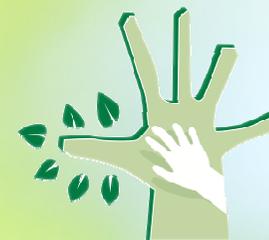


# **Retour d'expérience V2014 REQUA**

**16 Juin 2016**

**Suivi mis en place à la réception du rapport  
de certification**

**C. JACQUINOT – Secrétaire Générale  
G. MICHEL – Responsable qualité  
Direction Qualité Risques**



**CENTRE  
HOSPITALIER**

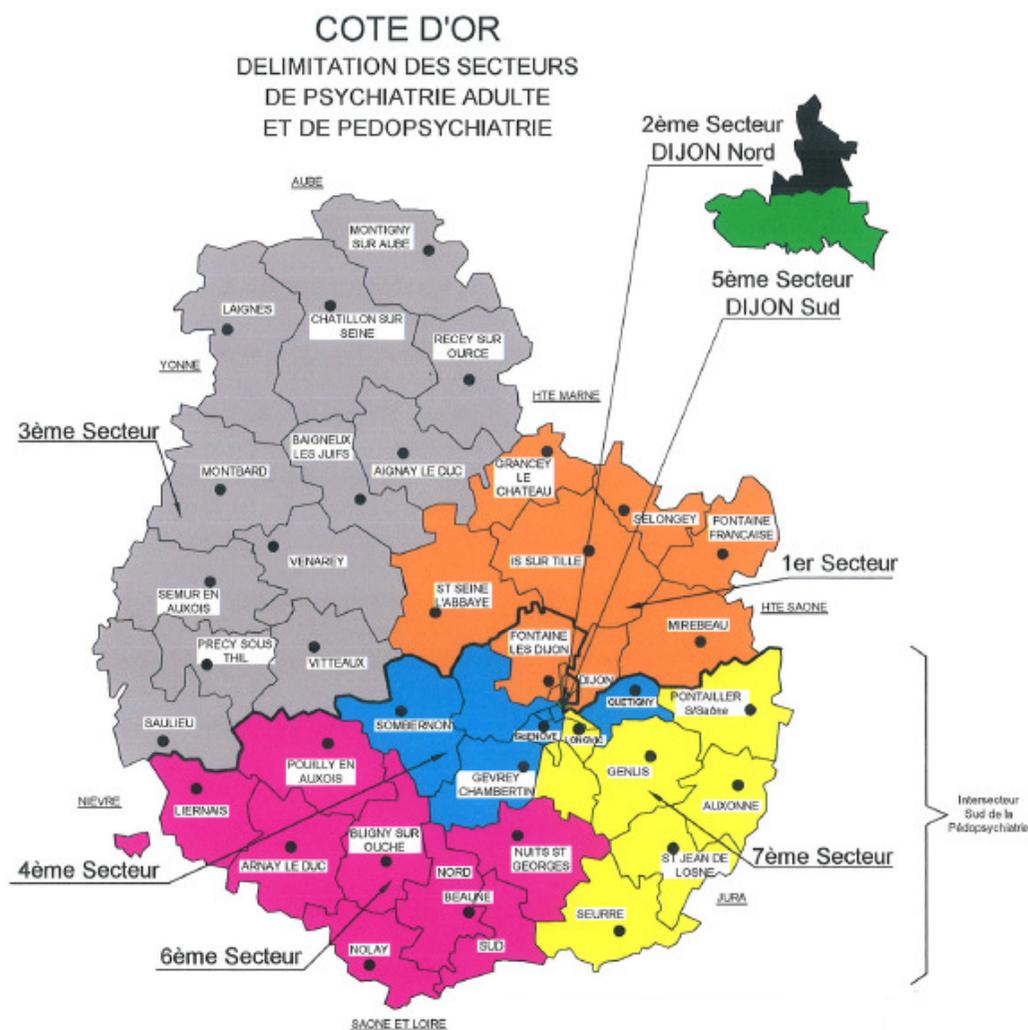
*La Chartreuse*

# POSITIONNEMENT DANS L'ENVIRONNEMENT

**PSYCHIATRIE ADULTE :**  
7 secteurs dont 5 dépendent du CH la Chartreuse.

**PEDOPSYCHIATRIE :** 3 secteurs dont 1 dépend du CH la Chartreuse

(ISCO : Intersecteur Sud de Côte d'Or)



## LA SECTORISATION EN CÔTE D'OR

# LA CAPACITÉ EN LITS ET PLACES

AU TOTAL : 593 LITS ET PLACES

405 LITS :

- 310 lits de psychiatrie adulte
- 75 lits personnes âgées (dont 42 lits d'USLD )
- 20 lits foyer d'accueil médicalisé (secteur médico-social)

188 PLACES

- 120 places de psychiatrie adulte
- 68 places de pédopsychiatrie

1110 personnels non médicaux, 40 praticiens hospitaliers

# RAPPORT DE CERTIFICATION

## DÉCISION DE CERTIFICATION

Décision :

**Niveau C**

- Certification de l'établissement avec obligation d'amélioration
  
- Obligation d'amélioration pour :
  - Management de la prise en charge médicamenteuse
  
- Recommandations d'amélioration pour :
  - Management de la qualité et des risques
  - Parcours du patient
  - Dossier patient

# RAPPORT DE CERTIFICATION

## SUIVI DE LA DÉCISION

- L'établissement transmettra à la HAS un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois (30 septembre), indiquant les actions correctives sur :
  - Prise en charge médicamenteuse
  - Management de la qualité et des risques
  
- Suite à l'envoi du compte qualité 2 décisions possibles :
  - Certification avec recommandation d'amélioration
  - Visite de suivi

# RAPPORT DE CERTIFICATION

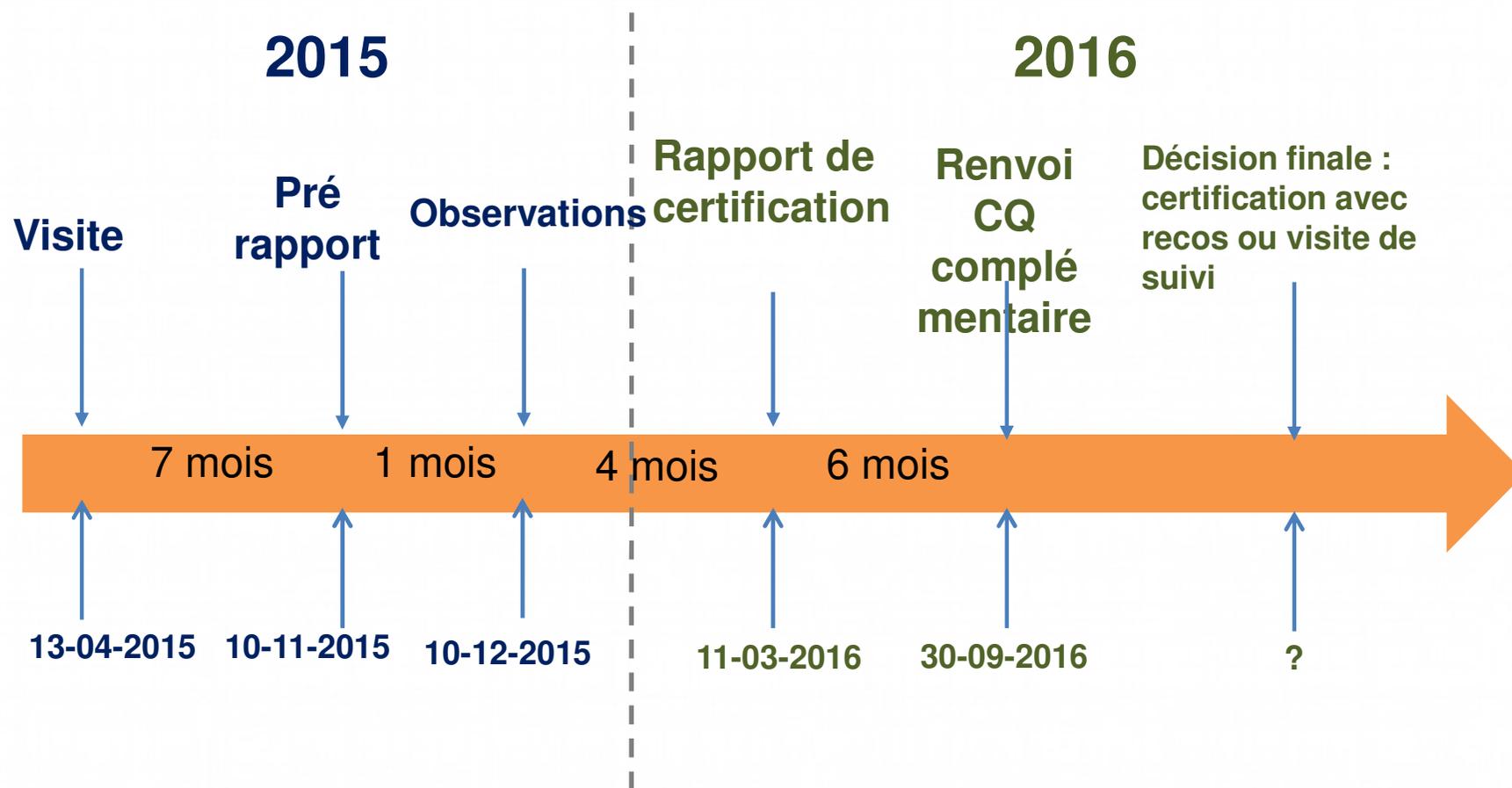
PROCESSUS	PRE RAPPORT	RAPPORT CERTIF
Dossier patient	1 non-conformité 2 points sensibles	Confirmé 1 point sensible rectifié 1 point sensible confirmé
Parcours patient	3 non-conformités 4 points sensibles	Confirmés 3 PS confirmés 1 PS levé : analyse non systématique suicides
Droits des patients	2 non-conformités 9 points sensibles	
Management PECM	5 non-conformités 4 points sensibles	Confirmés Confirmés
Management qualité	6 points sensibles	

**36 écarts dont 11 non-conformités**

# CALENDRIER POST-VISITE

<b>13- 17 avril 2015</b>	Visite de certification
<b>18 mai 2015</b>	Restitution institutionnelle visite
<b>Mai- Juin 2015</b>	Elaboration d'un plan d'actions post-certif
<b>10 novembre 2015</b>	Réception du pré-rapport
<b>Du 12 novembre au 02 décembre 2015</b>	Organisation des réponses avec les pilotes en 5 groupes de travail, coordonnés par la Direction Qualité
<b>Du 02 au 05 décembre 2015</b>	Relectures collectives Directions des soins + Président de la CME
<b>Le 10 décembre 2015</b>	Saisie des observations dans SARA Envoi HAS
<b>Le 11 mars 2016</b>	Réception du rapport de certification

# RAPPORT DE CERTIFICATION RÉTRO PLANNING



# LES CONSTATS GENERAUX

- Les écarts explicités en fin de visite correspondent aux écarts du pré-rapport + rapport
  - Enclenchement rapide des actions de redressement des écarts
- Le collège HAS n'a pas tenu compte des observations transmises suite au pré-rapport
  - Impact faible des observations
- Non conformités centrées sur
  - La prise en charge médicamenteuse
  - Le parcours patient
- Management de la qualité : pas de non-conformités

# LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE

## REDRESSEMENT IMMÉDIAT DE CERTAINS ÉCARTS

- USLD/EHPAD
  - Administration de médicaments par les AS supprimé grâce à une réorganisation des tâches
- Liste des paraphes mise en œuvre
  - IDE habilitées à administrer
- Mallettes d'urgence entièrement revues dans toutes les unités
- Reconditionnement nominatif en pharmacie des formes sèches qui sont conditionnées en multi-doses
  - Suppression des médicaments déblistérés

# LES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Pilotage recentré sur les 5 processus clés de la visite
- Responsabilisation des pilotes de processus
  - Définition de fiches de missions
  - Formation au management de processus
- Politiques formalisées
  - Droit des patients
  - Médicament
  - Dossier patient
  - Parcours patient (en cours)

# LES ACTIONS MISES EN OEUVRE

- Simplification de l'organigramme qualité
- Audit flash circuit du médicament
  - Réalisé par un groupe d'auditeurs formés (mars 2016)
- Autoévaluation par les cadres du dossier patient
  - Evaluation mensuelle
  - Outil Excel automatisé

# AUDIT FLASH MEDICAMENT

- Ciblé sur le stockage et la préparation dans les unités
- Grille élaborée à partir :
  - Des écarts formulées par la HAS
  - Des axes d'amélioration déjà identifiées
- Questions posées
  - Local pharmacie sécurisé
  - Porte de l'armoire à pharmacie fermée à clé
  - Aucun médicament déblistérisé
  - Etiquetages piluliers conformes
  - Contrôles de péremptions conformes
  - Contrôle des température du réfrigérateur tracé
  - Malette d'urgence conforme
  - Contenu du coffre à stupéfiant conforme

# AUTO EVALUATION DOSSIER PATIENT

## LES THÈMES

- Dépistage des troubles nutritionnels
  - L'IMC du patient est tracé dans les 7j de l'admission
  - Une notification du poids est tracé tous les 21j
- Douleur
  - Recherche d'une douleur avec évaluation (avec échelle) à l'arrivée
  - Si douleur, une réévaluation de la douleur avec échelle réalisée et tracée
- Mention de la recherche de la personne de confiance
  - Le formulaire « désignation de la personne de confiance » est dans le dossier, complété et signé par le patient

# AUTO EVALUATION DOSSIER PATIENT

## LES THÈMES

- Droits des patients
  - La fiche DSD est à jour
  - Présence de la photocopie d'une pièce d'identité
  - L'information du patient sur son mode d'hospitalisation a été faite
  - La nature de la protection juridique est renseignée
  - Le tuteur est renseigné (Nom ET coordonnées)
  - La personne à prévenir est renseignée (Nom ET coordonnées)

# ACTIONS REALISEES PAR PROCESSUS

## PROCESSUS PARCOURS PATIENT

Ecart	Actions
Absence de matériel d'urgence vitales (2 unités extra)	Mallettes d'urgence mis en place dans toutes les unités extra
Présence médicale dans les structures extra	Réflexion en cours en CME Elaboration d'un planning de présence pour les structures extra
Aménagement des locaux pour les personnes handicapées	Mise en conformité des locaux à réaliser
Certains actes de suicide n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie	Renforcement du travail de l'EPP suicide (grille d'évaluation du risque suicidaire en cours)
Plan d'actions patient traceur pas connus des professionnels	Centralisation des plans d'actions et affectation des actions aux comités techniques compétents

# ACTIONS REALISEES PAR PROCESSUS

## PROCESSUS MANAGEMENT QUALITÉ RISQUES

Ecart	Actions
Circuits de signalement multiples	Informatisation de la gestion des risques (appel d'offre en cours)
Défaut de lisibilité du PAQSS, multiples plans d'actions	Centralisation de toutes les actions dans un seul document (en cours)
Evaluation des risques a priori en extra hospitalier	Cartographie des risques à engager sur les structures extra
Pas de fiches de mission des pilotes	Elaboration de fiches de mission types puis travail avec les pilotes de chaque processus
Plan d'actions patient traceur pas connus des professionnels	Centralisation des plans d'actions et affectation des actions aux comités techniques compétents
Pas d'analyse systématique des EIG	Mise en place de CREX mensuel sur les actes de violence Définition d'une méthode d'analyse en cours pour les événements récurrents <sup>16</sup>

# ACTIONS REALISEES PAR PROCESSUS

## PROCESSUS MÉDICAMENT

Ecart	Actions
Déblastérisation des médicaments	Reconditionnement des vitamines par la pharmacie et 1/2 et 1/4 jetée
Retranscription des traitements par les IDE (en extra)	Déploiement prescription informatisée en extra (en cours)
Identification des personnes habilitées à administrer	Registre des paraphes en extra (nom, prénom, signature, initiales)
Identification non conforme des piluliers	Travail en cours sur de nouvelles étiquettes
Information du patient sur le bon usage des médicaments	Mise à disposition de dépliant à l'attention des patients
Pas de protocole de double vérification des médicaments	Mise à jour de la liste des médicaments à risque

# ACTIONS REALISEES PAR PROCESSUS

## PROCESSUS DOSSIER PATIENT

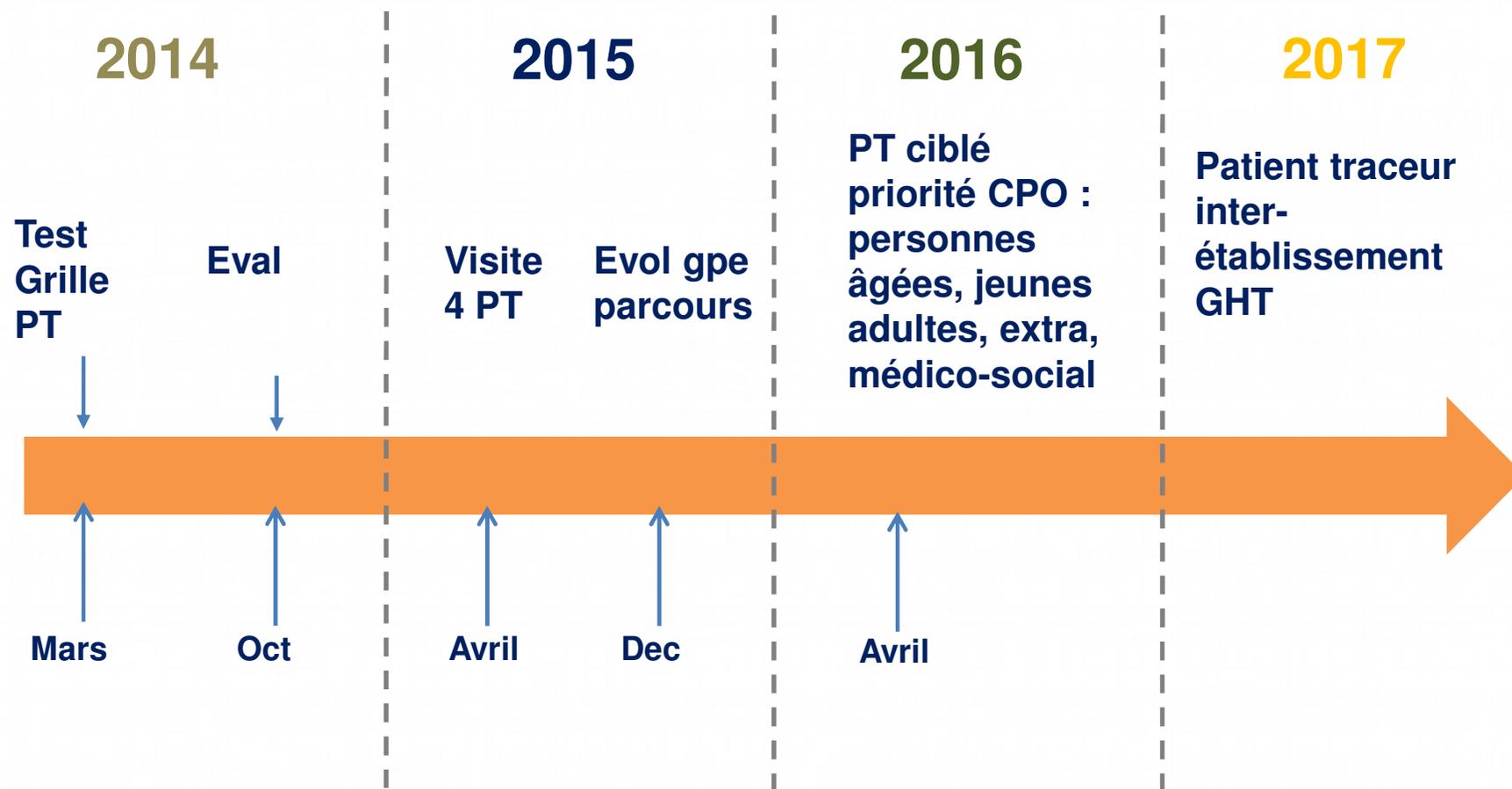
Ecart	Actions
Utilisation d'aides-mémoires pour identifier les soins et les activités	Formation des professionnels
Identification de toutes les pièces du dossier manquante	Impression des planches d'étiquettes dans chaque unité
Les IDE ne savent pas identifier les principales cibles	Formation des professionnels aux transmissions ciblées
Les cibles ne sont pas clôturées	Informatisation des TC

# ACTIONS REALISEES PAR PROCESSUS

## PROCESSUS DROIT DES PATIENTS

Ecart	Actions
Certains locaux ne garantissent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des locaux	Travaux à réaliser
Traçabilité du formulaire de désignation de la personne de confiance	Autoévaluation dossier patient + sensibilisation
Professionnels pas tous formés aux droits des patients	Formation interne mise en place depuis début 2015 et renouvelée
Pas de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage	Formation interne programmée sur l'année 2016
Pas de registre des chambres d'isolement dans les unités fermées	Test en cours d'un outil informatique de suivi des isolements et contentions

# EVOLUTION PATIENTS TRACEURS



# DEPLOIEMENT DE LA CULTURE QUALITE

Lettre OQS

Séminaire  
qualité  
pilotes

Objectifs  
qualité contrat  
de pôle

Rencontre  
mensuelle  
DSI/DQR



La Roue de Deming et l'amélioration permanente...

Formation  
auditeurs

Accompagnement  
dans les unités :  
CREX



**Merci de votre attention**

**Avez-vous des questions ?**