



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

LA COLLINE ENSOLEILLÉE

7 avenue du docteur benjamin bord - 86270 - La Roche Posay

NOVEMBRE 2014

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 | 9 |
| 1. Les décisions par critères du manuel | 10 |
| 2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire | 11 |
| 3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé | 12 |
| 4.Suivi de la décision | 13 |
| 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES | 14 |
| CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT | 15 |
| PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS | 16 |
| CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT | 19 |
| PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT | 20 |
| SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE | 23 |
| ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi | 25 |
| ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification | 33 |

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 Scope Santé <http://www.scopesante.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

LA COLLINE ENSOLEILLÉE

Adresse : 7 avenue du docteur benjamin bord
86270 La Roche Posay VIENNE

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but non lucratif

| Type de prise en charge | Nombre de lits | Nombre de places | Nombre de séances |
|--------------------------------------|----------------|------------------|-------------------|
| Soins de suite et/ou de réadaptation | 80 | 0 | 0 |

| | |
|--|---|
| Nombre de sites.: | Un site. |
| Activités principales.: | Soins de Suite et de Réadaptation. |
| Activités de soins soumises à autorisation.: | Activité de soins de suite et réadaptation. |
| Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.: | / |

Réorganisation de l'offre de soins

| | |
|---|---|
| Coopération avec d'autres établissements.: | Dans le cadre des filières de prises en charge de patients, l'établissement « La Colline ensoleillée » dispose de multiples partenariats avec : - Des établissements « d'amont » (MCO) : CH CHATELLERAULT ; Clinique KAPA ; CHU de POITIERS ; CH MONTMORILLON. - Des établissements « d'aval » : EHPAD, CLIC, SSIAD. |
| Regroupement/Fusion.: | / |
| Arrêt et fermeture d'activité.: | / |
| Création d'activités nouvelles ou reconversions.: | / |

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) .

23.a Soins de suite et/ou de réadaptation (Education thérapeutique du patient) .

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:

- La sécurité incendie

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

- Le circuit du médicament
- La stérilisation des dispositifs médicaux
- La désinfection des dispositifs médicaux
- Le laboratoires d'analyses de biologie médicale
- Les infrastructures
- La sécurité électrique
- Les eaux à usage médical
- Les eaux à usage technique
- Les eaux chaudes sanitaires
- Les déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.
- La prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

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.

3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

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

Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.

Oui

L'établissement a défini, en octobre 2013, une conduite à tenir relative au suivi des matériels biomédicaux qui définit les responsabilités et les actions à mettre en œuvre pour le suivi du matériel. La cadre de santé nommée référent matériovigilance participe à la réception et l'identification et au suivi du dispositif médical. Un inventaire du parc de matériel a été fait par le biais d'un tableau de gestion regroupant tous les dispositifs médicaux acquis depuis 2006. Une fiche individuelle est élaborée pour chaque matériel.
Un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement est élaboré.

Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.

Oui

L'établissement a formalisé une procédure spécifique permettant de répondre à une panne d'un dispositif biomédical critique, depuis le 01 03 2013 et mis à jour le 25 10 2013.
Il existe une procédure d'appel des personnes d'astreintes

| | | |
|---|------------------------|--|
| | Oui | techniques qui énumère les pannes avec indication des entreprises de maintenance et modalités d'intervention. Les seuls équipements biomédicaux listés sont le lève-malade et la chaise pèse-personne. |
| E2 Mettre en oeuvre | Réponses aux EA | Constats |
| Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié. | Oui | <p>La fiche de responsabilité « Référent Matériovigilance » a été rédigée fin décembre 2012 par le directeur. Elle intègre des objectifs et des missions : suivi des stocks de matériel, maintenance et réparations, investissements, retraits, suivi individualisé des matériels médicaux et paramédicaux et suivi des EI.</p> <p>La cadre de santé « Référent Matériovigilance » participe à la réception et l'identification et au suivi du dispositif médical. L'inventaire du parc de matériel a été fait par le biais d'un tableau de gestion.</p> <p>Une fiche individuelle est élaborée pour chaque dispositif médical. Ce document reprend le numéro de série, le nom et l'adresse du fabricant ainsi que la maintenance préventive et curative. Parallèlement le service technique complète systématiquement une "fiche travaux" précisant la nature de la panne, la nature et la date de l'intervention et l'identité des intervenants.</p> |
| La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées. | Oui | <p>Pour toute maintenance curative, le service technique complète systématiquement une "fiche travaux" précisant la nature de la panne, la nature et la date de l'intervention et l'identité des intervenants.</p> <p>Ces interventions sont également reportées sur le tableau de gestion des dispositifs médicaux.</p> <p>Par ailleurs, une maintenance préventive est développée au travers des différents contrats de maintenance passés avec les sociétés externes.</p> |

| | | |
|---|------------------------|---|
| Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux. | Oui | Depuis Octobre 2013, la cadre de santé, référent matériovigilance, a repertorié toute la documentation nécessaire à l'exploitation des équipements biomédicaux (notices d'utilisation, conseils d'usage, etc.). Ces documents classés dans le bureau du cadre infirmier, sont accessibles à tout professionnel. Une information régulière est effectuée lors des réunions de service. |
| Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile. | NA | Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration. | En grande partie | La mise en place du plan pluri annuel de remplacement et d'investissement en 2014 a donné lieu à des actions d'amélioration : achats d'équipements, procédure, mise à disposition de la documentation nécessaire aux professionnels. |

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes atteintes d'un handicap Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.

Oui

Le projet de prise en charge des personnes atteintes d'un handicap est formalisé. Il s'est appuyé sur un repérage des populations accueillies et des moyens mis à disposition, ainsi qu'un audit accessibilité.

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.

Oui

Les professionnels sont sensibilisés à la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap physique de part le type de patients traités.
Une réflexion globale sur le handicap a été formalisée dans le cadre du "projet de prise en charge des personnes atteintes d'un handicap".
Des professionnels ont été formés à la prise en charge des "Maladies d'Alzheimer et démences apparentées", ainsi qu'à la "Manutention et autonomie des personnes âgées", en 2013. Ces formations sont renouvelées en 2014. Le projet de sensibilisation des professionnels à la "Prise en charge des patients déficients visuels" est également programmé pour le dernier trimestre 2014.

| | | |
|--|------------------------|---|
| La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective. | En grande partie | Les professionnels coordonnent leurs actions en fonction de la difficulté physique vécue par le patient. Cependant, l'autonomie du patient est limitée par le manque d'adaptation des locaux. Les personnes malvoyantes, par exemple, ou ne pouvant se déplacer seules, ne prennent pas leur repas en salle à manger le soir. |
| E3 Evaluer et améliorer | Réponses aux EA | Constats |
| Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières. | Oui | Le dispositif de prise en charge des personnes atteintes d'un handicap est réajusté au cas par cas lors des réunions pluri disciplinaires hebdomadaires. Ces réunions regroupant les professionnels (soignants, kinés, travailleur social, diététicienne, médecins) permettent de réévaluer le dispositif de prise en charge des patients handicapés. Ces rencontres sont tracées dans le dossier du patient informatisé. |
| L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion. | Non | Il n'existe pas de réseaux ou conventions visant à améliorer l'accès aux soins. |

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 12/02/2013 au 15/02/2013 | Certification avec réserves | rapport de suivi | 12 |
| Rapport de suivi | JUIN 2014 | Certification avec recommandations | / | / |

| | Visite initiale | Rapport de suivi |
|---|-----------------|------------------|
| 1.b (Engagement dans le développement durable) | Recommandation | Recommandation |
| 8.k (Gestion des équipements biomédicaux) | Réserve | Décision levée |
| 19.a (Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique) - Personnes atteintes d'un handicap | Réserve | Décision levée |
| 23.a (Education thérapeutique du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation | Recommandation | Recommandation |

ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.

Titre du projet d'amélioration:

Mettre en place un système de gestion opérationnel et complet de la Matéριοvigilance dans l'établissement

Problematique:

E1 - EA1 (Non)

Dysfonctionnement n°1 : L'établissement n'a pas défini de système de gestion des équipements biomédicaux, intégrant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement. La cadre de santé, récemment nommée référent matériovigilance (fin décembre 2012), a en charge de lister l'ensemble du parc matériel concerné.

E1 - EA2 (Partiellement)

Dysfonctionnement n°2 : L'établissement n'a pas formalisé de procédure spécifique permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique. Il existe une procédure d'appel des personnes d'astreintes techniques qui énumère les pannes avec indication des entreprises de maintenance et modalités d'intervention. Les seuls équipements biomédicaux listés sont le lève-malade et la chaise pèse-personne.

E2 - EA1 (Partiellement)

Dysfonctionnement n°3 : La fiche de responsabilité « Référent Matéριοvigilance » a été rédigée fin décembre 2012 par le directeur. Elle intègre des objectifs et des missions : suivi des stocks de matériel, maintenance et réparations, investissements, retraits, suivi individualisé des matériels médicaux et paramédicaux et suivi des EI. La nomination récente du cadre de santé n'a pas permis la mise en œuvre de ces missions.

E2 - EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°4 : La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée en externe (contrat de maintenance) ou en interne par le service technique. Les demandes d'intervention sont tracées, mais il n'est pas toujours retrouvé la trace de la réalisation effective.

E2 - EA3 (Non)

Dysfonctionnement n°5 : La cadre de santé, référent matériovigilance, est en cours de réalisation de l'inventaire du parc biomédical. L'ensemble des documents nécessaires à l'exploitation du parc n'est pas répertorié, ou centralisé ni retrouvé pour le matériel ancien.

E3 - EA1 (Non)

Dysfonctionnement n°6 : La gestion des équipements biomédicaux n'est pas évaluée. Récemment mise en œuvre par le directeur, elle est un de ses axes de travail pour 2013 avec la cadre de santé.

Résultats obtenus:

L'établissement a réalisé en novembre 2013 un inventaire physique permettant de recenser la totalité des équipements biomédicaux et de mieux prendre en compte les besoins associés. La maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux ont été procédurées et structurés.

| Responsabilités | | |
|-------------------------------|--|---|
| Chef de projet | Equipe de réalisation | Personnes ressources |
| Betty BERGEON, cadre de santé | Direction ; B. BERGEON; L. DEBARD (comptable) ; M. MANCEAU (responsable qualité et gestion des risques) ; C. DELERUE (agent d'entretien), A. DUVAL (informaticien) | Sophie Lagarde (Manager qualité et gestion des risques) |

| Etat d'avancement des actions | | |
|--|----------|----------------|
| Intitulé de l'action | Etat | Date |
| Elaboration d'un plan de maintenance et d'investissement des dispositifs médicaux annuel | Réalisée | 30/03/14 00:00 |
| Réalisation d'un inventaire du parc biomédical par le biais d'un tableau de gestion regroupant tous les dispositifs médicaux achetés dans l'établissement depuis 2006 | Réalisée | 30/11/13 00:00 |
| Réalisation de l'étiquetage du matériel | En cours | 31/12/14 00:00 |
| Identification des dispositifs médicaux par la création d'une fiche individuelle de matériel | Réalisée | 30/11/13 00:00 |
| Actualisation de la procédure de location en cas de panne d'un dispositif médical en particulier critique incluant un suivi mensuel | Réalisée | 25/10/13 00:00 |
| Création d'une procédure pour la conduite à tenir relative au suivi des DM : achat, mise en service avec élaboration de la fiche matériel et suivi annuel | Réalisée | 30/11/13 00:00 |
| Mise en place d'une main courante (fiche de travaux) à l'accueil pour le signalement des pannes et des travaux (émargée par les ouvriers d'entretien après chaque intervention) | Réalisée | 30/11/13 00:00 |
| Suivi de la fiche de travaux pour chaque intervention interne ou externe sur les dispositifs médicaux (informatisée pour le service technique) et classée chez la référente matériovigilance (document papier) | Réalisée | 30/11/13 00:00 |
| Mise en place d'audits sur la gestion des DM (fiches individuelles des matériels et suivi des DM en location) | Prévue | 31/12/14 00:00 |
| Informatisation de la gestion des dispositifs médicaux (logiciel BLUEMEDI société Bluekango) | Prévue | 30/06/15 00:00 |

| Etat d'avancement des évaluations | | |
|---|--------|----------------|
| Intitulé de l'évaluation | Etat | Date |
| Audit sur les fiches individuelles des DM (qualitatif et quantitatif) | Prévue | 31/12/14 00:00 |
| Audit sur le suivi des DM en location | Prévue | 31/12/14 00:00 |

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Ces indicateurs permettent de suivre l'évolution de la prise en charge des dispositifs médicaux :

- Nombre de DM acquis en 2013/nbre de DM inclus dans le système de gestion
- nombre de pannes nécessitant des interventions internes et externes / nombre de dispositif médical
- suivi des délais d'intervention préventive et curative
- Suivi mensuel de location et coût de la location

Validation institutionnelle:

Acquisition du Logiciel GMAT par le siège UGECAM ALPC (inventaire physique)

Présentation du rapport de suivi en réunion de COPIL pour validation

Planification des revues de projet:

Ce projet est intégré au plan d'actions global de l'établissement. Il est suivi dans le cadre des réunions de COPIL. Il est revu 2 fois par an.

Titre du projet d'amélioration:

Optimiser la prise en charge des personnes handicapées

Problématique:

E1 (Non) :
dysfonctionnement n°1 : Il n'y a pas de projet de prise en charge spécifique des personnes atteintes d'un handicap.

E2 - EA1 (partiellement) :
dysfonctionnement n°2 : Les professionnels sont sensibilisés à la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap physique de par le type de patients traités. Un projet de prise en charge des patients mal voyants est en réflexion, mais n'est pas effectif, de plus, il n'y a pas de réflexion globale sur le handicap.

E2 - EA2 (en grande partie) :
dysfonctionnement n°3 : Les professionnels coordonnent leurs actions en fonction de la difficulté physique vécue par le patient. Cependant, l'autonomie du patient est limitée par le manque d'adaptation des locaux. Les personnes malvoyantes, par exemple, ou ne pouvant se déplacer seules, ne prennent pas leur repas en salle à manger le soir.

E3 - EA1 (Non) :
dysfonctionnement n°4 : Le dispositif de prise en charge des personnes atteintes d'un handicap ne fait pas l'objet d'évaluation .

E3 - EA2 (Non) :
dysfonctionnement n°5 : Il n'existe pas de réseaux ou conventions visant à améliorer l'accès aux soins.

Résultats obtenus:

- Prise de conscience sur la nécessité de personnaliser la prise en charge des personnes handicapées, notamment grâce aux formations pluri-professionnelles.
- Formalisation des organisations définies pour la personnalisation de la prise en charge

Responsabilités

| Chef de projet | Equipe de réalisation | Personnes ressources |
|------------------|---|---------------------------------|
| C. Roux, Médecin | G. Keraudren, Médecin A. Moreau, Médecin B. Fodil, Technicien Social M. Manceau, Responsable Qualité | M. Manceau, Responsable Qualité |

| Etat d'avancement des actions | | |
|---|----------|----------------|
| Intitulé de l'action | Etat | Date |
| Réaliser un diagnostic d'accessibilité | Réalisée | 02/03/11 00:00 |
| Réaliser un repérage des populations accueillies et des moyens mis à disposition | Réalisée | 30/09/13 00:00 |
| Formaliser un projet de prise en charge | Réalisée | 23/05/14 00:00 |
| Recruter un ergothérapeute et psychomotricien | Prévue | 31/12/14 00:00 |
| Augmenter le temps de présence du psychologue | Prévue | 31/12/14 00:00 |
| Formaliser une procédure de prise en charge sociale spécifique du patient atteint de handicap | Réalisée | 23/05/14 00:00 |
| Formaliser une procédure de prise en charge spécifique de l'accueil et de l'installation du patient atteint de handicap | Réalisée | 23/05/14 00:00 |
| Former les professionnels à la "manutention et autonomie des personnes" (handicap moteur) | En cours | 30/11/14 00:00 |
| Former les professionnels à l'accueil et à la prise en charge des patients déficients visuels | Prévue | 31/12/14 00:00 |
| Former les professionnels aux langages des signes | Prévue | 31/12/15 00:00 |
| Former les professionnels à l'accompagnement du handicap intellectuel | Prévue | 31/12/15 00:00 |
| Former les professionnels aux troubles psycho-comportementaux | Prévue | 31/12/15 00:00 |
| Diffuser les documents formalisés en interne sur la prise en charge des personnes handicapées avec présentation aux professionnels | En cours | 30/09/14 00:00 |
| Coordination de la prise en charge des patients atteints de handicap réajusté lors des réunions pluridisciplinaires | Réalisée | 31/12/13 00:00 |
| Adapter les équipements pour l'accueil des patients atteints d'un handicap moteur (Réglage des fermetures, allongement des mains courantes, aménagement des sanitaires, paillasons armés, accessibilité des différents distributeurs, abaissement des meubles d'accueil, adaptation d'un véhicule) | Prévue | 30/06/15 00:00 |
| Adapter les équipements pour l'accueil des patients atteints : - d'un handicap visuel (Cheminement libre d'obstacles, signalétique adaptée [pictogrammes, documents agrandis, documents audio, repères en braille, bande de guidage, bande d'éveil podo-tactile, accessibilité du site internet], repères visuels contrastés [sanitaires], amélioration de l'éclairage, accueil du chien guide d'aveugle) - d'un handicap auditif (Système d'alerte vibreur, panneau lumineux ou information télévisuelle sous titrée, installation d'une boucle magnétique, accessibilité internet, adapter les casques d'écoute existants pour la télévision) - d'un handicap psychique et neuropsychologique (Sécurisation des locaux et circuits de déambulation, bandes d'orientation au sol) | Prévue | 31/12/16 00:00 |
| Elaborer les conventions avec d'autres structures pour accueillir une population handicapée, la | Prévue | 31/12/15 00:00 |

Etat d'avancement des actions

| Intitulé de l'action | Etat | Date |
|---|------|------|
| prise en charge actuelle de patients handicapés, ne relève pas de conventions | | |

Etat d'avancement des évaluations

| Intitulé de l'évaluation | Etat | Date |
|--|----------|----------------|
| Réévaluer le projet de prise en charge à chaque mise à jour du projet d'établissement | Prévue | 31/12/17 00:00 |
| Evaluer la satisfaction des professionnels participant aux formations | Réalisée | 31/12/13 00:00 |
| Mise en place d'un programme d'audit sur la prise en charge d'un patient atteint d'un handicap | Prévue | 31/12/16 00:00 |

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Les indicateurs permettant de suivre l'évolution de cette prise en charge sont :

- Proportion de patients accueillis atteints d'un handicap en rapport avec la population accueillie
- Nombre de prise en charge sociale pour handicap
- Nombre de professionnels formés au handicap

Validation institutionnelle:

Le projet de personnalisation de la prise en charge des personnes handicapées a été présenté et validé lors de différentes instances:

- Commission médicale d'établissement,
- Réunion de cadres,
- Réunion de Copil

Planification des revues de projet:

Ce projet est intégré au plan d'actions global de l'établissement. Il est suivi dans le cadre des réunions de COPIL. Il est revu 2 fois par an.

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:

Intégrer l'engagement dans le développement durable dans la stratégie de l'établissement

Problématique:

E2.E1 (Partiellement)

Le projet d'établissement intègre un volet "Développement durable" dans son diagnostic global de l'établissement 2011.

Le chapitre dédié au développement durable intègre les actions initiées ou prévues (communication interne, modification des équipements d'éclairage et de consommation d'eau, suivi et analyse des consommations énergétiques). Les objectifs ne sont pas déclinés dans un plan pluriannuel.

E2.E2 (Non)

L'établissement n'a pas eu d'actions de communication vers les acteurs sociaux, culturels et économiques. Le CPOM2012-2017 ne prévoit pas d'objectif lié au développement durable.

E3 (Partiellement)

La direction assure un suivi régulier (tableaux de bord) de ses consommations énergétiques et DASRI. Les variations génèrent une analyse avec les professionnels concernés et donnent lieu, si nécessaire à la mise en place d'actions. L'établissement n'ayant pas défini de programme pluriannuel, il n'y a donc pas de suivi ni réajustement de celui-ci.

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

- Identifier un référent "Développement Durable"
- Mettre en place une instance de pilotage " développement durable " et identifier des responsables par objectifs
- Définir les niveaux de chauffage optimum par zone ou par local
- Identifier les prescripteurs par nature d'achat dans l'établissement
- communiquer nos objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.

Objectifs ultimes

- Réduire les déchets
- Réduire les émissions atmosphériques
- Optimiser le processus achat
- Assurer la mise à jour du schéma directeur immobilier

| Responsabilités | | |
|---------------------------|-----------------------|----------------------|
| Chef de projet | Equipe de réalisation | Personnes ressources |
| Direction de la structure | | |

Echéancier de réalisation :

2014-2016

Modalités d'évaluation :

suivi des indicateurs par obbjectifs

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

- Fiche de fonction validée "Referent déchets"
- Note de service (création de l'instance de pilotage des "déchetts")
- Note de service (Niveaux de chauffage optimum selon la zone)
- Organigramme "fonction achat"
- Suivi des tableaux de bord de gestion de la consommation d'énergie

Validation institutionnelle:

Les objectifs intermédiaires ont été définis au sein de l'établissement suite à l'élaboration du Projet Institutionnel inter régional , et dans lequel les orientations stratégiques sur le Développement Durable ont été prises.

La validation institutionnelle est réalisée suite à la présentation du projet lors des réunions suivantes:

- CME
- COPIL, Commission des cadres

Planification des revues de projet:

Ce projet est intégré au plan d'actions global de l'établissement. Il est suivi dans le cadre des réunions de COPIL. Il est revu au minimum 2 fois par an.

PLAN D'ACTION

Titre du projet d'amélioration:

Adapter et personnaliser le programme d'éducation thérapeutique aux besoins du patient et de son entourage

Problématique:

E1.EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Suite à une formation à l'éducation thérapeutique, une réflexion menée par un médecin et deux IDE a permis d'identifier le besoin d'élaborer un programme d'éducation thérapeutique afin de prévenir les chutes. Ce thème répond à une préoccupation au sein de l'établissement mais à ce jour le travail n'est pas encore structuré.

E1.EA3 (Non)

Dysfonctionnement n°2 : Il n'y a pas de coordination à l'extérieur de l'établissement

E2.EA1 (Non)

Dysfonctionnement n°3 : A ce jour aucun programme d'éducation thérapeutique n'est proposé au patient.

E3.EA3 (Non)

Dysfonctionnement n°4 : Il n'y a pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé dans l'établissement et l'accès du patient à un programme extérieur n'a pas fait l'objet d'une réflexion

Résultats attendus

Objectifs intermédiaires

- Etudier la cartographie des réseaux locaux pour évaluer les besoins
- Analyser le profil des patients accueillis (ruraux, âgés et poly pathologiques) en attente d'un devenir à court terme, (retour au domicile, ou placement provisoire ou long séjour), ainsi que les profils des patients ayant chuté avant l'admission à La Colline Ensoleillée et pendant le séjour.
- Analyser la pertinence du choix de ce programme d'éducation thérapeutique par rapport à la récurrence et à la gravité des conséquences (grille chute)
- Demande en cours pour une formation à l'ETP pour une IDE

Objectifs ultimes

1. Orienter le choix du programme d'éducation thérapeutique en fonction des besoins de la patientèle et obtenir une autorisation de l'ARS
2. Permettre aux professionnels d'acquérir des compétences en matière d'éducation thérapeutique

| Responsabilités | | |
|------------------------|--|--|
| Chef de projet | Equipe de réalisation | Personnes ressources |
| C. Roux (médecin chef) | G. Keraudren (médecin) C. Roux (médecin) A. Moreau (médecin) B. Benhaddane (IDE) B. Doni (IDE) | C. Roux (médecin chef) B. Benhaddane (IDE) B. Doni (IDE) |

Echéancier de réalisation :

2015

Modalités d'évaluation :

un audit

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

La pérennisation des résultats est prévu sous forme d'un suivi d'indicateurs :
 - Nombre de patients chuteurs
 - Nombre de patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique

Validation institutionnelle:

La validation institutionnelle est réalisée suite à la présentation du projet lors des réunions suivantes:
 - CME
 - COPIL

Planification des revues de projet:

Ce projet est intégré au plan d'actions global de l'établissement. Il est suivi dans le cadre des réunions de COPIL. Il est revu au minimum 2 fois par an.