

MESURER
& AMÉLIORER
LA QUALITÉ

L'évaluation du parcours intra hospitalier selon le référentiel de certification

Date validation Collège le 7 mars 2024

Le parcours de soins implique la coordination avec le patient des intervenants dans sa prise en charge et la connaissance par tous des ressources disponibles et du rôle de chacun. Cette coordination est renforcée par le partage et les échanges d'informations entre les intervenants, notamment grâce à un système d'information ergonomique et accessible à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge.

Cette fiche aborde les grandes étapes du parcours intra-hospitalier quel que soit la prise en charge. Les spécificités liées aux populations accueillies, aux secteurs de prise en charge sont déclinées dans des fiches ad-hoc.

Enjeux nationaux

- Garantir le bon soin, au bon patient grâce à une identification qualifiée et au respect des bonnes pratiques.
- Permettre la lisibilité du parcours de soins pour chaque patient et les professionnels qui interviennent dans sa prise en charge selon la population accueillie.
- Implication des professionnels dans la coordination interprofessionnelle et inter-secteurs et prévention des ruptures de prise en charge.
- Des parcours de soins adaptés au profil clinique du patient mais intégrant aussi le contexte familial, social et scolaire selon le cas.

Principales données actuelles

- Près de 18 millions de séjours hospitaliers en services de médecine, chirurgie, obstétrique en 2021 (Drees).
- 4,9 millions de journées en SMR pour 289000 patients (ATIH 2022).
- 6,6 Millions de journées pour 154 000 patients pris en charge en HAD (ATIH 2020).
- 312 000 patients hospitalisés en psychiatrie, dont 78 000 sans leur consentement ; 133 000 patients pris en charge à temps partiel (ATHI 2022).

Définitions

Le parcours de soins

Le parcours de soins correspond, pour le patient, au juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins. La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Le parcours de soins permet de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. La démarche permet, pour finir, une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».

La culture de la pertinence

La pertinence est une dimension essentielle de la qualité des soins et un enjeu majeur pour la sécurité du patient. C'est l'ensemble des actions qui permettent de décider le bon acte, au bon patient, au bon endroit, au bon moment. Toute décision comporte des risques qui doivent être mis en balance, indépendamment du coût, avec les bénéfices ou résultats attendus de l'intervention. Les décisions concernant la prise en charge du patient doivent bénéficier d'un processus garantissant une pertinence optimale en prenant en compte le point de vue du patient. La pertinence vise les interventions, les prescriptions, les modes de prise en charge, les parcours. Les grandes catégories de situations de « non-pertinence » sont les soins inutiles, l'absence de soin, le défaut de soins.

Dans la certification, l'évaluateur n'évalue jamais la pertinence des décisions diagnostiques ou thérapeutiques mais uniquement la capacité de l'équipe à évaluer la pertinence de ses pratiques pour les améliorer. L'enjeu est donc d'apprécier la mise en œuvre par les équipes de cette analyse et jamais le niveau de résultat observé.

L'Identité Nationale de Santé (INS)

L'utilisation de l'Identité Nationale de Santé (INS) pour référencer les données de santé est obligatoire depuis le 1er janvier 2021. Elle est constituée du Numéro d'Identification au Répertoire des personnes physiques ou Numéro Identifiant Attente de l'individu pour les personnes nées à l'étranger, et des cinq traits INS : nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe, lieu de naissance (Code INSEE). Avant une première utilisation, l'INS doit être qualifiée par appel au téléservice INSi.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Actions

- Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie (1.4-06) ;
- La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe (2.1-01) ;
- En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient (2.1-04) ;
- Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté (2.2-05) ;
- Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins (2.2-06) ;
- Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité (2.2-08) ;
- L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise (2.2-09) ;
- Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin (2.2-20) ;
- Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (2.3-01) ;
- Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants (2.3-19) ;
- Le transport des patients en intra hospitalier est maîtrisé (2.3-22).

Évaluation

- Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques (2.4-01) ;
- Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients (2.4-02) ;
- Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins (2.4-03) ;
- Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (2.4-04) ;
- Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place (2.4-07) ;
- Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place (2.4-08) ;
- L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient (3.2-01) ;
- L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins (3.7-03).

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

Experts-visiteurs

S'assurer de l'identité du patient de l'entrée à la sortie

L'identification du patient à chaque venue et à toutes les étapes de sa prise en charge permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne.

À l'entrée, vous vous assurez que :

- les **lieux** où s'effectue l'identification des patients (par exemple, aux admissions) et les **professionnels** habilités à la **qualification de l'identification** sont identifiés et connus ;
- ces personnels habilités sont formés à la qualification de l'INS ;
- tous les personnels administratifs sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification ;
- les procédures en mode dégradé sont connues et mises en œuvre, soit lors de simulations soit lors de situations sanitaires exceptionnelles.

Vous vous assurez également qu'une adresse mail est recueillie (celle du patient ou de ses proches) pour l'envoi du questionnaire e.Satis (MCO+48, chirurgie ambulatoire, SMR).

Pendant le séjour, avant tout acte, **vous vous assurez** que les professionnels de santé :

- sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification ;
- vérifient la concordance entre l'identité, la prescription et l'acte ;
- informent et impliquent, autant que faire se peut, le patient dans cette procédure de sécurité ;
- savent contacter les référents de la cellule d'identitovigilance en cas de doute de l'unicité d'un dossier patient.

1. S'assurer de l'identité du patient de son entrée jusqu'à sa sortie

○ Identifier les lieux et les professionnels habilités à qualifier l'identité à l'admission

○ Vérifier la concordance entre l'identité, la prescription et l'acte

○ Informer et impliquer le patient

○ Agir en cas de doute sur l'unicité d'un dossier

Se coordonner pour élaborer et mettre en œuvre un projet de soins pertinent

Le projet de soins est élaboré par **une équipe**, composée des **professionnels qualifiés** des disciplines concernées et des professionnels en **soins de support**.

Pour les situations cliniques complexes, une **concertation** pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle permet de discuter les indications diagnostiques et thérapeutiques et les alternatives de modalités de prise.

Par exemple, **vous vous assurez** que :

- les imageurs participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires pour les cas difficiles ayant nécessité leur avis (notamment en oncologie, maladies infectieuses chroniques).
- pour les prises en charge compatibles, la pertinence du **transfert en HAD** est étudiée au regard des conditions à domicile et de l'autonomie du patient (notamment dans la gestion de son traitement). Le retour de la demande d'avis faite à une structure HAD est tracés dans le dossier.

Si le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée **faute de disponibilité d'accueil** (suractivité occasionnelle), **vous vous assurez qu'un référent est identifié** et que l'équipe qui l'héberge élabore son protocole de soins en lien avec l'équipe qui aurait dû l'accueillir.

Pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins, **vous vous assurez** que les décisions (prescription, parcours, modalités de prise en charge, aval, etc.) bénéficient d'une analyse de pertinence, c'est-à-dire que les équipes s'appuient sur :

- l'**évaluation globale** de la situation du patient (clinique, psychologiques, autonomie, rééducation et conditions de vie environnementales et sociales) ;
- les **bénéfices** et les **risques** ;
- l'adhésion du patient aux parcours envisageables ;
- les **besoins** du patient, notamment en accompagnement pour les patients vivant avec un handicap) ;
- ses **préférences** (particulièrement pour l'ambulatoire, l'hospitalisation à domicile et pour les programmes de récupération améliorée après chirurgie), et son **expérience** ;
- **leurs expertises du parcours**, en tant que professionnels, et celles des **recours internes ou externes** (douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs...) ou un **avis spécialisé** (addictologie, psychiatrie...), éventuellement grâce à la télésanté ;
- les connaissances **scientifiques** ;
- les **recommandations** de bonnes pratiques.

Le projet de soins s'adapte aux évolutions de l'état de santé du patient, de ses **besoins**, de ses **préférences**, de son **expérience**, et des **bénéfices** et des **risques**.

• • •

2. Se coordonner pour mettre en œuvre un projet de soins pertinent

Pertinent

- Élaboré par une équipe de professionnels qualifiés associant, le cas échéant, les professionnels des disciplines utiles, des professionnels d'une HAD, des soins de support et l'équipe qui héberge le patient s'il n'a pu être hébergé dans l'unité adaptée.
- L'évaluation globale du patient
- Ses besoins, préférences et expériences
- Les bénéfices et les risques
- L'expertise des équipes, de recours internes ou externes, et d'avis spécialisés
- Les connaissances scientifiques
- Les recommandations de bonnes pratiques

Évolutif

Pour la mise en œuvre du projet de soins, **vous vous assurez** qu'il est tracé dans le dossier du patient et que les équipes ont accès aux **informations du patient** :

- tous les professionnels impliqués (médecins, paramédicaux, soins de support, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, brancardier...) tracent en temps utile tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient (antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multirésistantes...);
- les équipes médicales peuvent consulter le dossier médical de « Mon espace santé » et/ou le dossier pharmaceutique du patient.

Se coordonner avec les équipes d'imagerie

La coordination avec les équipes de biologie, d'anatomopathologie et de radiologie est nécessaire pour améliorer la qualité des résultats des examens. Que le laboratoire ou l'imagerie soit interne ou externe, la coordination avec les équipes est nécessaire pour que les résultats des examens permettent une optimisation du parcours.

Pour le laboratoire, **vous vous assurez** que :

- les circuits de programmation sont définis (en intégrant le degré d'urgence), connus et respectés par tous les acteurs ;
- les prélèvements respectent les bonnes pratiques ;
- les délais de rendez-vous et de rendu des examens sont adaptés aux besoins du patient ;

Pour l'imagerie, **vous vous assurez** que :

- leur réalisation est conforme aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie ;
- ils sont effectués par des professionnels habilités (manipulateurs en radiologie, médecins, radiopharmaciens) ;
- en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants (surexposition, complication, brûlure...) concernant le patient ou le professionnel, les professionnels savent expliquer la conduite à tenir (notamment le respect de l'obligation de déclaration à l'Autorité de sûreté nucléaire et d'information de la personne compétente en radioprotection).

Enfin, concernant le patient, **vous vous assurez** que :

- son dossier contient : la justification de l'acte et la procédure réalisée, le matériel utilisé et la quantité de dose reçue ou estimée par le patient ;
- le patient est informé des doses qu'il a reçues et des risques pour sa santé.

2. Se coordonner pour mettre en œuvre un projet de soins pertinent

 **Tracé dans le dossier**

 **Documenté et accessible**

- L'évaluation globale du patient
- Ses besoins, préférences et expériences

3. Se coordonner avec les équipes d'imagerie

 **Coordonner les équipes pour que les résultats d'exams permettent l'optimisation du parcours**

Organiser un transfert, une mutation ou la sortie

En cas de **mutation** (intra hospitalier) ou de **transfert** (extrahospitalier), les informations permettant la continuité des soins intègrent :

- l'identité complète du patient ;
- ses antécédents ;
- ses facteurs de risque ;
- les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur ;
- le projet de soins au décours de ce séjour ;
- les résultats des derniers examens ;
- les prescriptions ;
- le bilan thérapeutique ;
- les prochains rendez-vous.

La finalité du **transport intra hospitalier** est d'acheminer la bonne personne au bon moment, de la bonne unité vers la bonne destination. Ainsi, **vous vous assurez** que les modalités de transports intra hospitaliers sont adaptées, c'est-à-dire que :

- les professionnels impliqués sont **formés** (identitovigilance, geste d'urgence, maîtrise du risque infectieux) et **informent le patient** en temps réel des destinations et des horaires de transport ;
- les transports sont réalisés dans le **respect** de la dignité, de l'intimité, du confort et de la confidentialité ;
- les **délais et les modalités de transport sont adaptés** à la qualité et la continuité de la prise en charge de qualité et l'état du patient ;
- des modalités spécifiques sont définies pour les **patients non communicant** (information de la personne de confiance, identitovigilance renforcée...).

Pour préparer sa sortie, afin de prévenir toute rupture de parcours, il est nécessaire d'avoir une approche associant la prise en charge clinique aux difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. Ainsi, pour organiser la sortie, **vous vous assurez** que les professionnels prennent en compte les conditions de vie environnementales et sociales exprimées par le patient.

À la sortie du patient vers son domicile, **vous vous assurez** que :

- quel que soit le jour (dimanche et jour férié) et l'heure de sortie, l'établissement s'assure que le patient (ou sa famille) peut se procurer les médicaments et les équipements nécessaires ;
- les professionnels connaissent les types de documents du dossier du patient à reverser au dossier médical de Mon espace santé (DMP) et au dossier pharmaceutique, et qu'ils sont mis à jour (sauf opposition du patient) ;
- une lettre de liaison, intégrant le bilan thérapeutique, contenant les informations utiles à la continuité des soins est :
 - remise au patient,
 - lui est expliquée par un médecin,
 - adressée au médecin traitant après accord du patient.

4. Organiser un transfert, une mutation ou la sortie

Assurer la continuité des soins en interne ou vers un autre établissement de santé

Acheminer la bonne personne au bon moment, de la bonne unité vers la bonne destination

Préparer la sortie et le retour au domicile

Évaluer ses pratiques, analyser ses résultats et s'améliorer

S'intéresser au résultat de la prise en charge pour le patient, c'est se recentrer sur le cœur de métier des professionnels de santé. Ainsi, il est attendu des équipes qu'elles mesurent l'impact des pratiques pour se mobiliser sur des actions d'amélioration du résultat pour le patient.

Vous vous assurez que les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur :

- l'analyse de leurs résultats cliniques d'un échantillon de patients sur une prise en charge pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles) ;
- la satisfaction et l'expérience de leurs patients (questionnaire de satisfaction, PREMS/PROMS, e.Satis, plaintes et réclamation, etc.) ;
- l'analyse d'indicateurs, notamment les IQSS¹ ;
- les EIAS et les presque accidents qu'elles ont déclarés ;
- l'évaluation de la qualité de la coordination avec la biologie, l'anatomopathologie, l'imagerie.

L'équipe participe à l'analyse des résultats qu'elle aura définis adaptés aux parcours mis en œuvre, propose des actions d'amélioration dont les effets sont mesurés.

1. www.has-sante.fr/jcms/c_970481/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-en-etablissements-de-sante

5. Évaluer ses pratiques, analyser ses résultats et s'améliorer

Évaluer ses pratiques

- Pratiques professionnelles
- Satisfaction et expérience de ses patients, notamment e.Satis
- Indicateurs, notamment IQSS
- EIAS et presque accident

Analyser ses résultats

Mettre en place des actions d'amélioration et en suivre l'efficacité

Scannez-moi pour
consulter la fiche
thématique



Patients, soignants, un engagement partagé

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr





AIDE AU QUESTIONNEMENT

L'évaluation du parcours intra hospitalier selon le référentiel de certification

Les questions suivantes ne sont ni opposables, ni exhaustives. Elles sont données à titre d'exemple dans le cadre des entretiens d'évaluation. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

Exemples de questions susceptibles d'être posées pendant les évaluations

Avec les professionnels

- **Aux admissions**, pouvez-vous me dire ce qu'est l'Identité Nationale de Santé (INS) ? Comment la qualifiez-vous à l'admission d'un patient ? Comment prévenez-vous les erreurs d'identification ? Et comment savez-vous les repérer ? (Crit. 2.3-01).
- En MCO+48, MCO chirurgie ambulatoire, SMR, comment recueillez-vous l'adresse mail des patients pour leur envoyer le questionnaire e.satis ? (Crit. 2.4-01).
- Comment identifiez-vous un patient en cas de panne informatique ?
- **Au début du séjour**, pour les admissions programmées, lorsque le patient est en provenance d'un autre établissement (sanitaire ou médico-social), comment récupérez-vous les éléments utiles à sa prise en charge, notamment pour éviter la redondance de certains examens ? Lorsqu'il est admis après une consultation, en ville ou en interne, comment récupérez-vous les éléments utiles à votre prise en charge (Crit. 2.2-05) ?
- Pour les admissions après passage aux urgences, comment récupérez-vous les éléments recueillis aux urgences et utiles à la prise en charge du patient (examen clinique, prescriptions, résultats de bilan...) (Crit. 2.2-05) ?
- Aux médecins, comment pouvez-vous consulter le dossier médical de Mon Espace Santé et le dossier pharmaceutique du patient (Crit. 2.2-05) ?
- Comment avez-vous déterminé les objectifs du projet de soin ? Sur la base de quelles informations propres aux patients : évaluation globale, bénéfices attendus et risques, besoins du patient, préférence, expérience (Crit. 2.1-01) ?
- À l'appui de quelles références de spécialités, nationales, internationales, etc. (connaissances scientifiques, recommandations de bonnes pratiques) (Crit. 2.1-01) ?
- Qui a participé à la définition du projet de soin (Crit. 2.1-01) ? Les soins de support étaient-ils présents (Crit. 2.2-06) ? Les imageurs (notamment en oncologie, maladies infectieuses chroniques) (Crit. 2.4-08) ? Avez-vous eu recours à des expertises ou spécialités, en interne ou en externe, (douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, addictologie, psychiatrie...) ? Qui ? Comment les contactez-vous (par exemple, la télésanté) ? (Crit. 2.2-09).
- Lorsque le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité d'accueil (suractivité occasionnelle), comment associez-vous l'équipe qui l'héberge à l'élaboration du protocole de soins ? (Crit. 2.2-08).
- Lorsque la prise en charge est compatible avec l'HAD, le transfert est-il étudié ? Si oui, au regard de quelles informations : autonomie du patient, domicile, adhésion des proches et des aidants ? Un avis a-t-il été demandé à une structure d'HAD ? Si oui, pouvez-vous me montrer, dans le dossier, la trace de votre demande et le retour de la structure d'HAD ? (Crit. 2.1-04).
- Concernant la biologie, l'anatomopathologie, l'imagerie : quels sont les circuits de programmation pour demander un examen ? Et en cas de demande d'examen en urgence ? En moyenne, quels sont les délais de rendez-vous ? Pour ce patient, le délai entre la demande d'examen et l'examen vous semblait-il répondre aux besoins du patient ? En moyenne, quels sont les délais entre l'examen et le compte-rendu ? Pour ce patient, ce délai vous semblait-il adapté ? Les prélèvements respectent les bonnes pratiques ? La réalisation des examens d'imagerie est conforme aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie ? (Crit. 2.4-07), (Crit. 2.4-08).

- Sur l'**identification des patients** : quels sont les lieux où s'effectue l'identification des patients (par exemple les admissions) ? Connaissez-vous les professionnels habilités à la qualification de l'identification ? Comment réagissez-vous en cas de doute sur l'unicité d'un dossier patient ? Savez-vous contacter les référents de la cellule d'identitovigilance ? Avant tout acte, comment-vous assurez-vous de la concordance entre le patient, la prescription et l'acte ? Les patients savent pourquoi vous leur demandez régulièrement leur identité ? (Crit. 2.3-01).
- **Pendant le séjour**, comment faites-vous évoluer le projet de soins du patient ? Comment assurez-vous le suivi de son état de santé, de ses besoins, de ses préférences, de son expérience, l'évolution des bénéfices et des risques ? (Crit. 2.2-06).
- Dans le dossier du patient, pourriez-vous me montrer son projet de soin ? Comment l'ensemble des professionnels impliqués (médecins, paramédicaux, soins de support, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale, brancardier...) dans la prise en charge du patient y accèdent ? Pourriez-vous me montrer où sont tracés, par exemple, les antécédents, l'examen clinique, les prescriptions, les résultats de bilan, les allergies, l'existence d'une bactérie multirésistante... (Crit. 2.2-05). Avez-vous accès aux informations générées par les logiciels métier des autres spécialités : anesthésie, surspécialisés ?
- **À la fin du séjour dans l'unité** (mutation intra hospitalière ou de transfert extrahospitalier), quelles informations transmettez-vous au service ou à l'établissement d'aval qui va assurer la continuité de la prise en charge : identité complète du patient, ses antécédents, ses facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens, les prescriptions (Crit. 2.2-20), le bilan thérapeutique (Crit. 2.3-03).
- Aux brancardiers et aux personnes en charge du transport intra hospitalier, avez-vous été formé à l'identitovigilance, aux gestes d'urgence, à la maîtrise du risque infectieux ? Comment les patients sont informés de l'heure à laquelle vous allez venir les chercher et de la destination ? (Crit. 2.3-22).
- **À la fin du séjour hospitalier**, comment vous assurez vous que le patient peut se procurer les médicaments et les équipements nécessaires à son retour à domicile ou médico-social ? Comment cela fonctionne pour les sorties le week-end et les jours fériés ? Aux médecins, quels sont les types de document du dossier du patient que vous avez reverser au dossier médical de Mon Espace Santé et au dossier pharmaceutique ? (Crit. 2.2-20).
- Pourriez-vous me montrer la lettre de liaison du patient ? Pouvez-vous me montrer le bilan thérapeutique ? (Crit. 2.3-03). Quand lui a-t-elle été remise ? Comment expliquez-vous au patient le contenu de cette lettre ? A-t-elle été adressée au médecin traitant ? Quand ? (Crit. 2.2-20).

Concernant la **culture de l'analyse des résultats**

- Sur ce parcours, avez-vous identifié des potentiels d'amélioration ? Lesquels ? Sur une prise en charge sur laquelle vous a identifié un potentiel d'amélioration, pourriez-vous me présenter une évaluation de pratiques professionnelles, notamment les conclusions d'une analyse des résultats cliniques que vous avez obtenu sur un échantillon de patients concernés par cette prise en charge ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mis en œuvre après cette analyse ? (Crit. 2.4-01).
- Avez-vous défini des indicateurs qui vous permettent de vous assurer de la qualité et de la sécurité de vos prises en charge ? Si oui, lesquels ? Quels sont les résultats ? Participez-vous à la définition des actions d'amélioration ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mis en place pour améliorer vos indicateurs ? (Crit. 2.4-03).
- Connaissez-vous les IQSS qui vous concerne, par exemple, la lettre de liaison à la sortie ? Connaissez-vous la valeur de ces IQSS ? Participez-vous à la définition des actions d'amélioration ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mis en place pour améliorer vos indicateurs ? (Crit. 2.4-03).
- Comment mesurez-vous la satisfaction et l'expérience de vos patients (questionnaire de satisfaction, PREMS/PROMS, e.satis, plaintes et réclamation, etc.) ? Connaissez-vous les résultats ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mis en place pour améliorer la satisfaction et l'expérience de vos patients ? (Crit. 2.4-02).
- Déclarez-vous des événements indésirables ? Des presque accidents ? Pourriez-vous me donner un exemple idéalement en lien avec ce parcours ? Sur la base de ces EI, réalisez-vous des RMM, des CREX, etc. Pourriez-vous me transmettre un compte-rendu ? Quelles méthodes d'analyse des causes utilisées vous ? Participez-vous à la définition des actions d'amélioration ? Quelles actions d'amélioration avez-vous mis en place pour réduire la répétition de cet événement indésirable ? (Crit. 2.4-04).
- Avez-vous des indicateurs partagés avec la biologie, l'anatomopathologie, et l'imagerie sur la qualité des prescriptions, des prélèvements, délai d'examen, de compte rendu ? Les résultats vous satisfont-ils ? Si non, partagez-vous avec eux les résultats de ces indicateurs et les actions à mettre en place pour les améliorer ? (Crit. 2.4-07 & Crit. 2.4-08).