

COFIL QUALITE et GESTION des RISQUES

Compte-rendu du COFIL Qualité et Gestion des risques, associatif du :
Mardi 28 juin 2016 de 14h à 16h au COPES (26 boulevard Brune, 75014 Paris)

- 1) Signature de la feuille de présence
- 2) Retour du rapport de certification V2014 de la HAS
- 3) Mise à jour du programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- 4) Politique EPP
- 5) Mise à jour du tableau de bord des indicateurs
- 6) Mise à jour du compte qualité
- 7) Communication et diffusion des documents révisés
- 8) Diffusion du bulletin qualité à la rentrée

P.J. :

- Pré-rapport de certification V2014 de l'Association Cerep-Phymentin

- Programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (version 5)

2) Présentation du pré-rapport de certification V2014 de la HAS

Cf. Pré-rapport de certification V2014 Cerep-Phymentin en PJ

Tous les écarts contribuent à l'appréciation du niveau de maturité de la thématique pour chaque sous-étape du PDCA (Prévoir, Mettre en œuvre, Evaluer et Agir) :

Fonctionnement non défini	Fonctionnement de base	Fonctionnement défini	Fonctionnement maîtrisé	Fonctionnement optimisé
---------------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

Type de qualification	Définition
Point sensible	Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels Ou, Ecart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système.
Non-conformité	Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels Ou, Ecart indiquant une rupture du système.
Non-conformité majeure	Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation Ou, Absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.

Processus décisionnel (par la HAS)

Deux mois après la transmission des observations, la HAS envoie le rapport définitif avec décision du niveau de certification :

Décision V2014 pour les établissements

A	Certification
B	Certification avec recommandation(s) d'amélioration
C	Certification avec obligation(s) d'amélioration
D	Sursis à statuer
E	Non certification

Les conclusions de notre pré-rapport de certification V2014 :

Presque un sans faute !! Seulement 4 remarques !

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Source PT/AP	Critère V2010
Droits des patients	P / Définition de la stratégie	PS	La politique de respect des droits des patients n'est pas formalisée. Le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques de l'association. Le projet associatif CEREP-PHYMENTIN fait cependant référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ainsi qu'à la charte du patient hospitalisé.	AP	1d
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les professionnels ne bénéficient pas de formations aux droits des patients ainsi que sur la prévention de la maltraitance. Le plan de formation n'intègre pas de formation aux droits des patients et aucune formation n'est mise en œuvre.	AP	1d
Dossier patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas en application dans tous les établissements. Les préconisations d'harmonisation sont récentes et inégalement appliquées dans tous les établissements, mais ces démarches sont en cours. Par exemple le dossier de soins n'est pas dans tous les établissements avec le dossier médical, mais à la pharmacie.	AP	14a
		PS	La traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas tracée dans tous les dossiers. Les documents créés récemment par le CLUD ne sont pas intégrés dans tous les dossiers des différents établissements. Le patient traceur 2 confirme ce constat.	AP	14a

Le pré rapport de la visite de certification qui s'est déroulée en février 2016, nous a été transmis la semaine dernière. Le rapport est plutôt « bon » et bienveillant : « *presque un sans-faute !! Seulement 4 remarques* » :

■ **sur la thématique « Droits des patients » :**

- « *P / la définition de la stratégie la politique de respect des droits des patients n'est pas formalisée. Le respect des droits des patients n'est pas inscrit dans les orientations stratégiques de l'association. Le projet associatif CEREP-PHYMENTIN fait cependant référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ainsi qu'à la Charte du patient hospitalisé.* »

Action prévue : le groupe pilote sur les Droits des patients (Xavier, Corinne, Georges, Marie-Noëlle) va travailler sur ce point notamment en proposant une révision de la Charte associative et un additif au projet associatif / politique. Le directeur général s'associera à ce groupe. Une réunion est prévue à l'automne 2016.

- « *D / Disponibilité des ressources. Les professionnels ne bénéficient pas de formations aux droits des patients ainsi que sur la prévention de la maltraitance. Le plan de formation n'intègre pas de formation aux droits des patients ainsi que sur la prévention de la maltraitance. Le plan de formation n'intègre pas de formation aux droits des patients et aucune formation n'est mise en œuvre.* »

Action prévue : (deux propositions à retravailler avec le groupe pilote « Droits des patients » et le siège)

- **Un cycle de formation pluriannuel (sur 3 ans) pour les cinq établissements sanitaires afin de former l'ensemble des professionnels (toutes fonctions confondues) ; cette démarche transversale pourrait également permettre des échanges sur les expériences cliniques et les pratiques professionnelles. Le COPES pourrait être sollicité pour ce cycle de formation. Des ressources pourraient être dégagées pour financer ces formations. Cette formation devra prendre en compte les recommandations de l'ANESM et les exigences de la HAS.**
- **Une journée associative avec une demi-journée en séance plénière et l'autre demi-journée en groupes de travail.**

Une réunion de travail entre le groupe pilote « Droits des patients » et le siège sera organisée à la rentrée, afin de définir les modalités d'actions à court terme et également sur le long terme.

■ **Sur la thématique dossier patient -D/ description de la mise en œuvre effective**

- « *Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas en application dans tous les établissements. Les préconisations d'harmonisation sont récentes et inégalement appliquées dans tous les établissements, mais ces démarches sont en cours. Par exemple le dossier de soins n'est pas dans tous les établissements avec le dossier médical, amis à la pharmacie.* »

Action prévue : l'investissement sur le DPI (Dossier Patient Informatisé) ainsi que la formation des professionnels à cet outil permettra de répondre complètement aux exigences. Le premier volet administratif devrait être mis en place dès le premier trimestre 2017.

- « La traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas tracée dans tous les dossiers. Les documents créés récemment par le CLUD ne sont pas intégrés dans tous les dossiers des différents établissements. Le patient traceur 2 confirme ce constat. »

Action prévue : Le groupe pilote sur « La prise en charge de la douleur » transmettra la dernière version de la fiche douleur ainsi que le protocole correspondant, qui précisera la fréquence et les règles de tenue.

- Observation sur le pré-rapport :

L'adresse de la page de garde du rapport de certification comporte l'adresse du COFI CMP. Il sera indiqué à l'HAS d'inscrire celle de l'Hôpital de jour Centre André Bouloche qui porte le FINESS de référence pour l'administration (Dotation, CPOM...).

Modalités de suivi de notre rapport :

- Réception de notre rapport définitif avec la décision du niveau de certification et des modalités de suivi (vers le mois d'octobre 2016) :

Soit décision de certification avec recommandation(s) d'amélioration : B	<ul style="list-style-type: none"> - Envoi du CQ tous les 24 mois avec améliorations - Visite obligatoire maxi dans les 4 ans
Soit décision de certification avec obligation(s) d'amélioration : C	<ul style="list-style-type: none"> - Envoi du CQ maxi dans les 12 mois, partie supplémentaire sur les thématiques ayant fait l'objet d'obligation d'amélioration avec preuves de la maîtrise des risques. - Compéter la partie Management de la qualité et des risques dans le CQ - Analyse du CQ par la HAS (1 mois) et soit transmission d'un additif pour décision de certification A ou B ; soit organisation d'une visite de suivi sur les thématiques concernées.

- Diffusion et publication
 - **Obligation d'information du rapport auprès du CA, du COPIL qualité associatif, de la CME**
 - **Obligation d'information des équipes (via le bulletin qualité)**
 - **Obligation d'information auprès des familles : CRU, site internet**
 - **Publication des résultats sur le site de la HAS et sur scopesante.fr**

3) Mise à jour du programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Cf. Programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (version 5) en P.J.

- Mise à jour du PAC au regard des actions déjà menées
- Mise à jour du PAC suite au retour du rapport de certification
- Planifier les actions prioritaires à mener d'ici le 31 décembre 2016 et celles à mener courant 2017

Synthèse des actions prioritaires, avant le 31 décembre 2016
Réviser le règlement intérieur des établissements
Réviser le règlement du comité technique
Valider le règlement du conseil des directeurs
Renouvellement de l'autorisation du siège (CPOM médico-social)
Révision des documents uniques des risques professionnels
Suivi des actions du PAPRI Pact
Mise à jour du compte qualité et suivi du PAC
Valider la politique EPP, mettre en place les EPP et communication des résultats EPP V2010
Formation des professionnels aux précautions standards et agents de service à l'hygiène des locaux
Organisation formation professionnels aux droits des patients et prévention maltraitance
Actualiser la charte éthique associative et rédiger un additif au projet associatif sur la politique des droits des patients
Systématiser la traçabilité des situations douloureuses dans les dossiers (fiche douleur)
Tracer dans les dossiers la remise des livrets d'accueil aux familles (mise à disposition pour les familles)
Déploiement du projet d'informatisation des dossiers patients (DPI)
Réaliser un pré-diagnostic sur les exigences du BILANLIN et ICSHA3 (gestion des risques infectieux)

- Validation du programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins version 5

Remarque :

- Une réflexion sera menée en 2017 quant à la méthodologie à déployer pour la mise à jour des projets d'établissement sanitaires. Le calendrier de travail sera fonction de la diffusion du projet régional de santé. Notre défi sera de concilier la richesse et les spécificités des structures avec le format imposé par l'ARS (un seul document regroupant les 5 projets d'établissements).

4) Politique des EPP

Organisation d'une CME en octobre-novembre 2016 afin de définir les modalités de communication des résultats EPP V2010 et définir la/les thématiques EPP de la V2014 et son organisation (groupe pilote, formation des professionnels, professionnels responsables de l'EPP, rédaction...).

- Extrait de la politique EPP 2016-2020 (document à finaliser et à valider en CME) :

Sur l'ensemble de ces éléments, plusieurs thématiques transversales sont proposées :

- Affirmer l'inscription dans le champ sanitaire de la prise en charge dispensée par les hôpitaux de jour : réaliser une EPP sur la prise en charge des familles (Engagement inscrit dans le CPOM)
- Améliorer la fluidité des parcours de soins en psychiatrie : réaliser un bilan annuel quantitatif et qualitatif des sorties et orientations sur l'ensemble des structures sanitaires (Engagement inscrit dans le CPOM)
- Analyser de manière rétrospective le parcours de patients et réaliser un diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en identifiant les points positifs et points à améliorer : méthode du patient traceur en interne
- Projets de soins des établissements : EPP en lien avec les projets de recherche des établissements
- ?

- Focus de la formation patient traceur

Validation DPC : (Pierre, Marie-Noëlle, Bénédicte, Philippe, Olivier et Séverine) Suite à la formation « patient traceur » fin 2015, 5 médecins et une infirmière ont bénéficié d'une attestation justifiant de leur participation à ce programme DPC.

Ce programme pluriannuel est constitué de 3 étapes :

Une étape cognitive (la formation présentielle à laquelle vous avez déjà participé en 2015) ;

Une étape analyse des pratiques (à réaliser en 2016)

Une étape suivie des actions (à réaliser en 2016)

Ces trois étapes doivent être suivies pour obtenir l'attestation DPC.

Pour ce qui est de l'étape analyse des pratiques :

La méthodologie d'analyse retenue par le BAQIMEHP pour ce programme DPC est : le patient traceur. Afin de valider cette étape, nous devons transmettre les éléments de preuve attestant de la réalisation de cette analyse ainsi que de la participation des professionnels concernés (il est recommandé d'utiliser les outils mis à disposition par la HAS dans son guide patient traceur), soit :

- la fiche de synthèse patient traceur dûment complétée (annexe 6 du guide patient traceur) avec les résultats de l'évaluation et plans d'actions anonymisés
- le plan d'actions associé (annexe 7)
- les attestations de présence/feuilles d'émargement attestant de votre participation

Pour ce qui est de l'étape de suivi :

Nous devons suivre le programme d'actions et refaire une réévaluation des actions mises en place et transmettre les éléments attestant de ce suivi, soit :

- le tableau de suivi des actions,
- la fiche de suivi d'action d'amélioration,
- la nouvelle procédure ou protocole
- les attestations de présence/feuilles d'émargement attestant de votre participation

Attestation DPC :

Nous devons adresser chaque année civile les éléments de traçabilité d'au moins une étape de ce programme. BAQIMEHP pourra ainsi valider notre participation aux étapes définies par le programme DPC et nous délivrer chaque année civile une attestation de participation. Nous pourrons ensuite la transmettre à l'Ordre et/ou à l'ARS.

5) Mise à jour du tableau de bord des indicateurs

Cf. Tableau de bord des indicateurs qualité et gestion des risques (version 2)

■ Synthèse des bilans des événements indésirables (sur 3 établissements)

- Nombre de fiches renseignées : 43
- Nature des événements :

	Logistique	Technique	Système d'information	Prise en charge/soins	Sécurité biens & personnes	Cas spécifiques
Nombre d'événements	12	2	4	6	18	1

- Evaluation des événements :

	Criticité mineure (1 à 4)	Criticité majeure (4 à 16)
Nombre d'événements	35	8

- Nombre d'actions correctives et exemples : 86% actions correctives

■ Finaliser la mise à jour du tableau de bord des indicateurs (par le siège)

6) Mise à jour du compte qualité (en juillet)

7) Communication et diffusion des documents révisés (à intégrer à la gestion documentaire des établissements) à la rentrée : PAC, tableau de bord indicateurs, CR COPIL qualité du 28 juin 2016 et CR CME du 10 mai 2016.

8) Diffusion du bulletin qualité à la rentrée

Prochain COPIL qualité et gestion des risques : en décembre 2016