



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips downwards, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DU CHÂTEAU DU LOIR

5 Allée Saint Martin
BP 80129
72500 CHÂTEAU DU LOIR

Juin 2012

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	7
2. DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
1. Niveau de certification	11
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Suivi de la décision	14
3. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE	15
4. SYNTHÈSE DE LA DÉCISION DE LA HAS	55
ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI(S)	59
Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine itération de la procédure de certification	

PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

1. Présentation du document

- Ce document peut comporter :
 - ✓ une présentation de l'établissement actualisée,
 - ✓ les critères ayant fait l'objet du suivi,
 - ✓ une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
 - ✓ des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

- Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport du visite de certification telles que :
 - ✓ la présentation graphique des résultats,
 - ✓ le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
 - ✓ les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
 - ✓ le Bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez, sur ces 2 derniers sujets, des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale d'Hospitalisation/Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

Les niveaux de certification sont les suivants :

Certification	Sans recommandation
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
Décision de surseoir à la certification = Réserve(s) majeure(s)	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
Non certification	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

Les décisions, les rapports et/ou additifs de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>. Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.

L'établissement de santé doit également mettre chaque année à disposition du public les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis de manière obligatoire et utilisés dans le cadre de la procédure de certification.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Centre Hospitalier du Château du Loir

Adresse : 5 Allée Saint Martin BP 80129 72500 CHATEAU DU LOIR

Site internet de l'établissement : direction@ch-chateauduloir.fr

Statut : Public

Type d'établissement : Centre Hospitalier

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO	30	
SM		
SSR	25	
SLD	30	
HAD		

Nombre de sites :	1
Activités principales :	MCO, SSR, SLD, URG, CS
Activités de soins soumises à autorisation :	Médecine, SSR, USLD, HAD, Urgences, Consultations Spécialisées, lits identifiés de Soins Palliatifs, lits d'hôpital de jour, pharmacie
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements
(Principales conventions, réseaux, GCS) :

Psychiatrie infanto-juvénile au Centre Hospitalier de Château du Loir avec le CHS d'Allonnes
*Garde ambulancière avec l'Association Service d'Urgence des Ambulanciers Sarthois
*Convention CLIC avec le CLIC
*Vacations Docteur HUBERT- Consultations Douleur avec le CH Le Mans
*Convention relative à la stérilisation avec le CH Le Mans
*Convention de coopération avec l'Hôpital du Lude
*Convention addictologie de liaison avec le CH spécialisé de la Sarthe
*Convention de psychiatrie ambulatoire et de liaison au CH de Château du loir avec le CH Spécialisé de la Sarthe
*Convention Maine Image Santé-interprétation de clichés avec Maine Image Santé
*Convention ACOREGE avec ACOREGE
*Convention du réseau des urgences FMIH avec le CH le Mans

Regroupement / Fusion :

Arrêt ou fermeture d'activités :

Créations d'activités nouvelles ou reconversions : HAD

2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport issus de la visite sur site, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec réserve.

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité Sanitaire de la fiche interface HAS / ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur :

- Circuit du Médicament
- Infrastructures (porte automatique, ascenseurs)
- Sécurité Incendie
- Sécurité électrique
- Eaux Chaudes Sanitaires
- Gaz à usage médical

3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

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

4. Suivi de la décision

L'établissement devra fournir à la Haute Autorité de santé dans un délai de 3 mois des plans d'action avec échéancier pour les réserves maintenues et recommandations émises ou non levées suite à cette nouvelle délibération.

Décisions

Réserve

26c (Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique)

Recommandations

8d (Evaluation des risques a priori);

8f (Gestion des événements indésirables) ;

11c-MCO (Information du patient en cas de dommage lié aux soins); 11c-SSR (Information du patient en cas de dommage lié aux soins); 11c-SLD (Information du patient en cas de dommage lié aux soins)

12a-MCO (Prise en charge de la douleur); 12a-SSR (Prise en charge de la douleur); 12a-SLD (Prise en charge de la douleur)

14a-SLD (Gestion du dossier du patient)

18b-SLD (Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement) ; 18b-SSR (Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement) ;

23a-MCO (Education thérapeutique du patient); 23a-SSR (Education thérapeutique du patient).

3. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES



Critère 8b

Fonction "gestion des risques"

COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une fonction « gestion des risques » est définie dans l'établissement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une fonction gestion des risques est définie dans l'établissement. Un gestionnaire des risques est identifié. La fiche de poste est établie et validée. Cette fonction est incluse dans l'organigramme et placée sous la responsabilité hiérarchique du directeur de l'établissement.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un programme annuel de gestion des risques est élaboré, son suivi est réalisé trimestriellement par le comité de gestion des risques et des vigilances constitué des professionnels concernés et par l'équipe opérationnelle des risques et des vigilances qui se réunit toute les trois semaines. Le règlement intérieur du comité de gestion des risques et des vigilances est établi depuis janvier 2010. Des groupes de travail sont constitués avec des pilotes. Des réunions pour définir les risques a priori viennent d'être mises en place. La gestionnaire des risques est formée. Elle a présenté la fonction gestion des risques aux professionnels lors des conseils de service, et par information aux différents responsables des vigilances. Il existe un synoptique des risques. Le projet de hiérarchiser les risques a priori est abouti pour la pharmacie, le risque infectieux liés aux soins et les risques professionnels.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.	En grande partie	Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées lors de l'entretien annuel d'évaluation. Celui-ci sera reproduit fin 2010 pour la nouvelle gestionnaire des risques.

Référence 8 : Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques

Critère 8d

Evaluation des risques a priori

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	En grande partie	L'établissement a identifié les risques a priori en ce qui concerne le risque infectieux liés aux soins et le circuit du médicament L'approche systémique, l'identification des activités et la méthode de recensement ont été validées par le comité GDR. Ces risques ont été évalués. Pour les autres risques identifiés, le travail vient de débiter par la mise en place de commissions et de référents.
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	En grande partie	La méthodologie de hiérarchisation des risques est définie. Un synoptique est créé. La cartographie des risques n'est pas établie pour l'ensemble des risques.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risque sont mises en place.	Partiellement	Les actions de prévention ne sont pas mises en place systématiquement, mais de façon ponctuelle au regard des risques identifiés.
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	En grande partie	La gestionnaire des risques est formée. Un travail d'information et de formation vers les professionnels référents est engagé par la gestionnaire des risques.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Un suivi de la mise en oeuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Non	Aucun suivi n'est assuré.
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Non	L'analyse ne peut être réalisée.



Critère 8f

Gestion des événements indésirables

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.	Oui	La fiche d'évènements indésirables pour le signalement des évènements indésirables est en place. Une procédure est réalisée. Les notions de gravité et de fréquence sont définies. Un outil de gestion des événements indésirables informatisé est en déploiement. Il permettra d'améliorer le traitement et le suivi des EI. Le recueil des déclarations des évènements indésirables est coordonné.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	En grande partie	L'ensemble du personnel soignant (médical et paramédical) est formé. La formation des professionnels administratifs et techniques est en cours. Après révision de la fiche de déclaration des évènements indésirables, sa diffusion et sa présentation est en cours auprès des personnels.
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	En grande partie	La gestionnaire des risques est formée à la hiérarchisation. Les référents sont en cours de formation.
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	Oui	L'analyse des causes profondes est réalisée au cours des réunions de l'équipe opérationnelle des risques et des vigilances.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.	En grande partie	Des actions correctives sont mises en oeuvre pour les événements indésirables récurrents. Le suivi est assuré par la gestionnaire des risques en collaboration avec la responsable des soins et la référente assurance qualité.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	En grande partie	Les chutes, événements indésirables récurrents, font l'objet de propositions d'actions correctives. Ces actions correctives ont été présentées aux professionnels. La démarche concernant les agressions est initialisée.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	Le suivi des actions correctives relatives aux signalements des EI est en cours.

Référence 8 : Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques

Critère 8j

Maîtrise du risque transfusionnel

Ce critère est applicable uniquement aux établissements ayant une activité transfusionnelle

COTATION			B
E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS	
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS	
Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel sont mises en oeuvre.	Oui	La procédure relative à la maîtrise du risque transfusionnel est validée et mise en oeuvre.	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS	
La pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.	Partiellement	Une évaluation de la pertinence de l'utilisation des produits sanguins labiles a été réalisée en mars 2010, une autre évaluation est prévue au premier semestre 2012.	
La maîtrise du processus transfusionnel est évaluée et donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	L'évaluation du processus transfusionnel est envisagée au premier semestre 2012 La traçabilité des PSL a fait l'objet d'une évaluation.	

Référence 11 : L'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11c-MCO

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	En grande partie	La démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est réalisée par le corps médical, selon une procédure formalisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	Partiellement	Les professionnels sont sensibilisés par la fiche d'évènement indésirable. Il n'y a pas de formation fondamentale réalisée en la matière.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Partiellement	La démarche est mise en oeuvre essentiellement par le corps médical. L'information est tracée dans le dossier informatisé par les médecins. Les professionnels de proximité en ont conscience. La fiche d'évènement indésirable est utilisée en cas de déclaration nécessaire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	L'évaluation est assurée par l'analyse de la fiche d'évènement indésirable si le cas est déclaré. Certains cas évoqués lors des conseils de service figurent dans les comptes-rendus.

Référence 11 : L'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11c-SSR

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	En grande partie	La démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est réalisée par le corps médical, selon une procédure formalisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	Partiellement	Les professionnels sont sensibilisés par la fiche d'évènement indésirable. Il n'y a pas de formation fondamentale réalisée en la matière.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Partiellement	La démarche est mise en oeuvre essentiellement par le corps médical. L'information est tracée dans le dossier informatisé par les médecins. Les professionnels de proximité en ont conscience. La fiche d'évènement indésirable est utilisée en cas de déclaration nécessaire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	L'évaluation est assurée par l'analyse de la fiche d'évènement indésirable si le cas est déclaré. Certains cas évoqués lors des conseils de service figurent dans les comptes-rendus.

Référence 11 : L'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11c-SLD

Information du patient en cas de dommage lié aux soins

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, est définie.	En grande partie	La démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est réalisée par le corps médical, selon une procédure formalisée.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sont menées.	Partiellement	Les professionnels sont sensibilisés par la fiche d'évènement indésirable. Il n'y a pas de formation fondamentale réalisée en la matière.
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Partiellement	La démarche est mise en oeuvre essentiellement par le corps médical. L'information est tracée dans le dossier informatisé par les médecins. Les professionnels de proximité en ont conscience. La fiche d'évènement indésirable est utilisée en cas de déclaration nécessaire.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	L'évaluation est assurée par l'analyse de la fiche d'évènement indésirable si le cas est déclaré. Certains cas évoqués lors des conseils de service figurent dans les comptes-rendus.

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-MCO

Prise en charge de la douleur



COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	La stratégie de la prise en charge de la douleur est formalisée. Un CLUD est constitué. La politique de prise en charge de la douleur est définie. Un organigramme est en place. Un plan d'action annuel est réalisé. Un rapport annuel est établi. Les objectifs sont posés en fonction des différents secteurs d'activités. Les travaux sont rapportés en conseils de service.
Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.	En grande partie	Des protocoles sont définis: toilette douloureuse, pansements douloureux, anesthésiques locaux percutanés. Le développement de protocoles pour le dépistage et la prise en charge de la douleur aux urgences est en cours: dépistage de la douleur, protocole anticipé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Un IDE douleur est formé. Un DU douleur est inscrit au plan de formation de l'année 2010. Les IDE référentes douleurs bénéficient d'une formation de deux jours. Les formations ASD sont assurées deux fois par an par les IDE référentes. L'ensemble des formations est pérennisé.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Les professionnels assurent l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur par des conseils en fonction de la situation rencontrée. L'éducation est réalisée ponctuellement lors des consultations spécialisées par un algologue. La démarche éducative n'est pas structurée et formalisée.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Traçabilité de la douleur" et de sa valeur de 60% avec un intervalle de confiance à 95% = [49-71] pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Partiellement	Les moyens mis en oeuvre pour s'assurer du soulagement de la douleur par les professionnels sont des protocoles, des plaquettes de sensibilisation des professionnels. Des échanges sont réalisés lors des staffs. Une réévaluation de la douleur est effectuée au cours de ces staffs hebdomadaires.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'hétéro évaluation sont déployées dans l'ensemble des secteurs d'activité (Algoplus).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	L'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels n'est pas formalisée. Les cadres s'assurent de l'appropriation des outils par la vérification du remplissage de l'échelle de la douleur et au quotidien dans les soins. Le dossier informatisé permet l'identification du déclarant.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Traçabilité de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Le dépistage de la douleur chez l'enfant est en développement.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement réalise un partage d'expérience avec le réseau douleur du département. L'IDE douleur participe aux staffs tous les deux mois avec le CH du Mans. Le président du CLUD participe aux journées d'information.

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-SSR

Prise en charge de la douleur



COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	La stratégie de la prise en charge de la douleur est formalisée. Un CLUD est constitué. La politique de prise en charge de la douleur est définie. Un organigramme est en place. Un plan d'action annuel est réalisé. Un rapport annuel est établi. Les objectifs sont posés en fonction des différents secteurs d'activités. Les travaux sont rapportés en conseils de service.
Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.	En grande partie	Des protocoles sont définis: toilette douloureuse, pansements douloureux, anesthésiques locaux percutanés. Le développement de protocoles pour le dépistage et la prise en charge de la douleur aux urgences est en cours: dépistage de la douleur, protocole anticipé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Un IDE douleur est formé. Un DU douleur est inscrit au plan de formation de l'année 2010. Les IDE référentes douleurs bénéficient d'une formation de deux jours. Les formations ASD sont assurées deux fois par an par les IDE référentes. L'ensemble des formations est pérennisé.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Les professionnels assurent l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur par des conseils en fonction de la situation rencontrée. L'éducation est réalisée ponctuellement lors des consultations spécialisées par un algologue. La démarche éducative n'est pas structurée et formalisée.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Traçabilité de la douleur" et de sa valeur de 66% avec un intervalle de confiance à 95% = [56-77] pour la campagne 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Partiellement	Les moyens mis en oeuvre pour s'assurer du soulagement de la douleur par les professionnels sont des protocoles, des plaquettes de sensibilisation des professionnels. Des échanges sont réalisés lors des staffs. Une réévaluation de la douleur est effectuée au cours de ces staffs hebdomadaires.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'hétéro évaluation sont déployées dans l'ensemble des secteurs d'activité (Algoplus).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	L'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels n'est pas formalisée. Les cadres s'assurent de l'appropriation des outils par la vérification du remplissage de l'échelle de la douleur et au quotidien dans les soins. Le dossier informatisé permet l'identification du déclarant.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Traçabilité de la douleur". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Le dépistage de la douleur chez l'enfant est en développement.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement réalise un partage d'expérience avec le réseau douleur du département. L'IDE douleur participe aux staffs tous les deux mois avec le CH du Mans. Le président du CLUD participe aux journées d'information.

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-SLD

Prise en charge de la douleur



COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).	Oui	La stratégie de la prise en charge de la douleur est formalisée. Un CLUD est constitué. La politique de prise en charge de la douleur est définie. Un organigramme est en place. Un plan d'action annuel est réalisé. Un rapport annuel est établi. Les objectifs sont posés en fonction des différents secteurs d'activités. Les travaux sont rapportés en conseils de service.
Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.	En grande partie	Des protocoles sont définis: toilette douloureuse, pansements douloureux, anesthésiques locaux percutanés. Le développement de protocoles pour le dépistage et la prise en charge de la douleur aux urgences est en cours: dépistage de la douleur, protocole anticipé.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Un IDE douleur est formé. Un DU douleur est inscrit au plan de formation de l'année 2010. Les IDE référentes douleurs bénéficient d'une formation de deux jours. Les formations ASD sont assurées deux fois par an par les IDE référentes. L'ensemble des formations est pérennisé.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Partiellement	Les professionnels assurent l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur par des conseils en fonction de la situation rencontrée. L'éducation est réalisée ponctuellement lors des consultations spécialisées par un algologue. La démarche éducative n'est pas structurée et formalisée.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Partiellement	La traçabilité du dépistage de la douleur à l'entrée du patient est assurée dans le dossier informatisé. Le suivi de l'évaluation de la douleur n'est pas systématiquement tracé.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Partiellement	Les moyens mis en oeuvre pour s'assurer du soulagement de la douleur par les professionnels sont des protocoles, des plaquettes de sensibilisation des professionnels. Des échanges sont réalisés lors des staffs. Une réévaluation de la douleur est effectuée au cours de ces staffs hebdomadaires.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des échelles d'hétéro évaluation sont déployées dans l'ensemble des secteurs d'activité (Algoplus).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Partiellement	L'appropriation de l'utilisation des outils par les professionnels n'est pas formalisée. Les cadres s'assurent de l'appropriation des outils par la vérification du remplissage de l'échelle de la douleur et au quotidien dans les soins. Le dossier informatisé permet l'identification du déclarant.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.	En grande partie	La traçabilité du dépistage de la douleur à l'entrée du patient est évaluée mensuellement. La traçabilité du suivi de la prise en charge de la douleur n'est pas généralisée.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Partiellement	Les actions d'amélioration sont en cours de mise en oeuvre.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	L'établissement réalise un partage d'expérience avec le réseau douleur du département. L'IDE douleur participe aux staffs tous les deux mois avec le CH du Mans. Le président du CLUD participe aux journées d'information.

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-MCO

Gestion du dossier du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Un nouveau guide du Dossier patient a été rédigé et validé. Ce guide inclut les règles de composition du dossier, d'accès au dossier patient, de communication et d'archivage. Il intègre les parties papier et informatisée du dossier patient. Une cellule DPI (Dossier Patient Informatisé) est en place et fonctionnelle, permettant de répondre aux questions et aux attentes des professionnels concernant le dossier informatisé.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	En grande partie	Les règles d'accès au dossier sont connues des professionnels. Le Un nouveau guide du Dossier patient formalisant ces règles d'accès est validé et présenté aux équipes dans les conseils de service. Un nouveau groupe de travail sur l'archivage centralisé du dossier patient a été mis en place (fiche projet renseignée régulièrement)Néanmoins, les personnes habilitées à accéder au dossier ne sont pas clairement définies.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 89% avec un intervalle de confiance à 95% = [86-93] pour la campagne 2011.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un système de communication du dossier patient est en place et fonctionne en temps utile. Il n'existe pas de formalisation des modalités de communication du dossier entre les professionnels et avec les correspondants externes.</p> <p>Cependant, le Dossier patient n'est pas unique puisque les différentes parties qui peuvent le composer sont archivées dans des locaux distincts (Urgences, Consultations spécialisées, Archives, DPI). La communication du dossier est donc très souvent partielle et incomplète.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du Dossier Patient". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'évolution favorable du score de l'indicateur «Tenue du dossier patient» entre 2008 et 2011 confirme les améliorations des pratiques. L'informatisation du Dossier patient incluant le logiciel de prescriptions médicales / validation pharmaceutique / traçabilité de l'administration a permis d'améliorer fortement l'indicateur «Trace écrite des prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation». Un effort a également été porté sur la traçabilité de l'examen médical d'entrée.</p>

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-SSR

Gestion du dossier du patient



COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Un nouveau guide du Dossier patient a été rédigé et validé . Ce guide inclut les règles de composition du dossier, d'accès au dossier patient, de communication et d'archivage. Il intègre les parties papier et informatisée du dossier patient. Une cellule DPI (Dossier Patient Informatisé) est en place et fonctionnelle, permettant de répondre aux questions et aux attentes des professionnels concernant le dossier informatisé.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	En grande partie	Les règles d'accès au dossier sont connues des professionnels. Le Un nouveau guide du Dossier patient formalisant ces règles d'accès est validé et présenté aux équipes dans les conseils de service. Un nouveau groupe de travail sur l'archivage centralisé du dossier patient a été mis en place (fiche projet renseignée régulièrement)Néanmoins, les personnes habilitées à accéder au dossier ne sont pas clairement définies.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 86% avec un intervalle de confiance à 95% = [84-88] pour la campagne 2011.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Un système de communication du dossier patient est en place et fonctionne en temps utile. Il n'existe pas de formalisation des modalités de communication du dossier entre les professionnels et avec les correspondants externes.</p> <p>Cependant, le Dossier patient n'est pas unique puisque les différentes parties qui peuvent le composer sont archivées dans des locaux distincts (Urgences, Consultations spécialisées, Archives, DPI). La communication du dossier est donc très souvent partielle et incomplète.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du Dossier Patient". Il n'a pas mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'évolution favorable du score de l'indicateur «Tenue du dossier patient» entre 2008 et 2011 confirme les améliorations des pratiques. L'informatisation du Dossier patient incluant le logiciel de prescriptions médicales / validation pharmaceutique / traçabilité de l'administration a permis d'améliorer fortement l'indicateur «Trace écrite des prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation. Un effort a également été porté sur la traçabilité de l'examen médical d'entrée.</p>

Référence 14 : Le dossier du patient

Critère 14a-SLD

Gestion du dossier du patient



COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Le dossier informatisé a été récemment déployé dans le service d'USLD. Une cellule DPI (Dossier Patient Informatisé) est en place et fonctionnelle, permettant de former et de répondre aux questions et aux attentes des professionnels. Un guide d'utilisation validé a été présenté aux équipes dans les conseils de service. Ce guide inclut les règles de composition du dossier, d'accès au dossier patient, de communication et d'archivage. Il intègre les parties papier et informatisée du dossier patient.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.	En grande partie	Les règles d'accès au dossier sont connues des professionnels. Le nouveau guide du Dossier patient formalisant ces règles d'accès sont actuellement en cours de réactualisation. D'autre part, les personnes habilitées à accéder au dossier ne sont pas clairement définies. Les professionnels formés au dossier informatisé utilisent encore des documents papier ne permettant pas l'unicité de lieu de recueil des informations nécessaires à la prise en charge globale du patient.. Cependant, un nouveau groupe de travail sur l'archivage centralisé du dossier patient a été mis en place et un état des lieux a été réalisé sur le volume dossiers à archiver et à éliminer.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Les passages ou interventions des différents professionnels sont tracés dans le dossier papier sur des fiches spécifiques à chaque catégorie de professionnels. Les praticiens du service résumant si nécessaire leurs observations dans les Mots de suite du DPI, accessibles en lecture aux professionnels habilités.
La communication du dossier entre les professionnels de l'établissement et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.	En grande partie	Le dossier papier accompagne le patient lors des consultations internes ou des transferts de service. Le reste des informations du patient est accessible sur le DPI. Les parties de dossier relatives aux passages aux urgences ou en consultations spécialisées ne sont pas regroupées dans un dossier unique, donc non communiquées.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Non	Aucune évaluation de la gestion du dossier du patient n'est réalisée, les indicateurs IPAQSS ne concernant pas encore les USLD.
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Non	En l'absence d'évaluation, aucune action d'amélioration n'a été définie.

Référence 15 : L'identification du patient

Critère 15a-MCO

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	Oui	La politique d'identitovigilance est en place. Un nouvel organigramme des autorités de gestion des identités a été élaboré et présenté en mars 2010. Un Groupe (GIV) et une Cellule (CIV) d'identitovigilance ont été créés et leurs missions définies. Un coordonateur de l'identitovigilance a été nommé en la personne du médecin DIM. Une charte d'identitovigilance est en place ainsi qu'une procédure «identification d'un patient et des règles de saisie de l'identité dans le DPI, elles sont validées et diffusées. Une Plaque d'information et une Affiche « recommandations pour l'identification du patient » sont disponibles.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Les professionnels de santé sont formés à la prévention et à la surveillance des erreurs d'identification du patient .
Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les personnels de l'accueil administratif appliquent les règles de saisie des identités. Une procédure est disponible, les agents ont été formés.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, le professionnel de santé vérifie le plus souvent l'identité du patient de manière orale. Cette vérification n'est pas tracée. Il existe une procédure de vérification d'identité formalisée disponible au sein du centre hospitalier.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une EPP réalisée par le service de Médecine concernant l'évaluation de la pertinence d'utilisation des Produits Sanguins Labiles a défini un indicateur sur l'identification du patient sur tous les documents relatifs à la transfusion. Des indicateurs (suivi du taux de correction des identités, suppression de séjours, nombre de professionnels formés) ont été mis en place et suivis par le comité de gestion des risques et le Directoire ainsi que les Evènements Indésirables concernant l'identitovigilance.</p>

Référence 15 : L'identification du patient

Critère 15a-SSR

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	Oui	La politique d'identitovigilance est en place. Un nouvel organigramme des autorités de gestion des identités a été élaboré et présenté en mars 2010. Un Groupe (GIV) et une Cellule (CIV) d'identitovigilance ont été créés et leurs missions définies. Un coordonateur de l'identitovigilance a été nommé en la personne du médecin DIM. Une charte d'identitovigilance est en place ainsi qu'une procédure «identification d'un patient et des règles de saisie de l'identité dans le DPI , elles sont validées et diffusées. Une Plaque d'information et une Affiche « recommandations pour l'identification du patient » sont disponibles.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Les professionnels de santé sont formés à la prévention et à la surveillance des erreurs d'identification du patient .
Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les personnels de l'accueil administratif appliquent les règles de saisie des identités. Une procédure est disponible, les agents ont été formés.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, le professionnel de santé vérifie le plus souvent l'identité du patient de manière orale. Cette vérification n'est pas tracée. Il existe une procédure de vérification d'identité formalisée disponible au sein du centre hospitalier.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une EPP réalisée par le service de Médecine concernant l'évaluation de la pertinence d'utilisation des Produits Sanguins Labiles a défini un indicateur sur l'identification du patient sur tous les documents relatifs à la transfusion. Des indicateurs (suivi du taux de correction des identités, suppression de séjours, nombre de professionnels formés) ont été mis en place et suivis par le comité de gestion des risques et le Directoire ainsi que les Evènements Indésirables concernant l'identitovigilance.</p>

Référence 15 : L'identification du patient

Critère 15a-SLD

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



COTATION

A

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.	Oui	La politique d'identitovigilance est en place. Un nouvel organigramme des autorités de gestion des identités a été élaboré et présenté en mars 2010. Un Groupe (GIV) et une Cellule (CIV) d'identitovigilance ont été créés et leurs missions définies. Un coordonateur de l'identitovigilance a été nommé en la personne du médecin DIM. Une charte d'identitovigilance est en place ainsi qu'une procédure «identification d'un patient et des règles de saisie de l'identité dans le DPI, elles sont validées et diffusées. Une Plaque d'information et une Affiche « recommandations pour l'identification du patient » sont disponibles.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Les professionnels de santé sont formés à la prévention et à la surveillance des erreurs d'identification du patient .
Les personnels de l'accueil administratif mettent en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les personnels de l'accueil administratif appliquent les règles de saisie des identités. Une procédure est disponible, les agents ont été formés.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, le professionnel de santé vérifie le plus souvent l'identité du patient de manière orale. Cette vérification n'est pas tracée. Il existe une procédure de vérification d'identité formalisée disponible au sein du centre hospitalier.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une EPP réalisée par le service de Médecine concernant l'évaluation de la pertinence d'utilisation des Produits Sanguins Labiles a défini un indicateur sur l'identification du patient sur tous les documents relatifs à la transfusion. Des indicateurs (suivi du taux de correction des identités, suppression de séjours, nombre de professionnels formés) ont été mis en place et suivis par le comité de gestion des risques et le Directoire ainsi que les Evènements Indésirables concernant l'identitovigilance.</p>

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18b-SSR

Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	En grande partie	Contrairement au service de médecine, l'unité SSR ne dispose ni de DSA, ni de trousse d'urgence. Seuls les services des urgences et de médecine disposent d'un matériel d'urgence opérationnel cas d'urgence vitale, l'achat de ces matériels est programmé.
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	En grande partie	La formation des professionnels de l'unité SSR à l'utilisation du matériel et aux premiers gestes d'urgence est en cours.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	En grande partie	Les EI relatifs aux urgences vitales sont suivis. L'organisation de la prise en charge des urgences vitales a fait l'objet d'un quick audit en avril 2011. Des réajustements des procédures en fonction des résultats de l'audit sont en cours.

Référence 18 : La continuité et la coordination des soins

Critère 18b-SLD

Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Partiellement	Contrairement au service de médecine, l'unité SLD ne dispose ni de DSA, ni de trousse d'urgence. Seuls les services des urgences et de médecine disposent d'un matériel d'urgence opérationnel cas d'urgence vitale, l'achat de ces matériels est programmé.
La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Partiellement	La formation des professionnels de l'unité SLD à l'utilisation du matériel et aux premiers gestes d'urgence est en cours.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	Les EI relatifs aux urgences vitales sont suivis. L'organisation de la prise en charge des urgences vitales a fait l'objet d'un quick audit en avril 2011. Des réajustements des procédures en fonction des résultats de l'audit sont en cours.

Référence 23 : L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage

Critère 23a-MCO

Education thérapeutique du patient

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.	Oui	La démarche d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est inscrite au projet d'établissement en cours d'élaboration. Cette démarche ETP est définie et validée. Un groupe de travail est en place, une fiche projet est renseignée régulièrement. Un référent ETP est identifié.
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Partiellement	Une coordination non exhaustive est effective avec quelques réseaux (diabète de la Sarthe) et professionnels extra-hospitaliers (stomathérapeutes du Mans).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions ponctuelles sont mises en oeuvre en fonction de situations cliniques identifiées.
Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	En grande partie	L'établissement a défini une politique en matière de formation d'ETP. Les professionnels de santé sont en cours de formation à la démarche d'ETP. Un référent spécifique ETP est identifié dans l'établissement.
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Partiellement	Les professionnels disposent de quelques supports pédagogiques mais ne disposent pas de techniques pédagogiques.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Partiellement	Les supports éducatifs peu nombreux sont partagés avec les professionnels. L'organisation en place repose sur des entretiens individuels. Ni de séance commune, ni de séance spécifique ne sont déployées dans l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	L'efficacité de l'évaluation du dispositif d'ETP n'est pas évaluée ; il n'y a pas d'action d'amélioration.

Référence 23 : L'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage

Critère 23a-SSR

Education thérapeutique du patient

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.	Oui	La démarche d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est inscrite au projet d'établissement en cours d'élaboration. Cette démarche ETP est définie et validée. Un groupe de travail est en place, une fiche projet est renseignée régulièrement. Un référent ETP est identifié.
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Partiellement	Une coordination non exhaustive est effective avec quelques réseaux (diabète de la Sarthe) et professionnels extra-hospitaliers (stomathérapeutes du Mans).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des activités d'éducation thérapeutique impliquant les professionnels, les secteurs d'activité concernés et les représentants des patients sont mises en oeuvre.	Oui	Des actions ponctuelles sont mises en oeuvre en fonction de situations cliniques identifiées.
Les professionnels de santé sont formés à la démarche d'ETP.	En grande partie	L'établissement a défini une politique en matière de formation d'ETP. Les professionnels de santé sont en cours de formation à la démarche d'ETP. Un référent spécifique ETP est identifié dans l'établissement.
Des techniques et outils pédagogiques sont mis à disposition des professionnels de santé.	Partiellement	Les professionnels disposent de quelques supports pédagogiques mais ne disposent pas de techniques pédagogiques.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des supports éducatifs sont mis à disposition des patients et de leur entourage par les professionnels au cours de la démarche éducative.	Partiellement	Les supports éducatifs peu nombreux sont partagés avec les professionnels. L'organisation en place repose sur des entretiens individuels. Ni de séance commune, ni de séance spécifique ne sont déployées dans l'établissement.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'ETP (patients, professionnels de santé) donne lieu à des actions d'amélioration.	Non	L'efficacité de l'évaluation du dispositif d'ETP n'est pas évaluée ; il n'y a pas d'action d'amélioration.

Référence 25 : La prise en charge des urgences dans le service des urgences



Critère 25a

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences.

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.	Oui	Le centre hospitalier a formalisé l'organisation du service des urgences dans son CPOM et son projet d'établissement. Une convention constitutive du réseau Urgences est formalisée et validée. Des coopérations sont signées avec d'autres établissements hospitalier (CH Le MANS), spécialisé (CHS d'ALLONNES) et privé (Maine Image Santé). La Commission des Urgences et des Consultations non programmées est en place
Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.	En grande partie	L'établissement a mis en place une organisation permettant le recours aux spécialistes en interne en fonction des plages de présence des praticiens aux consultations spécialisées et en externe vers les services spécialisés ou plateaux techniques des centres hospitaliers du MANS et de TOURS. Le recours aux spécialistes est néanmoins beaucoup moins aisé les nuits, WE et jours fériés.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a mis en place des filières de soins adaptées à certaines pathologies : déchoquage, traumatologie, patients couchés...</p> <p>Les syndromes coronariens aigus et les AVC sont réorientés selon des filières spécifiques vers les plateaux techniques spécialisés des établissements référents. Les patients relevant de problèmes psychiatriques bénéficient également d'une prise en charge organisée.</p> <p>Néanmoins, ces filières bénéficient de conventions formalisées.</p>
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.</p>	<p>Oui</p>	<p>La disponibilité des lits du service de Médecine est relevée de façon biquotidienne et téléphonique par l'IDE des Urgences. Si besoin, le même principe s'applique au service de SSR.</p> <p>Le listing de présence des patients en USLD est édité grâce au système informatique.</p> <p>Il existe une commission de gestion des lits d'hospitalisation informatisée.</p>
<p>Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Seuls les praticiens des Urgences (titulaires de la CAMU) sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.</p> <p>Le Centre Hospitalier a prévu la mise en place d'une IOA (Infirmière Organisatrice de l'Accueil).</p>
<p>L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>En dehors du service des urgences, le centre hospitalier propose des consultations spécialisées et des hospitalisations directes (conventionnelles ou de jour). Néanmoins, la population ne dispose pas d'un accès à l'ensemble des spécialités médicales ou chirurgicales.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.	Oui	Il existe une traçabilité des heures d'arrivée, de passage et de sortie des patients. L'établissement réalise une revue périodique de ces indicateurs.
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	En grande partie	Le recueil des dysfonctionnements du service des urgences s'effectue au travers des fiches d'événements indésirables. Celles-ci sont analysées par la cellule de gestion des risques en concertation avec les professionnels concernés. Peu de fiches d'incident sont dénombrées au regard du nombre de passages aux urgences.
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en oeuvre.	Partiellement	Après analyse des dysfonctionnements aux urgences et la réalisation d'une RMM en Médecine, des actions d'amélioration ont été proposées et mises en oeuvre. L'investigation des experts-visiteurs n'a pu relever aucune autre action d'amélioration dans ce domaine.

Référence 26 : Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26c

Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	En grande partie	La formalisation d'une convention avec le réseau de prélèvement d'organes est en cours.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique et sont formés notamment en matière d'information des familles.	Partiellement	Une sensibilisation des professionnels aux prélèvements d'organes est prévue.
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en oeuvre des démarches EPP.	En grande partie	Une sous-commission EPP médicale a été créée en 2008 afin de permettre aux différents secteurs d'activité clinique et médico-technique d'organiser la mise en oeuvre de démarches d'EPP. Une EPP est en cours intégrant le secteur médico technique.
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	NA	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	En grande partie	Quelques services de l'établissement sont moteurs dans l'impulsion des EPP. La Pharmacie et la Médecine réalisent la majorité des EPP présentées, selon une méthodologie appliquée et validée, que ce soit dans leur propre domaine (soins) que dans une approche plus transversale (circuit du médicament). D'autres secteurs ne s'impliquent pas du tout dans la démarche d'évaluation des pratiques, souvent pas absence de culture de l'évaluation.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'engagement de tous les professionnels est effectif.	En grande partie	Quelques EPP sont composées de groupes multidisciplinaires intégrant médecins et paramédicaux. La plupart des évaluations de pratique sont portées de façon unique par les praticiens. La culture et la formation à l'évaluation semblent faire défaut aux professionnels de santé non médicaux. Cependant, des formations des personnels médicaux sont en cours ainsi que la communication des professionnels non médicaux sur la conduite et l'état d'avancement des EPP.
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	Les démarches d'EPP menées dans les différents secteurs sont présentées aux instances (CME, CPSE). Certains praticiens ont exposé de manière régulière leur EPP au cours de conseils de service. Les EPP sont régulièrement présentées en sous commission et les diaporamas sont accessibles aux professionnels sur le commun informatique.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Partiellement	Quelques professionnels, souvent pilotes de projet d'EPP, mesurent l'impact de leurs démarches sur l'évolution des pratiques. Les EPP relatives au bon usage des médicaments en sont des exemples concrets, reconnus par les professionnels.
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Non	L'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP n'est pas évaluée.

4. SYNTHÈSE DE LA DÉCISION HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcée	Suivi de la décision	Échéance (mois)
Visite initiale	18 au 21 mai 2010	Certification avec réserves	Rapport de suivi et plans d'action	9 mois
Rapport de suivi	Juin 2011	Certification avec réserves	Plans d'actions	3 mois

Critère(s)	Visite initiale	Rapport de suivi
1b (Engagement dans le développement durable)	Recommandation	Recommandation
8b / PEP (Fonction "gestion des risques").	Recommandation	- / Pas de décision
8d (Evaluation des risques a priori).	Réserve	Recommandation
8f / PEP (Gestion des événements indésirables).	Recommandation	Recommandation
8j (Maîtrise du risque transfusionnel).	Recommandation	- / Pas de décision
10b MCO (Respect de la dignité et de l'intimité du patient)	Recommandation	Recommandation
10b SSR (Respect de la dignité et de l'intimité du patient)	Recommandation	Recommandation

10b SLD (Respect de la dignité et de l'intimité du patient)	Recommandation	Recommandation
10c MCO (Respect de la confidentialité des informations relatives au patient)	Recommandation	Recommandation
10c SSR (Respect de la confidentialité des informations relatives au patient)	Recommandation	Recommandation
10c SLD (Respect de la confidentialité des informations relatives au patient)	Recommandation	Recommandation
11b SLD (Consentement et participation du patient)	Recommandation	Recommandation
11c-MCO (Information du patient en cas de dommage lié aux soins)	Réserve	Recommandation
11c SSR (Information du patient en cas de dommage lié aux soins)	Réserve	Recommandation
11c SLD (Information du patient en cas de dommage lié aux soins)	Réserve	Recommandation

12a MCO / PEP (Prise en charge de la douleur).	Recommandation	Recommandation
12a SSR / PEP (Prise en charge de la douleur).	Recommandation	Recommandation
12a SLD / PEP (Prise en charge de la douleur).	Recommandation	Recommandation
14a-MCO / PEP (Gestion du dossier du patient).	Recommandation	Recommandation
14a-SSR / PEP (Gestion du dossier du patient).	Recommandation	Recommandation
14a-SLD / PEP (Gestion du dossier du patient).	Réserve	Recommandation
15a MCO / PEP (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge).	Réserve	- / Pas de décision
15a SSR / PEP (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge).	Réserve	- / Pas de décision
15a SLD / PEP (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge).	Réserve	- / Pas de décision

18b SSR (Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement).	Réserve	Recommandation
18b SLD (Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement).	Réserve	Recommandation
21a SSR (Prescription d'examen de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats)	Recommandation	Recommandation
21a SLD (Prescription d'examen de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats)	Recommandation	Recommandation
23a MCO (Education thérapeutique du patient).	Réserve	Recommandation
23a SSR (Education thérapeutique du patient).	Réserve	Recommandation

25a / PEP (Prise en charge des urgences et des soins non programmés).	Recommandation	- / Pas de décision
26c (Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique).	Réserve	Réserve

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

**Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
itération de la procédure de certification**

Le plan d'actions avec échéancier aide l'établissement de santé à pérenniser sa dynamique d'amélioration et l'engage à réfléchir aux modalités d'amélioration à mettre en œuvre pour résoudre les dysfonctionnements constatés dans le rapport de certification, les prioriser et les planifier dans le temps.

Ce plan d'actions constitue un document d'entrée dans la procédure suivante.

Ces plans d'actions étant le résultat de l'analyse réalisée par l'établissement pour améliorer son organisation et ses pratiques, la Haute Autorité de Santé ne s'engage pas sur la pertinence et la qualité des actions envisagées et/ou entreprises.

Plan d'actions : N°1

- Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 1b Engagement dans le développement durable

(Fiche à dupliquer pour chaque décision)

Titre du projet d'amélioration	Elaborer un programme pluriannuel de développement durable intégrant également les aspects de communication aux professionnels et au public	
Problématique	<u>Constats des experts</u> 1b E1) Il n'y a pas eu de diagnostic DD réalisé par l'établissement mais des actions ponctuelles sont conduites. 1b E2 et 3) L'absence d'un programme formalisé ne permet pas de suivi ni d'évaluation. <u>Cotation C</u>	
Résultats attendus : - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	Réfèrent DD identifié Formalisation d'un programme pluri annuel de DD	
Responsabilité : - chef de projet - équipe de réalisation - personnes ressources	Directeur Groupe de travail en lien avec le projet d'établissement en cours d'élaboration Pharmacien préposé réfèrent DD et responsable gestion des risques	
Échéancier de réalisation	Actions	Echéancier
	1b E1) Inscription au projet d'établissement 2011-2015	sept 2011
	E1) Formation du réfèrent au DD	1 ^{er} semestre 2012
	1b E1) Réalisation d'un diagnostic DD	2 ^{ème} semestre 2012
	1b E2) Elaboration du programme d'actions à entreprendre suite au diagnostic	1 ^{er} trimestre 2013
	E2) Mise en œuvre du programme	à partir du 2 ^{ème} trimestre 2013
	1b E3) Evaluation des actions entreprises	2014
Modalités d'évaluation	Existence d'un volet DD dans le futur projet d'établissement Réfèrent DD identifié et formé Indicateurs spécifiques issus du diagnostic	
Modalités de suivi et de pérennisation des résultats	En cours de définition	
Validation institutionnelle	Directoire	
Planification des revues de projet	Réunions de régulation trimestrielles	

Plan d'actions : N°2

- Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 10b Respect de la dignité et de l'intimité du patient

(Fiche à dupliquer pour chaque décision)

Titre du projet d'amélioration	Améliorer la configuration architecturale des services MCO, SSR et USLD afin de privilégier les chambres à un lit
Problématique	<p><u>Constats des experts</u> 10b E1) Actuellement les aspects architecturaux ne permettent pas la prise en compte de cette dimension. Il existe peu de chambres seules et les locaux sanitaires sont exigus. 10b E3) Pas de dispositif d'évaluation en place en dehors des enquêtes de satisfaction. (Projet d'extension des services MED, SSR et Imagerie déposé en 2007 dans le cadre d'Hôpital 2012 (refusé par ARH) et déposé également dans le cadre du fond d'investissement régional)</p> <p><u>A ce jour</u> : le projet est au stade de Programme Technique Détaillé déposé à l'ARS et faisant partie du programme pluriannuel d'investissement. Des paravents ont été installés dans toutes les chambres doubles.</p> <p><u>Services concernés</u> : MCO, SSR, USLD <u>Cotation</u> C</p>
Résultats attendus : - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	<p>Respect par les professionnels de la dignité et de l'intimité du patient Remaniement architectural permettant l'hospitalisation en chambre seules</p>
Responsabilité : - chef de projet - équipe de réalisation - personnes ressources	Directeur
Échéancier de réalisation	2012 - 2015
Modalités d'évaluation	<p>% de satisfaction sur cet indicateur relevé dans les enquêtes de satisfaction Nombre de déclaration d'EI relatif au manque de respect de la dignité et de l'intimité du patient Nombre de plaintes et/ou réclamations reçues sur cet aspect de la prise en charge</p>
Modalités de suivi et de pérennisation des résultats	<p>Suivi des indicateurs cités ci dessus Bilan CRUQ</p>
Validation institutionnelle	Directoire
Planification des revues de projet	Annuelle

Plan d'actions : N°3

- Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 10c Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

(Fiche à dupliquer pour chaque décision)

Titre du projet d'amélioration	Former les professionnels aux règles de confidentialité relatives aux informations concernant le patient
Problématique	<p><u>Constats des experts</u> Des mesures permettant le respect de la confidentialité sont en place et une sensibilisation des professionnels est réalisée régulièrement par les cadres de santé.</p> <p>10c E2) Il n'y a pas de formation ciblée sur ce thème 10c E3) Il n'y a pas d'évaluation formalisée</p> <p><u>Services concernés</u> : MCO, SSR, USLD <u>Cotation</u> C</p>
Résultats attendus : - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	Formation des professionnels sur ce thème Respect par les professionnels de la confidentialité des informations relatives au patient
Responsabilité : - chef de projet - équipe de réalisation - personnes ressources	Responsable des Soins Service RH, cadres de santé
Échéancier de réalisation	2012
Modalités d'évaluation	% de satisfaction sur cet indicateur relevé dans les enquêtes de satisfaction Nombre de déclaration d'EI relatif au manque de respect de la confidentialité des informations relatives au patient Nombre de plaintes et/ou réclamations reçues sur cet aspect de la prise en charge
Modalités de suivi et de pérennisation des résultats	Suivi des indicateurs cités ci-dessus Plan de formation Bilan CRUQ
Validation institutionnelle	Directoire , Commission des soins
Planification des revues de projet	Annuelle

Plan d'actions : N°4

- Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 11b Consentement et participation du patient

(Fiche à dupliquer pour chaque décision)

Titre du projet d'amélioration	Réaliser une évaluation sur le recueil du consentement éclairé du patient
Problématique	<u>Constats des experts</u> Une organisation est en place pour recueillir le consentement ou le refus de soin du patient au travers du projet de vie. La participation du patient et de l'entourage est recherchée. 11b E3) L'évaluation du recueil du consentement n'est pas réalisée et ne conduit pas à l'élaboration d'action d'amélioration <u>Service concerné</u> : USLD <u>Cotation</u> C
Résultats attendus : - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	Réalisation d'une évaluation sur le consentement et la participation du patient Identification et mise en œuvre des actions d'amélioration
Responsabilité : - chef de projet - équipe de réalisation - personnes ressources	Chef de service USLD Equipe USLD Cadre de santé du service
Échéancier de réalisation	2012
Modalités d'évaluation	Quick audit
Modalités de suivi et de pérennisation des résultats	Audit tous les 2 ans
Validation institutionnelle	CME, Commission des soins infirmiers, rééducation et médico techniques , Directoire
Planification des revues de projet	Annuelle

Plan d'actions : N°5

- Rappel du critère faisant l'objet de la décision (n° et libellé) : 21a Prescription d'analyse, prélèvement et transmission des résultats

(Fiche à dupliquer pour chaque décision)

Titre du projet d'amélioration	Optimiser l'utilisation par les médecins des outils d'aide à la prescription mis à leur disposition dans le dossier informatisé
Problématique	<p><u>Constats des experts</u> 21a E2) Les médecins de SSR et USLD n'utilisent pas les outils d'aide à la prescription mis à leur disposition dans le dossier informatique 21a E2) La date de prescription, l'argumentation et la signature ne sont pas correctement renseignées 21a E3) Les pratiques ne sont pas évaluées et les actions d'amélioration non identifiées ni mises en œuvre <u>Services concernés</u> : SSR et USLD <u>Cotation C</u></p>
Résultats attendus : - objectifs intermédiaires - objectifs ultimes	Optimisation de l'utilisation du DPI sur les aspects relatifs à la prescription Evaluation des pratiques de prescription Identification et mise en œuvre des actions d'amélioration
Responsabilité : - chef de projet - équipe de réalisation - personnes ressources	Médecin responsable du service SSR
Échéancier de réalisation	2012
Modalités d'évaluation	En cours de réflexion
Modalités de suivi et de pérennisation des résultats	Suivi de l'indicateur Suivi par la cellule DPI des incidents relatifs à l'utilisation des outils d'aide à la prescription
Validation institutionnelle	CME, Directoire
Planification des revues de projet	Annuelle