



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page and curves upwards towards the right side, positioned below the HAS logo and above the main title.

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010
CENTRE HOSPITALIER JEAN MARTIN CHARCOT

30 avenue marc laurent Bp 20 - 78375 - Plaisir

JUILLET 2013

MAJ - 10/2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. Les décisions par critères du manuel	11
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4.Suvi de la décision	14
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	15
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	16
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	17
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	22
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification	24

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 (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par 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 de 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 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 de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur 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.

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	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.

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER JEAN MARTIN CHARCOT

Adresse : 30 avenue marc laurent Bp 20
78375 Plaisir YVELINES

Statut : Public

Type d'établissement : CHS / EPSM

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Santé mentale	146	180	0

Nombre de sites.:	18
Activités principales.:	Psychiatrie : - psychiatrie générale ; - psychiatrie infanto-juvénile ; - psychiatrie pénitentiaire.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Le CH Jean-Martin-Charcot dispose des autorisations réglementaires en cours de renouvellement pour l'hospitalisation à temps plein et les hôpitaux de jour.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	<p>L'établissement a formalisé de nombreux partenariats sous la forme GCS et de conventions sur le territoire du sud des Yvelines avec notamment l'hôpital gériatrique et médico-social de Plaisir, l'Institut Marcel-Rivière, l'hôpital Mignot à Versailles et la clinique d'Yvelines à Rambouillet - prise en charge en psychiatrie de liaison par le secteur 78 G 12, au pôle des handicapés adultes de l'hôpital gériatrique et médico-social (HGMS) de Plaisir-Grignon (mise à disposition d'un praticien hospitalier qualifié en psychiatrie à mi-temps), convention de décembre 1996.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhésion de l'établissement au groupement d'intérêt public (GIP) « Réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud » (RPSM 78) ayant adopté une convention constitutive avec le « Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier » (GMSIH). - Convention générale de coopération avec l'Institut Marcel-Rivière de La Verrière pour la prise en charge des adolescents jeunes adultes dans le sud des Yvelines (secteurs 78 G 16, 78 G 14 et 78 G 11 pour l'unité « Equipe rapide d'intervention de crise »), convention de décembre 2003. - Participation du secteur 78 G 16 à l'activité des urgences et de la psychiatrie de liaison au CH de Rambouillet, convention de mai 2005. - Conventions du secteur 78 G 16 avec les EHPAD du secteur. - Convention avec le SIH de l'hôpital gériatrique de Plaisir-Grignon.
--	---

Réorganisation de l'offre de soins

	<ul style="list-style-type: none">- Le blanchissage : activité assurée par la blanchisserie interhospitalière (BIH).- Le laboratoire : activité assurée par le laboratoire du CHI de Poissy - Saint-Germain-en-Laye.
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	Fermeture du laboratoire en 2008.
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	L'établissement a créé les activités suivantes après autorisation de l'ARS : <ul style="list-style-type: none">- une unité mobile d'intervention pour les personnes ayant des troubles du développement : UMI - TED ;- un CSAPA : transformation du CSST en CSAPA généraliste.- EMSA : Equipe Mobile territoriale de psychiatrie du Sujet Agé

2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

1. Les décisions par critères du manuel

RECOMMANDATION(S)

1.b (Engagement dans le développement durable) .

10.b Santé mentale (Respect de la dignité et de l'intimité du patient) ;10.e Santé mentale (Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté) .

14.a Santé mentale (Gestion du dossier du patient) .

2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence Régionale de Santé.L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS à la Haute Autorité de Santé.

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.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois des plans d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à cette nouvelle délibération.

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.b - Santé mentale Respect de la dignité et de l'intimité du patient

Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

Partiellement

Les équipes soignantes prennent en compte les contraintes architecturales dans l'organisation des soins. Des actions de sensibilisation et de formation du personnel sont menées. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients est recherché malgré des locaux inadaptés. Toutefois, dans le cadre du projet de soins de chaque unité, certains patients sont en pyjama tant dans les services que dans le parc. Si cela fait l'objet d'une prescription au départ de la prise en charge, il n'a pas été retrouvé lors de la visite de réévaluation de cette prescription pour les patients présents. Une nouvelle présentation de la feuille de « consignes médicales » a été proposée et est en cours de test depuis mi février 2013 dans les unités d'hospitalisation. Une enquête portant sur le port du pyjama a été réalisée en janvier 2012

	Partiellement	et a permis d'initier une réflexion du Groupe de Réflexion Éthique, du collège médical, du comité de pilotage qualité - gestion des risques et du comité de suivi des réserves.
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	En grande partie	La vétusté des locaux et le nombre de chambres à plusieurs lits ne permettent pas de garantir pleinement le respect de l'intimité du patient. Si les aménagements ou mobiliers sont peu évidents à implanter du fait de chambres à deux lits plutôt petites, des travaux sont ponctuellement mis en œuvre afin de préserver la dignité des personnes hospitalisées. Des travaux de rénovation des sanitaires dans la majorité des unités d'hospitalisation ont été réalisés favorisant une meilleure intimité pour le patient. Le déménagement vers les nouveaux locaux, attendu depuis plusieurs années était envisagé pour 2012 mais n'est toujours pas réalisé en Avril 2013.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Partiellement	L'évaluation du respect de la dignité a été menée dans toutes les unités d'hospitalisation adultes sur le port du pyjama en janvier 2012. Une enquête auprès des professionnels sur le respect des droits des patients intégrait une partie relative au respect de la dignité et de l'intimité des patients (été 2012). Des actions d'amélioration ponctuelles sont conduites dans le cadre contraint de locaux devenus inadaptés.

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Santé mentale

Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté



Cotation

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Oui

Le projet d'établissement intègre dans le projet médical et le projet de soins la promotion du respect des libertés individuelles.

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

En grande partie

Les projets de prise en charge des patients font l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle lors de réunions cliniques. La prévention des risques liés aux soins est intégrée à la réflexion. Le risque d'atteinte à la liberté individuelle du patient est identifié et les conditions visant à sa préservation recherchées. Cette réflexion est rarement formalisée sauf dans le cadre des soins sans consentement. Dans ce cas, la traçabilité est toujours assurée.

Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

Oui

Des protocoles d'isolement et de contention sont élaborés et utilisés. Des chartes et un règlement intérieur d'unités de soins existent. Les situations de soin et d'organisation de la prise en charge, ayant un impact sur les libertés individuelles, sont identifiées : telles que les modalités de fermeture des portes des services, la limitation des visites, le retrait du téléphone portable et des effets personnels et le

	Oui	port du pyjama.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles. La préparation de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 a aussi permis de procéder à une information dans ce domaine.
La mise en oeuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	En grande partie	Il existe des protocoles institutionnels de mise en chambre d'isolement et d'utilisation de la contention. Pour les autres situations mettant en jeu les libertés individuelles dans l'organisation de la prise en charge et le fonctionnement des services, ce n'est pas mis en œuvre de manière harmonisée sur l'établissement. Afin d'améliorer les pratiques, une nouvelle présentation de la feuille de «consignes médicales» a été proposée et est en cours de test depuis mi février 2013 dans les unités d'hospitalisation.
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisés.	Oui	Les réunions cliniques permettent la réflexion en équipe pluriprofessionnelle sur les situations de soins entraînant des restrictions de liberté. Un compte-rendu de la réunion est tracé dans le dossier de soins du patient. La concertation a lieu avec l'entourage du patient en cas de besoin.
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Partiellement	Les restrictions de liberté comme la mise en isolement et la contention font l'objet d'une prescription médicale écrite dans le dossier du patient, réévaluée à périodicité définie, soit en réunion clinique, soit en concertation médecin - équipe soignante. En revanche, les restrictions de liberté liées au fonctionnement et à l'organisation du service (fermeture des portes, mise en pyjama) ne font pas l'objet de prescriptions écrites individualisées et ne sont pas mises en œuvre de manière harmonisée dans l'ensemble des unités.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

<p>Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'établissement a identifié les instances et les structures concernées par la préservation des libertés individuelles et par le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté. Un groupe éthique est en place. Des évaluations ont été conduites sur les pratiques d'isolement et de contention. Toutefois, le dispositif d'évaluation n'est pas structuré.</p>
<p>Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre ponctuellement. Leur déploiement est organisé en lien avec des actions d'évaluation concertées et harmonisées sur l'établissement, notamment dans le cadre des EPP et de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 concernant les soins sans consentement.</p>

SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 03/10/2011 au 07/10/2011	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	MARS 2013	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
1.b (Engagement dans le développement durable)	Recommandation	Recommandation
10.b (Respect de la dignité et de l'intimité du patient) - Santé mentale	Réserve	Recommandation
10.e (Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté) - Santé mentale	Réserve	Recommandation
14.a (Gestion du dossier du patient) - Santé mentale	Recommandation	Recommandation

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine
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.

Dans ce cadre, l'établissement a transmis les plans d'actions suivants

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Structurer l'engagement de l'établissement dans une démarche globale de Développement Durable

Problématique:

Les problématiques relevées lors de la visite sont :

E1-EA1 (Partiellement) :

- Un bilan énergétique a été fait mais l'absence de relevé de consommation d'énergie par bâtiment n'a pas permis d'y intégrer le chauffage. Un diagnostic global n'est pas réalisé

E2-EA1 (En grande partie) :

- La déclinaison des orientations stratégiques liées au développement durable ne fait pas l'objet d'une programmation pluriannuelle

E2-EA2 (Partiellement) :

- L'établissement n'a pas défini de stratégie d'information et de sensibilisation des professionnels au Développement Durable

E2-EA3 (Partiellement) :

- L'établissement n'a pas organisé de communication des objectifs stratégiques auprès des acteurs externes et des partenaires

E3-EA1 (Partiellement) :

- L'évaluation n'est pas formalisée, elle n'est pas intégrée à un programme pluriannuel

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

Définir une politique de Développement Durable

Intégrer dans les pratiques des professionnels la dimension "Développement Durable"

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
<ul style="list-style-type: none"> - Directrice des Travaux, des Finances et de l'Activité - Directeur des Achats, de la Logistique, du Système d'Information et du Nouvel Hôpital 	Professionnels concernés par les thématiques (cf. annexe 1 plan d'action "développement durable")	Service Qualité - Gestion des risques

Echéancier de réalisation :

Les échéances sont indiquées dans le plan d'action et s'échelonne jusqu'en octobre 2015 (cf. annexe 1 plan d'action "développement durable" et annexe 2 feuille d'émargement formation du 17.12.2012).

Modalités d'évaluation :

Des indicateurs de suivi ont été définis afin de suivre la réalisation des actions d'amélioration (cf. annexe 1 plan d'action "développement durable").

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le comité de pilotage Qualité-Gestion des risques assurera :

- le suivi de la mise en oeuvre du programme pluriannuel
- le suivi des indicateurs définis

(cf. annexe 3 "composition du COPIL QGR")

Validation institutionnelle:

Le comité de pilotage qualité - gestion des risques valide le plan d'action (cf. annexe 3 "composition du COPIL QGR")

Planification des revues de projet:

Le comité de pilotage Qualité-Gestion des risques assure semestriellement le suivi de l'état d'avancement du projet et l'ajuste en fonction des difficultés rencontrées. Il propose également la résolution de ces problèmes.(cf. annexe 3 "composition du COPIL QGR")

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Renforcement du respect de la dignité et de l'intimité du patient

Problématique:

Les problématiques relevées lors de la visite sont les suivantes :

E2-EA1 (Partiellement) :

- Dysfonctionnement n°1 : les patients rencontrés sont en pyjama tant dans les services que dans le parc.
- Dysfonctionnement n°2 : si la mise en pyjama a fait l'objet d'une prescription au départ de la prise en charge, il n'a pas été retrouvé, au cours de la visite, de réévaluation de cette prescription pour les patients présents.

E2-EA2 (Partiellement):

- Dysfonctionnement n°1 : La vétusté des locaux et le nombre de chambres à plusieurs lits ne permettent pas de garantir pleinement le respect de l'intimité du patient.

E3-EA1 (Partiellement):

- Dysfonctionnement n°1 : L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients n'est pas structurée.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

- Mettre en place un vestiaire d'urgence
- Refonte de la conception de la feuille de consignes médicales

Objectifs ultimes

Renforcement du respect de la dignité et de l'intimité du patient

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Comité de suivi des réserves	Les professionnels concernés (direction, médecins, soignants, personnels de la logistique et des travaux, partenaires sociaux), représentants des usagers	Service qualité-gestion des risques Direction des soins Collège médical

Echéancier de réalisation :

Octobre 2015 (prochaine visite de certification)

Modalités d'évaluation :

Second état des Lieux « droits des patients en Hospitalisation temps plein adulte (site de Plaisir et maternologie) » : Enquête réalisée sur un période de 2 mois et adressée aux professionnels intervenant dans la prise en charge du patient

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le comité de pilotage qualité - gestion des risques assurera le suivi de la mise en oeuvre du plan d'action.
Le Copil "Règlement intérieur" assurera spécifiquement le suivi de l'actualisation du RI.

Validation institutionnelle:

Le plan d'action actualisé a été validé par le comité de pilotage qualité-gestion des risques dont la direction et le président de CME sont membres.

Planification des revues de projet:

Le comité de pilotage qualité - gestion des risques assure semestriellement le suivi de l'état d'avancement du projet (tableau de bord) et l'ajuste en fonction des difficultés rencontrées. Il propose également la résolution de ces problèmes.

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Renforcer le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté

Problématique:

Les problématiques relevées lors de la visite sont les suivantes :

E1-EA2 (En grande partie) :

- Dysfonctionnement n°1 : La réflexion relative au risque d'atteinte à la liberté individuelle du patient lors des réunions cliniques est rarement formalisée sauf dans le cadre des soins sans consentement.

E2-EA2 (En grande partie) :

- Dysfonctionnement n°1 : Pour les situations mettant en jeu les libertés individuelles (hors isolement et contention) dans l'organisation de la prise en charge et le fonctionnement des services, la prescription médicale et sa réévaluation ne sont pas mises en oeuvre de manière harmonisée sur l'établissement.

E2-EA4 (Partiellement) :

- Dysfonctionnement n°1 : Les restrictions de liberté liées au fonctionnement et à l'organisation du service (fermetures des portes, mise en pyjama) ne font pas l'objet de prescriptions écrites individualisées et ne sont pas mises en oeuvre de manière harmonisée dans l'ensemble des unités.

E3-EA1 (En grande partie) :

- Dysfonctionnement n°1 : Des évaluations ont été conduites sur les pratiques d'isolement et de contention. Toutefois, le dispositif d'évaluation n'est pas structuré.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

Objectifs ultimes

Actualisation du règlement intérieur

Renforcer le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Comité de suivi des réserves	Les professionnels concernés (direction, médecins, soignants, personnels de la logistique et des travaux, partenaires sociaux), représentants des usagers	Service Qualité - gestion des risques Direction des soins Collège médical

Echéancier de réalisation :

Octobre 2015 (prochaine visite de certification)

Modalités d'évaluation :

1. Organiser un audit sur dossier ciblé sur la réévaluation des mesures de restriction de liberté et la traçabilité de la réflexion Bénéfice-Risque.
2. Second état des Lieux « droits des patients en Hospitalisation temps plein adulte (site de Plaisir et maternologie) » : Enquête réalisée sur un période de 2 mois et adressée aux professionnels intervenant dans la prise en charge du patient

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le comité de pilotage qualité - gestion des risques assurera le suivi de la mise en oeuvre du plan d'action.
Le Copil "Règlement Intérieur" assurera spécifiquement le suivi de l'actualisation du règlement intérieur.

Validation institutionnelle:

Le plan d'action actualisé a été validé par le comité de pilotage qualité-gestion des risques dont la direction et le Président de CME sont membres.

Planification des revues de projet:

Le comité de pilotage qualité - gestion des risques assure semestriellement le suivi de l'état d'avancement du projet et l'ajuste en fonction des difficultés rencontrées. Il propose également la résolution de ces problèmes

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Amélioration de la gestion du dossier du patient

Problématique:

Les problématiques relevées lors de la visite sont :

E2-EA1 (Partiellement) :

- compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 69% avec un intervalle de confiance à 95% est égal [66%-73%] pour la campagne de recueil 2010.

E2-EA2 (En grance partie) :

- pour les correspondants externes, l'établissement a estimé nécessaire de recourir à une enquête dans le cadre d'une EPP pour évaluer les besoins et les améliorations à apporter. Le travail est en cours.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

- Sensibilisation des professionnels à la traçabilité de :
 - . recherche de la personne de confiance
 - . mention de la protection judiciaire
 - . l'information délivrée au patient concernant sa modalité d'hospitalisation(cf. annexe 1 "plan d'action DPA" et annexe 2 "feuille DPA observations médicales à l'entrée")
- Réalisation de la seconde enquête auprès des médecins traitants - automne 2013 (EPP)
(c. annexe 1 "plan d'action DPA" et annexe 3 "compte-rendu du groupe EPP coordination des soins avec le médecin traitant du 12.06.2012")

Objectifs ultimes

Amélioration des résultats de l'indicateur IPAQSS "Tenue du dossier du patient"

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
- Dr BASARD et Dr CROZIER, Copilotes du groupe DPA/DPI	- Groupe DPA/DPI - Groupe EPP "Coordination des soins avec le médecin traitant"	Collège médical, CSIRMT, Service de la formation
- Dr LAFONT-RAPNOUIL, Dr MAURIAC, Mme MAIGNE, copilotes du groupe EPP "Coordination des soins avec le médecin traitant"		

Echéancier de réalisation :

L'échéance à terme est octobre 2015.

Modalités d'évaluation :

- Concernant l'indicateur "tenue du dossier du patient" : étude de l'évolution des résultats de l'année N et de l'année N+1
- Concernant l'EPP "Coordination des soins avec le médecin traitant" : résultats d'une seconde enquête qui sera réalisée à l'automne 2013.

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le comité de pilotage qualité - gestion des risques assurera le suivi de la mise en oeuvre du plan d'action. Les résultats seront mesurés à travers les prochaines campagnes de recueil des données de l'indicateur "Tenue du dossier du patient".(cf. annexe 4 composition du COPIL QGR).

Validation institutionnelle:

Le comité de pilotage qualité - gestion des risques valide le plan d'action (cf. annexe 4 composition du COPIL QGR).

Planification des revues de projet:

Le comité de pilotage qualité - gestion des risques assure semestriellement le suivi de l'état d'avancement du projet et l'ajuste en fonction des difficultés rencontrées. Il propose également la résolution de ces problèmes.(cf. annexe 4 composition du COPIL QGR).