réveil indique-t-elle les prescriptions ? ⇒ La fiche médicale réveil indique-t-elle les soins infirmiers effectués ou à effectuer ? ⇒ La fiche médicale réveil indique-t-elle les soins infirmiers effectués ou à effectuer ? ⇒ La fiche médicale réveil indique-t-elle les problèmes particuliers			

survenus ?			
⇒ La fiche médicale réveil indique-t-elle le nom des personnes ayant pris en charge les malades ?			
⇒ La fiche d'anesthésie indique-t-elle les principaux examens préopératoires effectués ?			
⇒ La fiche d'anesthésie indique-t-elle les modes de prémédication ?			
⇒ La fiche d'anesthésie indique-t-elle les données de surveillance ?			
⇒ La fiche d'anesthésie indique-t-elle les temps opératoires et les gestes associés ?			
⇒ La fiche d'anesthésie indique-t-elle les noms des personnels d'anesthésie ayant en charge l'intervention ?			
⇒ La fiche opératoire mentionne-t-elle un compte-rendu des opérations ?			
⇒ La fiche opératoire mentionne-t-elle le nom des opérateurs ?			
⇒ La fiche opératoire mentionne-t-elle les examens demandés ?			
⇒ La fiche de transmission bloc opératoire/services de soins mentionne-t-elle les prescriptions à mettre en place ?			
<u>Lutte contre les infections nosocomiales :</u>			
⇒ La sortie des instruments de la salle d'opération est-elle satisfaisante (notamment en terme de nettoyage et de décontamination) ?			
⇒ La traçabilité de la stérilisation est-elle adoptée au bloc opératoire ?			
⇒ L'identification de sortie des déchets du bloc opératoire et leur traitement sont-ils suffisants ?			
⇒ Existe-t-il un nettoyage et une décontamination des salles et de leurs équipements entre chaque intervention et en fin de programme opératoire ?			
⇒ Existe-t-il une procédure d'identification et de traitement des infections nosocomiales sur le site opératoire ?			
⇒ Existe-t-il une évaluation de l'adéquation de l'affectation des salles eu égard aux risques de contamination ?			
⇒ L'évaluation de la satisfaction du patient tient-elle compte aussi du bloc opératoire et de la salle de réveil ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 31) \\ = \text{somme des points} \times 100/155$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

5. Spécifique à la Psychiatrie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ Avez-vous mis en place un suivi attentif de vos patients ?			
⇒ Avez-vous des processus d'admission d'urgences pour des patients présentant des troubles majeurs ?			
⇒ Développez-vous la parole auprès de vos patients ?			
⇒ Avez-vous développé la communication avec d'anciens, ou futurs patients et leur famille ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 4)
= somme des points x 5

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

6. Spécifique à l'Anesthésie :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
⇒ L'information du patient portant sur les conditions de réalisation de l'anesthésie, les risques encourus est-elle suffisante ?			
⇒ L'information du patient portant sur les conditions de réalisation			

de l'anesthésie, les risques encourus se fait-elle par écrit ?			
⇒ Le maintien de l'asepsie est-il suffisant pendant l'anesthésie ?			
⇒ Le signalement des cas d'incidents ou d'accidents liés aux dispositifs médicaux anesthésiques est-il satisfaisant ?			
⇒ La traçabilité en matière de matériovigilance est-elle suffisante ?			
<u>Lutte contre les infections nosocomiales :</u>			
⇒ La décontamination et le nettoyage des dispositifs médicaux d'anesthésie sont-ils suffisants ?			
⇒ Les dispositions quant à la circulation des anesthésistes permet-elle de prévenir au mieux les infections ?			
⇒ Les dispositions quant à la circulation du matériel anesthésique permet-elle de prévenir au mieux les infections ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 8)
= somme des points x 2,5

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

7. Spécifique à la Maternité :

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
<u>Cahier d'accouchement :</u>			
⇒ Le nom et le prénom de la parturiente est-il mentionné dans le cahier ?			
⇒ Les dates et les heures (début et fin) de l'accouchement est-il mentionné ?			

⇒ Le nom du médecin accoucheur ou de la sage-femme sont-ils mentionnés ? ⇒ Le nom de l'anesthésiste est-il mentionné dans le cahier ? ⇒ Le coefficient NGAP de l'acte est-il mentionné ? ⇒ Le coefficient NGAP de l'anesthésie est-il mentionné ? ⇒ L'intervention d'autres médecins intervenants (nom, signature, acte et cotations) est-elle mentionnée ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

Moyenne sur 100 = (somme des points) x 100 / (5 x 7)

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5



Paragraphe sept :**Participation à la politique régionale de Santé Publique**

	oui (1 à 5)	non (0)	non applicable
<i>Lutte contre les conduites d'alcoolisation à risque</i> ⇒ Favorisez-vous la prise en charge globale de la pathologie alcoolique lorsqu'elle est détectée au cours de l'hospitalisation (en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, soins de suite, réadaptation) ? ⇒ Etes-vous intégré dans le réseau de pris en charge de la pathologie alcoolique (centre d'hygiène alimentaire et alcoologique) ? ⇒ Les personnels soignants qui vous entourent, sont-ils sensibilisés sur ce problème de santé publique ? ⇒ Les personnels soignants qui vous entourent, reçoivent-ils une information sur le réseau de prise en charge de l'alcoologie ? ⇒ Les patients concernés sont-ils identifiés au sein de votre service ? ⇒ Etablissez-vous un recensement des patients alcooliques ? ⇒ favorisez-vous au cours de l'hospitalisation d'un tel patient une consultation sur le problème alcoolique du patient (psychiatre, médecin-alcoologue ou tout autre personne du réseau) ? ⇒ Connaissez-vous le nombre de ces consultations effectives ? ⇒ Proposez-vous une prise en charge adaptée à la sortie du patient ? ⇒ Mettez-vous en place une liaison avec le médecin traitant ? <i>Prévention des suicides – tentatives de suicides</i> Dans le cas où votre établissement accueille des urgences : ⇒ Etes-vous doté d'une organisation permettant une prise en charge optimale des suicidants afin d'éviter les récives ? ⇒ Connaissez-vous le nombre de tentatives de suicide accueillis aux urgences ? ⇒ Après sa prise en charge somatique, le patient bénéficie-t-il d'un lieu d'hospitalisation propice à l'organisation de sa prise en charge psychologique ? ⇒ Mettez-vous en place une première consultation psychiatrique dans un délai court ? ⇒ Connaissez-vous précisément le nombre de consultations de			

psychiatrie organisées ? ⇒ Cette consultation est-elle annoncée et préparée par l'équipe médicale et paramédicale ? ⇒ L'équipe médicale peut-elle faire venir un psychiatre à tout moment ? ⇒ Proposez-vous en place une hospitalisation minimale de 3 jours afin de mettre en place l'observation, l'évaluation et l'orientation du patient suicidant ? ⇒ La sortie du patient est-elle organisée ? ⇒ Le suivi ambulatoire et les rendez-vous (dans un délai prochain de 8 jours) sont-ils formalisés avec le médecin traitant ou le psychiatre traitant ou avec les structures sectorielles publiques de psychiatrie ? ⇒ Adressez-vous systématiquement un courrier au médecin ou au psychiatre traitant ? ⇒ Renseignez-vous précisément le patient sur les coordonnées du service d'accueil des urgences ? ⇒ Fournissez-vous au patient une liste des lieux ressources accessibles ? <i>Santé - précarité</i> ⇒ Pour les actes non programmés ainsi que pour les spécialités exercées en monopole, proposez-vous une tarification d'honoraires au niveau du secteur 1 (suivant le principe du tact et de la mesure, énoncé à l'article 53 du code de déontologie médicale) ? ⇒ Mettez-vous en œuvre le dispositif d'avance des frais médicaux, s'il celui-ci est conclu localement entre les Caisses d'Assurance Maladie et les Syndicats Médicaux en application de la Convention Médicale ? ⇒ Mettez-vous en place des liens avec les services sociaux (y compris les PMI) lorsque des difficultés sont détectées au cours du séjour ?			
Total			

1^{er} mode de calcul :

$$\text{Moyenne sur 100} = (\text{somme des points}) \times 100 / (5 \times 26)$$

$$= \text{somme des points} \times 10/13$$

2^{ème} mode de calcul :

Nombre de critères notés	0	1	2	3	4	5

Argumentations pour le paragraphe "participation à la politique régionale de Santé Publique" pour le Projet Médical :

La Clinique (nom) s'engage à promouvoir une politique locale de Santé Publique en développant des partenariats avec les autres acteurs de santé.

Placée au sein du bassin de population (région), la Clinique (nom) est **un plateau technique de proximité** et se justifie pleinement par le fait d'être au service de l'ensemble de la population desservie mais aussi de l'ensemble des intervenants sanitaires et sociaux :

Avec les Hôpitaux Locaux

La coopération déjà effective en matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales s'est concrétisée avec le C.CLIN.

Avec les Etablissements de Soins Privés

L'établissement a répertorié les infections nosocomiales par le biais du PMSI. Il a ainsi pris les premières mesures correctrices et jugé de leur efficacité. De plus la Clinique (nom) souhaite assurer la maîtrise des vigilances (hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, commission de conciliation...).

Des collaborations sont à créer avec les établissements de soins privés, les médecins libéraux et les paramédicaux privés. Notamment afin de participer à la prise en charge en réseau de personnes à risques (réseau Hépatite C).

Les pistes à explorer pour une coopération pourraient être :

- L'organisation commune des gardes médicales dans les disciplines où elles sont indispensables (déjà mises en place pour les week-end),
- L'amélioration de la prise en charge de l'urgence dans certaines spécialités,
- La mise en commun de certains équipements,
- La prise en charge sur un même site d'un pôle de médecine.

Avec les Médecins Spécialistes et Généraux

L'image auprès des médecins libéraux implique qu'une analyse approfondie soit menée pour faire ressortir les véritables problèmes et que soient proposées des actions concrètes visant à faire évoluer cette image et par conséquent, à **renforcer les relations de travail** entre médecins libéraux et médecins hospitaliers publics et privés.

Cela passe par l'amélioration et le renforcement de ces relations.

Des consultations avancées dans les disciplines où les autres établissements n'ont pas de compétence médicale sont à développer et contribueront à asseoir la Clinique (nom) dans son rôle de plateau technique de proximité et d'établissement (*médico-chirurgical*) pluridisciplinaire dont la complémentarité et la compétence des praticiens sont notoires.

Dans les bureaux de la Clinique, une association de formation médicale continue, à visée locale et régionale, avec une programmation mensuelle par thèmes, a été conçue.

De plus des réseaux d'information, voire de façon plus technique la **télémédecine**, doivent être mis en place.

Il s'agit d'un champ de coopération potentiellement très vaste. Il conviendra de l'explorer pour réaliser les actions les plus efficaces en termes de santé publique et d'optimiser la gestion de notre plateau technique.

IV. Phase 4 – Proposition et choix de scénarios stratégiques

OBJECTIF GENERAL :

Les séquences successives de cette partie ont pour objectif de parvenir à la formulation d'un programme stratégique médical basé sur la définition qualitative et quantitative la plus précise, bien qu'éventuellement évolutive, des champs pathologiques visés, donc des techniques diagnostiques et thérapeutiques à mettre en oeuvre.

Pour cela, l'objectif est de dresser, pour chaque service d'hospitalisation et médico-technique et avec sa participation, un bilan critique et synthétique de sa problématique actuelle, de ses potentialités et de ses projets.

METHODE ET DEROULEMENT :

La clinique aura rassemblé et ventilé, par fiches synthétiques et tableaux synoptiques, l'ensemble des éléments concernant chaque service recueillis au cours des phases précédentes.

- Pour les services d'hospitalisation :
 - profil d'évolution chronologique des paramètres d'activité (entrées, journées, DMS);
 - résultats de l'analyse des R.S.S ou relevés de sortie simplifiés ;
- Pour les services chirurgicaux : résultats de l'estimation de la demande d'interventions chirurgicales du bassin d'attraction.

Les fiches ainsi constituées serviront de base à une réunion ou à un entretien mené avec les praticiens.

Cet entretien permettra à tout médecin de faire un commentaire sur l'information recueillie sur son service et son activité.

RESULTATS :

Le compte-rendu validé par l'ensemble des praticiens constitue la partie la plus dynamique des résultats issus des analyses, toutes phases d'étude confondues.

Il doit aboutir à un bilan :

- Des points forts ou pôles d'excellence actuels et/ou potentiels de l'activité médicale, chirurgicale et médico-technique ;
- Des points faibles ou carence de cette activité ;
- D'un catalogue de propositions en première formulation d'un certains nombre d'actions et de programmes spécifiques à des services ou à organiser en synergie entre plusieurs unités.

CHAPITRE CINQ :
**PROPOSITION DE PLAN
D'UN PROJET MEDICAL**

- Le Projet Médical commence par la présentation de sa mise en place au sein de la clinique, avec les différentes étapes, les principes retenus pour sa réalisation.
- Puis la méthode de mise en oeuvre du diagnostic est exposée. S'y insèrent les différents groupes d'étude et de travail :
 - Le comité de pilotage et ses missions,
 - Le groupe "information et communication" et ses missions,
- Le diagnostic stratégique est établi, avec :
 - L'évolution générale des différentes activités de la clinique (médecine, chirurgie, ambulatoire, ...) au cours des dernières années et leur taux d'utilisation ;
 - Les faiblesses de la clinique (par exemple, en terme de conditions d'accueil des urgences, la non-reconnaissance de lits fonctionnant en soins intensifs, l'insuffisance en lits pour une complète prise en charge des patients, la collaboration avec les organismes de régulation des urgences, la nécessité de renforcement de praticiens pour certaines spécialités, l'organisation des consultations externes, ...) ;
 - Les atouts de la clinique (la prise en charge du patient 24h / 24h, la situation géographique en périphérie immédiate du centre ville et la superficie, le nombre de patients et une Durée Moyenne de Séjour inférieure à 4 jours, le choix de complémentarité inter disciplines, le plateau technique, la capacité d'extension, la politique de qualification du personnel, la stratégie d'investissement et de spécialisation d'activité par le recrutement de personnel diplômé et un budget formation supérieur au budget alloué (dépassement en moyenne de 100%), la stabilité de son personnel permet une maîtrise permanente de la prise en charge des patients, la formation des praticiens recrutés, pour une meilleure organisation, planification et formalisation des pratiques, les réseaux de soins déjà engagés) ;
 - La politique de qualité et de sécurité des soins déjà engagée.
- Les valeurs de la clinique sont avancées, vis-à-vis de ses patients, de son personnel, de ses partenaires de soins.
- Puis les grands axes prioritaires du projet médical et les orientations médicales stratégiques sont déclinés. Ceci après synthèse des principaux points énoncés dans le projet par spécialité imbriquées avec les politiques nationale et régionale de santé d'une part et l'analyse de l'environnement extérieur de la clinique d'autre part.

Apparaissent :

 - La méthodologie pour la réussite du projet,
 - Les grandes lignes directrices des prévisions,
 - L'évolution du management,
 - Le développement de démarche qualité.

- Enfin, le projet introduit l'évaluation et le suivi régulier de la mise en marche du projet.
 - L'évaluation et l'actualisation du projet médical,
 - Le comité d'évaluation et d'actualisation et son rôle,
 - Les indicateurs de suivi.
- Des éléments argumentaires administratifs ont une place de choix dans le projet afin d'indiquer aux tutelles les recherches et les connaissances techniques des cliniques. Ces documents pré-remplis peuvent être insérés en annexes.
Exemple : argumentaire pour la mise en place d'une unité de proximité, d'orientation et de traitement des urgences.

Argumentations pour le Projet Médical :

© Les besoins de la Clinique (nom) ont été évalués grâce :

- Aux préconisations et aux propositions du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire,
- Aux données épidémiologiques locales, régionales et nationales,
- Aux forces et faiblesses de l'établissement telles qu'elles ont pu être identifiées lors d'entretiens avec les représentants du corps médical et du personnel de l'établissement,
- Aux réflexions de coopération sanitaire sur la ville de (nom de la ville d'implantation de la clinique) et la Région.

Définition des orientations médicales et des plans d'action (Phase étude)

- Sur la base du bilan de l'existant et de l'analyse des besoins, cette étape a permis de définir l'ensemble des orientations médicales susceptibles de contribuer au fonctionnement optimal de la Clinique (nom), eu égard à la situation préexistante de l'établissement.

Ont été en particulier développées des orientations relatives :

- Aux activités déjà exercées qu'il convient de renforcer, de transformer ou de développer,
- Aux activités à créer *ex nihilo*.

Les orientations sont traduites en plans d'actions décrivant les nouvelles organisations ou structures à mettre en place.

Les objectifs généraux du projet du corps médical se résument ainsi :

- **Politique d'assurance qualité :**

- Investissement en qualité (moyens matériels et humains),
- Satisfaction des usagers,
- Excellence des soins, avec notamment la prise en charge importante de la douleur,
- Maintien de la Qualité de la prise en charge 24H / 24H, par des gardes et astreintes dans toutes les spécialités,
- Charte de fonctionnement du plateau technique.

- **Conforter la sécurité sanitaire :**

- Prescription et délivrance des médicaments,
- Sécurité transfusionnelle,
- Sécurité anesthésique,
- Comité de lutte contre les infections nosocomiales,
- Vigilances : Hémovigilance, Matéiovigilance, Pharmacovigilance,
- Qualité des soins paramédicaux,
- Développement d'une souplesse d'organisation (exemple : au plateau technique, création d'un pool d'infirmières et d'aides-instrumentistes).

- **Qualité des documents et traçabilité :**

- Le dossier du patient,
- Les documents légaux et contractuels.

- **Qualité de la formation :**

- Médicale continue,
- Du personnel.

© Déjà, une **Politique de Qualité et de Sécurité des soins** est entamée.

En effet, depuis le (mois, année), une action d'accompagnement à l'Assurance de la Qualité est menée ayant pour but :

- La formalisation d'un certain nombre de documents,
- Une évaluation dans l'ensemble des disciplines,
- Une amélioration de la qualité des soins et des services par la formation complémentaire du personnel et la remise à niveau de leurs connaissances.

Différentes rédactions de documents ont été ainsi réalisées :

- Le manuel Qualité,
- Les procédures d'organisation,
- Les modes opératoires, les fiches techniques (conçus par un groupe qualité et un groupe terrain),
- Des documents d'enregistrement,
- Des fiches d'évaluation, de non-conformité, d'actions correctrices,
- Des documents techniques.

Un Comité Assurance Qualité (CAQ), créé dans le cadre de la Politique Qualité de l'Etablissement, a pour rôles :

- L'harmonisation documentaire (suivi de l'architecture documentaire),
- La simplification en se déplaçant directement et régulièrement dans les services,
- L'animation,
- La coordination et le suivi des actions correctrices.

L'ensemble de cette démarche qualité est réalisé dans l'optique de la future accréditation mais l'Etablissement souhaite dans un premier temps obtenir la certification de l'ensemble de la Clinique à la Norme ISO 9002. Cette première étape permettra d'aborder l'accréditation avec les meilleurs atouts.

PLAN DIRECTEUR

METHODOLOGIE POUR LA REUSSITE D'UN PROJET MEDICAL

Les objectifs médicaux doivent être établis en cohérence avec les objectifs du SROS, institué par la loi 91-748 du 31 juillet 1991. Depuis, les ordonnances d'avril 1996 ont consacré le principe de la régionalisation de l'espace de la santé. Même si les établissements privés sont attachés à la définition de règles du jeu nationales dans le domaine normatif et tarifaire, il est légitime que les objectifs médicaux des établissements concourent à la réalisation des objectifs régionaux. Il s'agit d'organiser cette complémentarité en toute intelligence, dans l'intérêt réciproque bien compris des partenaires. Un des axes de la démarche du projet consistera à confronter les orientations médicales potentielles de l'établissement avec les orientations régionales.

Plusieurs stratégies sont ainsi envisageables.

Entre autres :

- **Augmenter la capacité en lits**

Lors de la révision de la carte sanitaire, différents scénarios sont possibles :

- Regroupement d'Etablissements existants,
- Obtention de lits supplémentaires dans le cas d'une carte sanitaire déficitaire,
- Groupement de coopération sanitaire.

L'augmentation de la capacité en lits répond à l'activité actuelle des praticiens exerçant et à celle liée à la venue de nouveaux.

- **Conversion de lits, Restructuration**

L'évolution de l'activité médicale peut trouver une réponse avec la reconversion concertée de lits, entre des capacités sous-utilisées et d'autres sous représentées par rapport aux besoins réels.

- **Développement de l'ambulatoire**

- **Regrouper géographiquement les Consultations Externes**

Ce regroupement est indispensable pour une meilleure logistique du traitement des consultations. La sectorisation évitera la fréquentation inutile des secteurs d'hospitalisation. Elle facilitera l'échange interpraticiens et favorisera le localisation des réseaux d'informations réglementaire.

- **Favoriser la sectorisation (par spécialités de soins, par pôles)**

En développant les complémentarités médicales et chirurgicales, la création de pôles de soins par l'Etablissement propose une grande cohérence clinique au bénéfice des patients.

Cette organisation offre des opportunités d'harmonisation pour les stratégies et politiques médicales et soignantes.

Par ailleurs, la mise en commun des capacités d'accueil (hospitalisation, consultations) et des équipements, permet à la Clinique de donner plus de souplesse dans les délais et modalités de réponse aux patients, tout en améliorant très sensiblement les coûts de fonctionnement.

- **Optimisation de la gestion du risque**

Une politique permanente d'investissement et d'exploitation est engagée afin de satisfaire la sécurité, le confort du patient ainsi que celles des conditions de travail du personnel de l'établissement.

Cette politique passe par la construction ou le réaménagement de bâtiments.

LES GRANDS AXES PRIORITAIRES DU PROJET MEDICAL ET LES ORIENTATIONS MEDICALES STRATEGIQUES

Faire évoluer le management, développer des démarches de qualité et des évaluations

Trois principaux axes se sont affirmés au cours des travaux menés pour l'élaboration du Projet Médical.

Ils émanent en particulier du Comité de Pilotage et des autodiagnostic des services.

Les chartes de valeur en font un engagement de l'ensemble de la collectivité hospitalière.

- **Faire évoluer le management,**
- **Développer les démarches pour améliorer la qualité et la sécurité des patients,**
- **Développer l'évaluation.**

• Faire Evoluer le Management

La gestion dans toutes ses dimensions économiques, financières, organisationnelles et humaines est actuellement exercée par chacun des responsables soignants, techniques, administratifs, en fonction de délégations **à mieux préciser.**

Ainsi l'analyse des différents processus de décisions doit permettre que chaque service comprenne quel est l'exact niveau des interdépendances qui s'exercent sur lui.

1er Objectif : Développer la médicalisation du système d'information

L'utilisation du PMSI est désormais au centre de la répartition des ressources budgétaires et donc un outil stratégique pour les cliniques. L'objectif consistant à tendre vers l'exhaustivité devient une urgente obligation. Le rôle du DIM est réaffirmé pour une bonne qualité des données et de leur traitement. Une articulation meilleure est à rechercher avec la gestion financière pour l'amélioration de la connaissance des coûts par pathologie.

2ème Objectif : Améliorer l'organisation médicale

Les raisons principales qui motivent les établissements de soins sont d'améliorer la circulation des informations concernant le patient, d'améliorer l'organisation de leur prise en charge et de leur suivi, d'optimiser l'utilisation des moyens en matériel, locaux et personnels, de mieux maîtriser les dépenses.

Grâce au décloisonnement des services et des secteurs, il y a une déconcentration qui doit se poursuivre et s'accélérer ; **la gestion doit être un véritable motif de dynamisme** et faire de l'intérêt du malade, le centre de toute décision.

Chaque malade relève de plusieurs types de compétences complémentaires (médicales, paramédicales, logistique, administratives,...). Il est important d'affirmer la coordination des moyens humains et matériels autour de la prestation de soins et du mode de prise en charge à fournir en évitant tout cloisonnement. Ainsi le plateau technique apparaît au premier plan, avec satellite, une production de soins qui s'articule autour de filières où agissent des personnels pluridisciplinaires et pluricatégoriels. Au total de grandes zones d'activité se concrétisent. La production des actes et des soins qui s'y "fabrique", présente des caractères communs et fait appel pour sa réalisation à des infrastructures collectives. Les frontières internes, émanant des services classiques, tendent à s'estomper alors naturellement.

Il peut être donc, par exemple, proposé par le groupe Projet Médical de :

- Maintenir le regroupement des services soit par grandes disciplines, soit par pôles plus informels,
- Augmenter la capacité d'accueil en lits,
- Formaliser par des contrats les relations entre structures et en particulier, avec des services assurant la logistique médicale et hôtelière.

A la tête de chaque structure est placé un responsable qui coordonne l'action des services ou d'unités fonctionnelles qui constituent la structure et détermine le programme de la structure.

Chaque structure, en concertation avec l'ensemble du personnel qu'elle regroupe, définit son projet qui doit être en cohérence avec le Projet Médical, le Projet de Soins Infirmiers et en particulier, prendre en compte les exigences de Qualité et de Sécurité définies.

Ces évolutions sont à mettre en adéquation avec les préconisations du SROS.

• Renforcer l'organisation de l'activité pharmaceutique

Le pharmacien est impliqué dans le système d'activité des soins : dispensation active avec analyse pharmaceutique et mise à disposition d'informations nécessaires au bon usage du médicament.

L'analyse des prescriptions a lieu au vue de la transmission à la pharmacie des ordonnances nominatives individuelles ou des dotations par service.

Un Comité du médicament est constitué. Il propose en accord avec les médecins un "Livret thérapeutique", listant les médicaments disponibles à la pharmacie.

Une démarche qualité est développée au niveau de l'organisation de l'activité pharmaceutique :

- Le personnel pharmaceutique est suffisamment qualifié en regard de son activité et en nombre suffisant au regard de l'activité médicale et du mode de dispensation du médicament adopté et dispose de logiciels d'aide à la décision (surveillance des contre-indications, des surdosages),
- une signalétique situe la pharmacie au sein de la clinique,
- un plan positionne la pharmacie au cœur du plateau technique (liaison aisée avec les autres services).

Le Programme d'Assurance Qualité de la clinique établit des procédures de fonctionnement de la pharmacie et définit le matériel documentaire utilisé en interne.

Le service pharmacie est ainsi optimisé et procéduré :

- dispositifs adaptés,
- possibilité d'une traçabilité des opérations (des médicaments prescrits, des doses, des posologies),
- suivi des consommations par service et par classe de médicaments,
- présence du pharmacien dans les services,
- dotations des médicaments fixés dans les services,
- procédures d'alertes formalisées (retraits-informations urgentes).

Le risque iatrogène est pris en considération avec la surveillance des :

- effets indésirables, poly-prescriptions, classes thérapeutiques à risque,
- associations de divers produits de santé (médicaments, greffons, dispositifs médicaux, produits thérapeutiques annexes).

• Développer la Qualité et la Sécurité

S'affirme dans cette démarche l'engagement des cliniques d'améliorer la Qualité et la Sécurité de certaines prestations jugées comme **critère de progression**.

Quatre thèmes de travail sont souvent priorisés pour les Projet Médicaux en ce qui concerne la qualité :

- L'amélioration de la qualité de l'**accueil** (au sens large du terme),
- L'amélioration de l'**information** donnée aux patients et à leur famille,
- L'amélioration de la **communication** vers les patients et la communication externe,
- L'amélioration de l'**hygiène** et l'intensification de la lutte contre les maladies nosocomiales,
- La prise en charge de la douleur et le **confort** du patient.

A partir d'une définition de chaque thème et de la délimitation du champ d'études, il peut être décidé de mettre en place des démarches qualité adaptées afin de s'engager dans des évolutions significatives. Des objectifs déterminés seront confortés par les formations nécessaires à l'acquisition des concepts utilisés et seront relayés dans tous les services au travers des Projets de Services ainsi que par le Projet de Soins Infirmiers. Ces démarches seront obligatoirement assorties des critères permettant leur évaluation.

En ce qui concerne **la sécurité**, l'objectif est d'améliorer la sécurité dans des domaines qui ont déjà fait l'objet de dispositions législatives et réglementaires récentes :

- La sécurité transfusionnelle,
- La sécurité anesthésique,
- La sécurité pharmaceutique,
- La maîtrise des vigilances.

Dans cette optique d'amélioration de la Qualité et de la Sécurité, les Cliniques peuvent prévoir une extension de leurs locaux afin de, par exemple :

- Améliorer le plateau technique,
- Améliorer l'accueil des patients,
- Regrouper à terme l'ensemble des consultations externes.

• Développer l'Evaluation

L'évaluation est au centre du Projet Médical dans la mesure où c'est le moyen d'apprécier réellement le résultat des actions entreprises.

Des formations adaptées devront être mises en place pour aider les différents intervenants à mettre en place les démarches d'évaluation les plus adaptées.

L'EVALUATION ET LE SUIVI DU PROJET

Le Projet Médical est établi pour cinq ans. Les conditions de sa mise en œuvre sont liées d'abord au dynamisme des acteurs mais aussi à l'obtention des moyens indispensables à la réalisation des projets.

Un contrat d'objectifs au terme de l'article L 712-4 de la loi du 31 juillet 1991 sera établi entre la clinique (qui met en place le Projet Médical) et l'ARH et régulera l'attribution de ces moyens.

Le Projet Médical est révisable à tout moment dans la limite du maintien de sa cohérence avec le S.R.O.S. et en fonction de l'évolution des techniques et des besoins ainsi que du résultat des évaluations des projets mis en place. Il est le cadre d'un contrat d'objectifs entre la clinique et ses autorités de tutelle (ARH) et la base de la démarche d'accréditation.

Un calendrier indique sa planification dans le temps des projets après la phase de présentation.

L'Evaluation et l'Actualisation du Projet Médical

Elles sont assurées par un comité d'évaluation et d'actualisation dont la composition sera à définir en interne.

Le suivi de la mise en œuvre du Projet Médical, son évaluation, son actualisation seront assurés par un comité d'évaluation et d'actualisation.

Le Rôle du Comité d'Evaluation et d'Actualisation

Le comité assure le suivi de l'ensemble du Projet Médical.

Il veille à la réalisation des projets.

Il diligente toute la nouvelle réflexion permettant d'assurer l'évolution du Projet Médical.

Il révisé le Projet Médical quand cela est nécessaire.

Il examine les Projets de Services.

Il est le garant de la cohérence des Projets de Services par rapport au Projet Médical.

Il propose aux instances et leur présente les propositions de modifications.

Il promeut toute réflexion et formation nécessaires à la mise en œuvre du Projet Médical.

Il établit son règlement intérieur qui régit les conditions de son fonctionnement.

Le Suivi se fera à partir :

Le suivi des objectifs d'activité et budgétaire s'établit au travers d'un certain nombre d'indicateurs :

- D'analyse classique,
- De pilotage.

1. **Le suivi d'analyse** permet de mesurer, de comparer et de comprendre l'évolution dans le temps, tant sur le plan de l'activité que sur celui des coûts ou des résultats. Il s'appuie sur les sources d'information tel que le P.M.S.I., la comptabilité analytique, le suivi de l'activité.

Des plans d'actions chiffrés sont établis dans le projet médical et repris annuellement dans chacun des budgets.

2. Au côté de ce système de suivi institutionnel, **les indicateurs de pilotage** ont ce rôle d'apporter le dynamisme (individuel et collectif), nécessaires à la constitution de bons résultats au niveau du système d'analyse.

Ce suivi de pilotage s'intéresse aux différents processus qui composent le produit offert aux patients. Pour chacun de ces processus, des composantes de valeurs, importantes pour le malade, ressortent. Il convient alors de s'intéresser à la cohérence, à la pertinence de ces processus et de réfléchir sur les actions nécessaires pour les améliorer. La définition de ces actions débouchera sur l'identification d'un certain nombre d'indicateurs de pilotage. Ces indicateurs doivent fonctionner tels des clignotants. Ils doivent être facilement mesurables et directement compréhensibles par l'ensemble des personnels.

La mise en place d'un tel suivi de pilotage, montrant la photographie à un instant "t" de la satisfaction du malade (client) face au produit qu'il reçoit, favorisera une démarche pérenne.

Ce dernier système de suivi s'intéressera autant aux patients qu'aux partenaires extérieurs.

Des audits qualité internes permettront régulièrement de mettre à plat les résultats de l'évolution des Projets.

Le sommet hiérarchique des cliniques s'alimentera de ces sources d'information. Il aura ainsi une vision globale des résultats et des évolutions, identifiera rapidement d'éventuels problèmes. Aussi, il pourra :

- Suivre les dérives de son Etablissement par rapport aux objectifs poursuivis,
- Apporter une critique constructive sur les mises en place préalablement pensées et les corriger, le cas échéant, rapidement, en apportant des actions correctrices après le diagnostic des causes.

Après validation des orientations de la tutelle et afin de participer à la maîtrise des dépenses de santé, un point régulier des objectifs est déjà prévu par la Commission Médicale d'Etablissement selon le tableau ci-après.

Axes du Projet	Actions proposées	Evaluation des actions	Continuité du Projet Médical
Objectif 1 Contenu			
Objectif 2 Contenu			
Objectif 3 Contenu			
Objectif n Contenu			

Des tableaux de bord réguliers d'indicateurs ainsi que des mises au point fréquentes (6 mois) :

- Gardent le dynamisme de l'action,
- Evitent aux actions de tomber dans l'oubli,
- Chacun des responsables peut ainsi également se programmer un planning compatible avec son activité première pour laquelle il est initialement pressenti.

CHAPITRE SIX :

ANNEXES



ANNEXE 1 : LEXIQUE :

Accréditation :

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de soins, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement ou de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement.

L'accréditation a quatre objectifs :

- la mise en valeur de la qualité des soins par la mesure des résultats et par l'évaluation des processus,
- l'appréciation de la capacité qu'a l'établissement à prodiguer des soins de façon régulière, à réviser et à améliorer son fonctionnement pour préjuger de l'administration de soins de qualité,
- l'amélioration de la qualité des soins en mettant à la disposition de l'établissement normes et mesures de performances validées,
- la volonté par l'auto-évaluation, par la visité accréditive menée par des visiteurs issus du milieu professionnel, par les recommandations et leur suivi, de favoriser l'amélioration continue de la qualité des soins.

Agence Nationale et d'Evaluation en Santé :

Il s'agit d'un établissement public de l'état à caractère administratif. Elle a été créée par le décret n°97-311 du 7 avril 1997, dans le cadre du plan Juppé de réforme du système de soins français (ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée). Ces missions ont été élargies par rapport à celles de sa précédente l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), notamment pour la mise en place de la procédure d'accréditation dans les établissements de santé.

Agence Régionale d'Hospitalisation :

Il s'agit d'un regroupement d'intérêt public entre l'Etat, des organismes d'assurances maladie et l'Union Régionale de Caisses d'Assurance Maladie, placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources.

Communautés d'établissements :

Les communautés d'établissements sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier (hôpitaux publics, établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier ou ayant conclu avec l'état des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier).

Une communauté d'établissements peut aussi être créée entre des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires d'une même région sanitaire, dès lors qu'ils sont situés dans le même pays au sens de la loi d'orientation du 4 février 1995 sur l'aménagement du territoire (territoire présentant une cohérence géographique, culturelle, économique ou sociale).

Les communautés d'établissements ont pour but de :

- favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent,
- mettre en oeuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le SROS,
- répondre aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Contrat d'Objectifs et de Moyens :

La contractualisation entre un établissement et la tutelle s'appuie sur le Projet Médical, le Projet de Soins Infirmiers et le Projet d'Etablissement. Sa durée ne peut être inférieure à 3 ans ni supérieure à 5 ans, il est signé entre le directeur d'établissement (après délibération du conseil d'administration prise après avis de la CME et du CTE) et le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Le COM :

- détermine les orientations stratégiques de l'établissement et les conditions de leur mise en oeuvre, en tenant compte tout à la fois du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, du Projet Médical et du Projet d'Etablissement,
- définit les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé,
- prévoit compte-rendu de l'activité de l'établissement, les objectifs pluriannuels de réduction des inégalités de ressources,
- prévoit les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation,
- favorise la participation de l'établissement aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé ainsi qu'aux actions de coopération,
- décrit les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et ses modes de coopération,
- fixe les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en oeuvre,
- précise les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires pour la réalisation des objectifs,
- précise les critères en fonction desquels les budgets de l'établissement peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés.

Evaluation :

L'évaluation des soins est définie par l'O.M.S. comme une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuelle de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Groupe Homogène de Malades (GHM) :

GHM pour Groupes Homogènes de Malades. Dénomination donnée à un groupe de maladies correspondant à une consommation voisine de ressources en cours d'hospitalisation. On dénombre plus de 470 GHM. Chaque groupe correspond à un budget défini (Durée Moyenne de Séjour, actes, ...).

Groupements de coopération sanitaire :

Il s'agit d'une nouvelle formule de coopération permettant à des hôpitaux et à des cliniques privés de réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs.

Le GCS :

- soit réalise et gère pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun (par exemple des Blocs Opératoires ou des services d'imagerie médicale : le GCS peut détenir des autorisations d'équipements lourds) ;
- soit constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux.

Planification :

Selon le Code de la Santé Publique, la carte sanitaire et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. A cette fin, ils sont arrêtés sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte-tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

PMSI :

PMSI pour Programme de Médicalisation du Système d'Information. Programme mis en place en France en 1985 afin d'améliorer notre connaissance sur l'activité des médecins hospitaliers et de permettre une étude des coûts par pathologie. Il est basé sur le codage des dossiers de patients hospitalisés par les médecins. La classification de référence est la CIM. Les dossiers codés sont analysés par un logiciel groupeur qui inclut chaque patient dans un Groupe Homogène de Malades, homogènes par le niveau de ressources consommées.

La règle de base est de coder un dossier par séjour avec en diagnostic principal, la pathologie qui aura le plus consommé de ressources durant le séjour. L'acte principal devra être le plus lourd sur le plan des ressources et être en accord avec le diagnostic principal. Ces règles de base font que le PMSI ne peut en aucun cas permettre une évaluation de la qualité des soins. Il peut aider à retrouver les dossiers à évaluer (archivage, ...).

Réseaux de soins :

Les établissements de santé sont invités à développer des réseaux de soins avec des praticiens libéraux. Spécifiques à certaines installations, activités ou pathologies, les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance des soins de proximité de qualité.

La création d'un réseau de soins se fait par une convention constitutive soumise à approbation du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Satisfaction du malade :

Très couramment pratiquée dans les établissements, cette approche vise à mesurer les écarts entre ce que le patient attendait de son séjour et ce qu'il a réellement perçu à l'issue de son séjour. Les questionnaires sont généralement présentés dans le livret d'accueil.

Les résultats de l'évaluation de la qualité du séjour sont pris en compte dans l'accréditation.

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) :

La loi du 31 juillet 1991 a institué la mise en de ces schémas. Selon les articles L. 712-1 et L. 712-3 du Code de la Santé Publique, le SROS a notamment pour objet "de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé" sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.



ANNEXE 2 : QUELQUES REFERENCES DE TEXTES REGLEMENTAIRES :

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE RECU PAR LES PRATICIENS EN DEBUT D'ELABORATION DU GUIDE :

*Questionnaire pour l'élaboration,
par spécialité médico-chirurgicale,
du Projet Médical d'Etablissement.*

SOMMAIRE :

1- Préambule.....	page 2
2- Les chapitres du Projet Médical.....	page 4
3- La description de l'existant (partie à remplir par le praticien)	page 5
4- La description des souhaits (partie à remplir par le praticien)	page 12
5- Proposition d'échéancier (partie à remplir par le praticien)	page 17
6- Quelques conseils aux praticiens pour la rédaction du Projet.....	page 17
7- Etudes des différents scénarios possibles pour l'établissement.....	page 18

1- PREAMBULE :

La réalisation d'un projet d'établissement est un travail qui concerne tous les membres de la clinique. Ce n'est pas forcément une procédure longue et coûteuse, mais c'est toujours une réflexion globale.

"Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs" (L714-11 du Code de la Santé Publique).

Son déroulement est simple et les membres de la clinique chercheront à répondre aux 3 questions que se pose toute personne à la recherche d'un emploi :

- ① Que sais-je faire ? : quelle activité, avec quelle notoriété, pour quels revenus ?
- ② Que puis-je faire à l'avenir ? : quels sont les métiers prometteurs, existe t'il un marché solvable, une concurrence forte ?
- ③ Comment y parvenir ? : quelles sont les contraintes techniques, médicales, financières ?

Pour appuyer sa réflexion, le demandeur d'emploi établit un tableau comparatif des avantages et inconvénients de chaque métier : rémunération, charge de travail, image pour sa carrière ...

Toute la difficulté réside pour le responsable du projet - au mieux, le directeur de la clinique - dans la diversité des acteurs susceptibles d'apporter des éléments de réponses à ces questions :

- les médecins et le système d'information administratif et médical pour l'activité,
- les patients et les médecins adresseurs, pour la notoriété,
- la comptabilité pour les revenus et les charges,
- les médecins de l'équipe et leurs relations pour l'identification des métiers prometteurs, de l'intensité de la concurrence, des contraintes techniques et médicales qui y sont liés,
- et encore les actionnaires, les services déconcentrés de l'Etat, les caisses d'assurance maladie, etc.

Si les dirigeants, les praticiens et le personnel dans son ensemble

- ont une bonne connaissance de leur environnement, de leur notoriété et activité,
- ont des idées précises et consensuelles de ce que leur avenir pourrait être,
- et ne cherchent qu'une plume pour présenter un projet diffusible,

le travail peut être fait en 2 mois et ne peser ni sur les comptes de la clinique, ni sur les charges de travail du personnel.

A l'opposé, certaines cliniques très spécialisées, ou jouissant d'une notoriété forte et ancienne, n'ont jamais mené de réflexion sur leur environnement, sur leur activité et sur leur avenir.

Egalement, d'autres initient cette réflexion alors qu'elles se trouvent dans une situation de conflit médical, ou de finances tendues.

Dans ces cas là, la réalisation d'un projet médical et d'un projet d'établissement est en fait l'occasion de tout mettre à plat, et de proposer des changements radicaux de mode de fonctionnement, d'actionnaires, ou d'orientations médicales.

Le travail menant à l'émergence d'un consensus est long (de 1 à 12 ans). Cela suppose en effet que toutes les personnes sollicitées acquièrent une connaissance suffisamment exacte de la situation, l'analysent et parviennent à élaborer des propositions, satisfaisant le plus grand nombre tout en respectant les impératifs techniques et financiers. Aussi, ce travail nécessite, le plus souvent, l'intervention d'experts extérieurs qui apportent leur temps mais encore leur neutralité et leur savoir faire, pour mobiliser l'énergie de toutes les ressources humaines de la clinique (médecins, dirigeants, soignants, ...) et organiser leur réflexion.

Entre ces 2 cas extrêmes, se trouve un grand nombre d'établissements au sein desquels existent de façon latente un savoir non partagé, des idées éparses et non consensuelles. Pour ceux-là, l'élaboration du projet d'établissement consistera à diffuser une connaissance expertisée, puis à organiser et confronter les différentes propositions avant d'en évaluer les conséquences. Le temps de réalisation est raisonnablement long (6 mois à un an). L'intervention de l'expert est plus légère dans la mesure où l'information à analyser est déjà mise en forme ; la réflexion ne demande alors qu'à être sollicitée et organisée.

Concrètement, si la participation d'un expert extérieur, à l'élaboration du projet médical puis au projet d'établissement dans son ensemble, n'est pas absolument indispensable, elle nous paraît souhaitable. Au minimum pour donner un avis neutre sur les propositions faites au sein de l'établissement, pour recueillir l'avis de la tutelle, et enfin pour participer à la conception du projet, avant réalisation et communication vers l'extérieur.

L'élaboration du Projet Médical est le préalable incontournable du Projet d'Etablissement. Il a pour but de fixer les orientations de la clinique dans les domaines de soins, de la prévention, de l'enseignement et de l'évaluation.

En pratique, c'est en arrêtant son Projet Médical que la clinique concrétise l'essentiel de sa démarche stratégique. Les options retenues servent ensuite de colonne vertébrale au Projet d'Etablissement.

2 - LES CHAPITRES DU PROJET MEDICAL :

Le praticien passera en revue pour sa spécialité:

- Dans un premier temps, **l'existant**.

Avec tour à tour les différentes thématiques suivantes :

1. Son activité,
2. Les moyens humains impliqués dans la prise en charge de la pathologie concernée,
3. Les moyens matériels mis à disposition,
4. L'organisation des soins
Les services de gardes et d'urgences en place
5. Les réseaux de soins constitués
En interne
En externe,
6. La qualité.

- Puis, **les souhaits**.

Ici également les thématiques de réflexion sont :

1. L'activité à développer,
2. Les moyens humains,
3. Les moyens matériels à mettre à disposition,
4. Les améliorations à apporter dans l'organisation des soins et dans les services de gardes, d'urgences
5. Les réseaux de soins projetés
En interne
En externe,
6. La qualité,
7. Les services de gardes et d'urgences à mettre en place.

- Enfin, **un échéancier** de mise en place peut être indiquer, en face de chacun des souhaits.

3- LA DESCRIPTION DE L'EXISTANT :

1- L'activité :

- ♦ Mettre en évidence : - Votre professionnalisme : vos différents diplômes (DES, DEA, DU, ...).

- Vos compétences : les différentes fonctions occupées pendant l'internat, postérieur à l'internat, avant le poste en cours.

- Votre notoriété : avis personnel fondé selon la provenance, les catégories socio-professionnelles, ... de votre patientèle

- Votre activité (en progression, stable, ...) depuis les 3 dernières années

- ♦ Décrire l'existant en ce qui concerne : le K opératoire (activité sur 3 ans)
 - Données chiffrées

- Distinguer les K et Kc

- Distinguer la chirurgie et l'anesthésie ambulatoire

- ♦ Préciser la(es) différence(s) de votre activité par rapport à la concurrence extérieure

◆ Dans votre activité, préciser :

- Les pathologies traitées, les pathologies prépondérantes (faire un classement)

- Le nombre de lits occupés, les taux d'occupation des salles d'opérations (l'établissement fournira ces données)

- La provenance de la population (l'établissement fournira ces données)

- Les techniques opératoires permettant de maîtriser les coûts de l'intervention, le coût de la pathologie traitée et le coût global (ex : diminution de la DMS, des examens supplémentaires, ...)

2- Les moyens humains :

- Mentionner :
niveau de la clinique
- Le nombre de praticiens intervenant dans votre spécialité au
 - Vos formations complémentaires / annuelles
 - Vos participations à des études, recherches
 - Vos vacations, gardes à l'extérieur de l'établissement, le cas échéant
 - Précision sur la qualification et autres renseignements complémentaires sur le personnel vous entourant

5- Les réseaux de soins :

♦ Décrire la complémentarité inter-fonctions dans la clinique

♦ Indiquer la complémentarité inter-sites (privé-privé, privé-public)

6- La qualité :



Le "plus" dans votre spécialité :



Qualité des prestations :

- Lutte contre les infections nosocomiales

- L'information aux patients, à la famille, aux médecins adresseurs, au personnel soignant

- Prise en charge de la douleur

4 - LA DESCRIPTION DES SOUHAITS :

1- L'activité :

- ♦ Mettre en évidence les activités à développer ou à mettre en place
- ♦ Indiquer les objectifs en Kc (approximativement)
- ♦ Indiquer les proportions futures de la chirurgie et de l'ambulatoire
- ♦ Préciser la(es) différence(s) souhaitée(s) de votre activité par rapport à la concurrence extérieure

2- Les moyens humains :

Mentionner : - Les formations complémentaires / annuelles à formaliser

- Précision sur la qualification et autres renseignements complémentaires sur le personnel à recruter

3- **Les moyens matériels :**

- ♦ Lister le matériel jugé nécessaire face au développement de votre spécialité

- ♦ Préciser le suivi de maintenance

4- **Organisations des soins :**

- ♦ Planification des lits
- ♦ Organisation des salles d'opérations à mettre en place
- ♦ Organisation des visites
- ♦ Place de l'outil informatique

6- La qualité :

- ♦ Le "plus" dans votre spécialité à renforcer en matière de qualité et de sécurité des soins :

- ♦ Qualité des prestations à développer :
 - Lutte contre les infections nosocomiales

 - L'information aux patients, à la famille, aux médecins adresseurs, au personnel soignant

 - Développement de la prise en charge de la douleur

 - Les techniques projetées qui permettraient de maîtriser les dépenses de santé

5 - PROPOSITION D'ECHEANCIER :

Il suffit de reprendre ici les différentes mises en place programmées et d'en indiquer la date d'installation prévue.

6 - QUELQUES CONSEILS AUX PRATICIENS POUR LA REDACTION DU PROJET :

Chercher à faire un état des lieux de votre spécialité :

- Analyse du fonctionnement interne :
 - Malades (pathologies traitées - recrutement / PMSI),
 - Matériels spécifiques dont vous disposez,
 - Quelle organisation en hommes avez-vous mis en place garantissant la qualité, la sécurité ainsi que le meilleur coût pour chaque pathologie,
- Analyse de l'environnement externe :
 - Démographie locale / spécialité,
 - Zones d'attraction de votre spécialité,
 - Offre de soins (concurrence),
 - Etude "d'image" de votre spécialité.

Effectuer une synthèse avec :

- Formulation des objectifs médicaux : ce qu'il faut maintenir, privilégier, créer, augmenter,
Ces objectifs doivent être compatibles avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS),
- Quels moyens pour y parvenir : avoir des actions modestes et pratiques plutôt que de grands projets irréalisables.

Sachez que les bases du Projet Médical d'Etablissement sont :

- Au centre : le malade,
- Des partenaires : les médecins (de réseaux, ...),
- Des obligations : les tutelles,
- Des contraintes : équilibre financier de l'Etablissement.

Insister sur :

- La qualité des prestations offertes et leurs spécificités,
- Votre propre valeur (en mentionnant vos principaux diplômes, vos qualifications récentes et la mise à jour régulière de votre formation),
- Les données chiffrées de votre activité,
- La synergie avec d'autres spécialités existant aussi bien dans l'établissement qu'à l'extérieur,
- La qualité de vos moyens matériels en précisant leur date de mise en œuvre.

Développer les projets :

- Les projets d'équipement ou de nouvelles techniques avec :
Leur justification (intérêt pour vos patients, absence de cette technique dans la région, ...)
Leur quantification (nombre de patients potentiels, coût en personnel, coût financier),
- Projet de travail en réseau,

Supprimer :

- Les phrases agressives vis-à-vis des insuffisances éventuelles des partenaires de la cliniques, internes ou externes,
- Les phrases dévalorisantes pour la clinique,

En bref, tenter de transformer les remarques péjoratives en projets constructifs.

Au total, le Projet Médical ne doit pas intégrer, au moment de sa projection, la notion de faisabilité (moyens financiers, humains et matériels). Cette notion résultera de la confrontation avec le plan de financement lors de l'étude du Projet d'Etablissement et sera donc étudiée en second rapport.

Il est par contre important de mettre l'accent sur tout projet en donnant par exemple une estimation qualitative et quantitative de la patientèle intéressée par une nouvelle technique.

7 - ETUDE DES DIFFERENTS SCENARIOS POSSIBLES POUR L'ETABLISSEMENT :

Compte tenu du diagnostic stratégique tiré de l'ensemble des études fournies pour les différentes spécialités médico-chirurgicales de l'établissement d'une part, et de l'intégration des perspectives retenues au niveau des services ou disciplines d'autre part, il sera possible de

dresser le Projet Médical. Celui-ci constitue la réponse organisée de la structure au positionnement stratégique qu'elle entend avoir sur les 5 années à venir.

Dans un souci de réalisme et de faisabilité, la construction des scénarios doit prendre en compte l'estimation du potentiel de redéploiement interne.

Sur les choix d'activité, plusieurs types d'options peuvent apparaître à la lumière du diagnostic d'ensemble :

- le maintien d'activités,
- la suppression d'activités,
- la reconversion d'activités,
- la création ou le renforcement d'activités.

Sur cette base, trois types d'analyse comparative sont nécessaires :

- l'analyse de pertinence,
- l'analyse de faisabilité,
- l'analyse de compatibilité.

L'analyse de pertinence consiste à vérifier l'adéquation de chaque scénario aux spécificités de l'établissement dans l'environnement (ses forces et faiblesses actuelles / les menaces et opportunités pour les années à venir).

L'analyse de faisabilité nécessite un chiffrage estimatif des moyens nécessaires pour chaque scénario (financiers, humains et matériels) et une approche du degré de difficulté de la mise en œuvre (jeux de pouvoir internes, position de la tutelle, enjeux des partenaires pressentis, ...). Les scénarios peuvent alors être hiérarchisés à partir de ce critère ou remodelés autour d'arbitrage plus nets.

L'analyse de compatibilité consiste d'une part, à chercher si tout ou partie des scénarios étudiés peuvent être combinables et complémentaires dans le cadre des moyens disponibles, et d'autre part, à vérifier si certains scénarios, non retenus immédiatement, pourraient être adoptés ultérieurement en cas de blocage.

ANNEXE 4 : Guide d'aide au diagnostic Contrat d'Objectifs et de Moyens (ARH / CNAMTS service médical) Octobre 1998

a

b

c













PARTENARIAT AVEC A.A.C.C.E.S. QUALITÉ

Audit - Assistance - Conseil - Contrôle - Environnement et Santé

- **OBJECTIFS** : 20 ans d'expérience à participer à la dynamique d'amélioration des établissements de santé (au regard de l'ordonnance d'Avril 1996)
- **AU NIVEAU PERSONNEL : INDEPENDANCE et IMPARTIALITE**
16 ans dans un Centre Hospitalier Régional,
Depuis 5 ans : actions dans 130 établissements (privés et publics).
- **AU NIVEAU DE L'EQUIPE** :
 - Une équipe de terrain intégrée dans le milieu hospitalo-universitaire.
 - Complémentarité des compétences : EN INTERNE (6 missions indépendantes : Audit technique, Audit qualité, Assistance-Formation Intra, Conseil, Diagnostics-Contrôles-Expertises, Qualibio-Formation Inter Etablissements) et EN RESEAU DE Confiance de structures professionnelles patronales du secteur santé (Associations, Syndicats du milieu médical, technique, soins dans le public et le privé).
 - Appuyé par nos actions QUALIBIO :
 - publications scientifiques, journées de formation nationales annuelles sur les thèmes : AIR, EAU, DECHETS, ACCREDITATION,...
 - journées de formation régionales (3 par an),
 - participations à des manifestations régionales (4 à 5 par an).
- **STRATEGIES HOSPITALIERES** : 14 établissements sur l'ensemble de la France.
Projets médicaux et d'établissement, missions d'assistance et d'audits en matière de systèmes d'information, d'organisation de services, ...
- **DIAGNOSTIC DE CONFORMITE** : 33 établissements hospitaliers privés
 - Activité formation Audit en accompagnement à la Démarche Assurance Qualité** :
 - 68 établissements (formation, audit et évaluation contrôles qualité).
 - Activité Contrôles Qualité en Environnement** :
 - 55 établissements.
 - Activité Ingénierie Assistance Conseil** :
 - 11 établissements.
 - Démarche Assurance Qualité Globale (en cours) vers la certification de 1994 à 1998** :
 - 38 établissements (en santé et industrie).
- **ACCOMPAGNEMENT A LA CERTIFICATION** :
 - Certification d'une clinique obtenue (Novembre 1997) pour la réalisation de prestations de services, de soins infirmiers, d'accueil et d'hôtellerie
 - Demandes en cours en 1998 : **3 cliniques**

AACCES QUALITE : Campus scientifique de Ker Lann 35 170 BRUZ
Siège : 5, rue Saint Louis 35 000 RENNES
Tél. : 02.99.78.40.81 Fax : 02.99.78.33.28