



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
HOPITAL MARITIME DE  
ZUYDCOOTE**

**Boulevard vancauwenberghe  
59123 ZUYDCOOTE**

**NOVEMBRE 2016**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

## 2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

### 3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectif dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o 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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

**2.1 La caractérisation générale** qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE	
Adresse	Boulevard vancauwenberghe 59123 Zuydcoote
Département / région	NORD / NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	590784245	HOPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE	Boulevard vancauwenberghe 59123 Zuydcoote
Etablissement de santé	590001442	HOPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE	Boulevard vancauwenberghe 59123 Zuydcoote

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
SSR	SSR	203	50

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	/
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>Convention de coopération de prise en charge des patients et la permanence des soins selon les textes encadrant l'activité de SSR : HMZ - CHD.</p> <p>Convention cadre de coopération hospitalière du Dunkerquois : HMZ – CHD</p> <p>Convention relative aux modalités de coopération.</p> <p>Convention de coopération en vue d'apporter une réponse concertée aux besoins sanitaires du Dunkerquois en matière SSR : HMZ – CHD – PGS</p> <p>Convention de coopération entre HMZ et le CH de St Omer</p> <p>Convention constitutive d'une fédération médicale hospitalière de coopération dans le domaine de l'addictologie : HMZ – CHD – CH Calais</p> <p>Convention relative à la filière de soins en addictologie du</p>

Dunkerquois : HMZ – CHD – PGS.  
 Convention d'accès pour les patients du CH de Calais pour les affections des brûlés et celles liées aux conduites addictives délivrées en secteur de soins de suite et réadaptation.  
 Convention de prise en charge en SSR spécialisés par l'HMZ des patients du CH de Boulogne-sur-Mer.  
 Convention pour la réalisation de la biologie médicale entre HMZ et CHD  
 Convention pour la lutte contre la douleur : HMZ – CHD – PGS  
 Convention pour la prise en charge des soins palliatifs : HMZ – CHD – PGS  
 Convention constitutive de la filière de soins gériatriques hospitalière : HMZ – CHD – PGS.  
 Convention constitutive du parcours de soins de la personne obèse sur le territoire des Flandres maritime et intérieure : HMZ – CHD – EPSM – Réseau PREVAL.  
 Convention de prise en charge des patients adolescents en surcharge pondérale au sein de l'HMZ : CH de l'Arrondissement de Montreuil – HMZ  
 Convention de partenariat relative à l'organisation de la continuité des soins de patients grands brûlés : CHRU de Lille – HMZ  
 Convention de partenariat fixant les conditions de collaboration des deux parties représentées à l'acte en vue de l'hospitalisation à domicile des malades relevant de ce service : HAD Flandre Maritime – HMZ.  
 Protocole relatif à la collaboration entre le service social de l'HMZ et le service social de la CARSAT Nord-Picardie.  
 Convention constitutive du réseau de soins des traumatisés crâniens de la région Nord-Pas-de-Calais : HMZ – CHRU de Lille.  
 Réseau régional des consultations de la mémoire : MEOTIS.  
 Groupe Septentrional d'Etudes et de Recherche sur le Sclérose En Plaques : G-SEP et filiale PROXI SET.

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :  
- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Droits des patients  
Dossier patient  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

## 3. 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. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

## 4. 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.

## 5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.  
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

# PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

## 2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Hospitalisation complète	amputation sur ischémie	Programmé	Complexe (ré hospitalisation)	SSR
2	Enfant/Adolescent	HDJ	post chirurgie orthopédique	Programmé	Simple	SSR
3	Adultes	Affection appareil locomoteur - HC	chirurgie sur gonathrose	Programmé	Complexe (via balnéothérapie)	SSR
4	Adultes	HDJ	brûlure thermique	Programmé	Simple	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

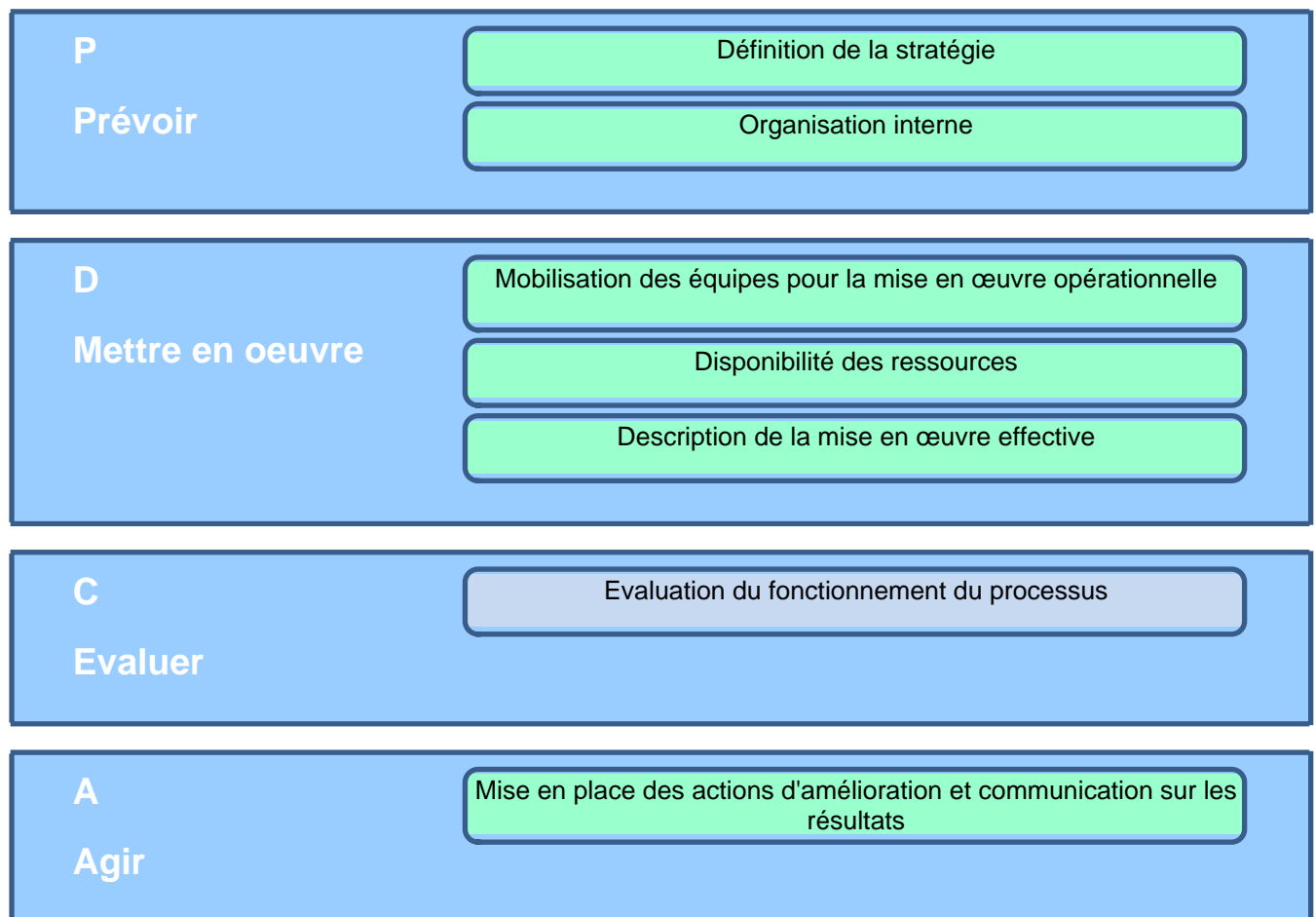
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'hôpital maritime de Zuydcoote a une organisation pavillonnaire, et des travaux de réhabilitation se sont étalés sur les 10 dernières années (dernier déménagement prévu les 28 et 29 avril 2016). Une vacance du poste de directeur d'établissement de 2013 au 01.04.2015, et la restructuration des activités (orientation initialement gériatrique dont la deuxième unité a été réorientée en SSR respiratoire) jusqu'à une période récente explique la non mise à jour du projet d'établissement (projet antérieur couvrant le période 2010-2015).

L'établissement a mis en place une organisation afin d'identifier les risques au sein de l'établissement. L'animation de cette organisation est tri partite : direction, CME, direction des soins avec l'aide méthodologique de la direction qualité.

L'identification des risques est basée sur les analyses de risques a priori selon la méthode AMDEC, les risques a posteriori identifiés par les déclarations des EI, les plaintes et réclamations, l'exploitation des questionnaires de satisfaction, les expérimentations de la méthode « patient traceur » et les orientations stratégiques identifiées dans le CPOM.

Les risques ont été hiérarchisés selon les méthodes de la HAS. Ils sont regroupés dans le compte qualité, utilisé comme outil de pilotage de la démarche.

Les mesures de traitement identifiées et priorisées sur l'ensemble des secteurs sont regroupées dans un « programme de prévention et gestion des risques ». Ce programme est présenté pour validation aux instances de l'établissement (conseil de surveillance, directoire, CME, CSIRMT, CRUCPC).

**ORGANISATION INTERNE**

La politique de l'établissement est formalisée dans un document « politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins 2015-2020 » organisée autour de deux thèmes : « la culture qualité et de la sécurité des soins » et « patient = co-acteur de la qualité et de la sécurité des soins ».

L'établissement s'est appuyé sur une réflexion pluri professionnelle et sur les travaux des différentes sous-commissions de la CME (CLAN, CLUD, CSTH, COMEDIMS...) afin d'identifier ses risques.

L'instance de pilotage de la gestion des risques est le directoire. Le coordonnateur des vigilances et des commissions est le responsable qualité.

Une aide méthodologique est apportée par le service qualité, composé du responsable qualité (70%) et une assistante (temps plein). La direction qualité participe à tous les groupes de travail et des commissions.

Le directoire a désigné deux pilotes pour chaque thématique. Leurs missions ont été définies.

Les moyens afin de favoriser et développer les déclarations des événements indésirables sont mis en place (procédure, disponibilité informatique des formulaires de déclaration). Il existe une charte d'engagement de la direction à la déclaration mentionnant l'action non punitive en cas d'erreur. Un comité (COVIRIS) assure l'analyse de chaque déclaration en lien avec les responsables de commissions ou thématiques concernés.

La gestion documentaire entièrement informatisée est gérée par le responsable qualité gestionnaire des risques.

L'accès à la GED est opérationnel sur l'ensemble des postes informatiques.

La satisfaction des usagers est évaluée par des questionnaires de satisfaction.

Les représentants des usagers sont engagés dans la démarche par une présentation des plans d'actions et du compte qualité en CRUCPC et lors des conseils de surveillance (présence des 2 représentants des usagers).

Les plaintes et réclamations sont gérées par la direction et la direction qualité, avec une réponse systématique. Y sont ajoutés les réclamations notées dans les questionnaires de satisfaction des patients.

Le plan de formation de l'établissement prévoit des formations sur les méthodes d'analyses des causes profondes (méthode ORION), formation des nouveaux arrivants, formation à l'acte transfusionnel.

Des actions de sensibilisation à la déclaration des EI sont engagées depuis 2006.

L'organisation des vigilances est opérationnelle, avec un représentant pour chaque vigilance désigné.

Un coordonnateur des risques associés aux soins a été désigné au sein de l'établissement.

La veille sanitaire et réglementaire est organisée (signalement reçu au PC sécurité et contact avec le directeur ou directeur de garde).

L'établissement a établi une procédure « plan blanc » en lien avec le CH de Dunkerque.

L'organisation en vue de la maîtrise du risque transfusionnel est mise en place.

La CME est promoteur dans le développement des démarches EPP afin de pérenniser les démarches antérieures et favoriser les nouvelles démarches.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé et les médecins assurent la diffusion des informations et sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés.  
Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques et des actions correctives sont identifiées si besoin.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble des documents et procédures sont sur la base documentaire informatisée. Les documents sont à jour.  
La sensibilisation des professionnels à la gestion des risques et à la déclaration des EI est effective lors de la journée des nouveaux arrivants, lors de la semaine sécurité patient, mémo qualité et le bulletin qualité édité tous les trois mois. Pour tout nouvel arrivant une formation aux procédures transfusionnelles est dispensée par le correspondant d'hémovigilance de l'établissement.  
La CME assure le suivi des EPP dont plusieurs sont en étape 5 et de nouvelles EPP ont été mises en place : prévention des chutes des patients, troubles de la déglutition.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les modalités de recherche des documents dans la base documentaire sont connues des professionnels par l'intermédiaire des cadres de santé ou des médecins.  
Les professionnels connaissent les modalités de déclarations des événements indésirables mises en place sur l'établissement et ont un retour d'information: lors des déclarations d'événements indésirables, un accusé de réception est systématique ainsi qu'un retour des actions mises en place vers le cadre de santé, qui assure l'information du déclarant.  
Des CREX sont mis en place avec trois analyses en 2015 et trois en 2016.  
Les plaintes et réclamations sont reçues et traitées systématiquement par la direction et la direction qualité avec réponse au déclarant et transmission au secteur concerné.  
Cependant, des plans d'action d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne sont pas mis en œuvre dans les secteurs d'activité. En effet, les plans d'action sont établis pour l'ensemble des secteurs SSR de l'hôpital maritime de Zuydcoote sans distinction selon les différentes mentions.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service qualité assure une évaluation régulière de ses plans d'actions lors des réunions des groupes de travail des thématiques ou des sous commissions de la CME.  
L'ensemble des questionnaires de satisfaction sont analysés ainsi les synthèses semestrielles sont présentées aux instances, aux représentants des usagers.  
Une synthèse des résultats des différentes évaluations (patient traceurs, audits, EPP, indicateurs internes) sont suivis et présentés aux différents commissions.  
Les EPP sont suivies par leur pilote et les résultats sont régulièrement communiqués en CME et aux professionnels.  
Un bilan d'activité relatif à la qualité et sécurité des soins est fait tous les ans, ainsi que le bilan annuel de la CRUCPC où l'on peut retrouver les actions d'amélioration identifiées par les usagers.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

L'ensemble des actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans le programme de prévention et gestion des risques de l'établissement ainsi que dans le compte qualité.  
Les actions d'amélioration identifiées par les usagers suite à l'analyse des questionnaires de satisfactions sont également intégrées.  
Les informations sont diffusées par différents supports : comptes rendus de réunions, bulletin qualité, la gestion documentaire. Les usagers sont informés lors des réunions de la CRUCPC.



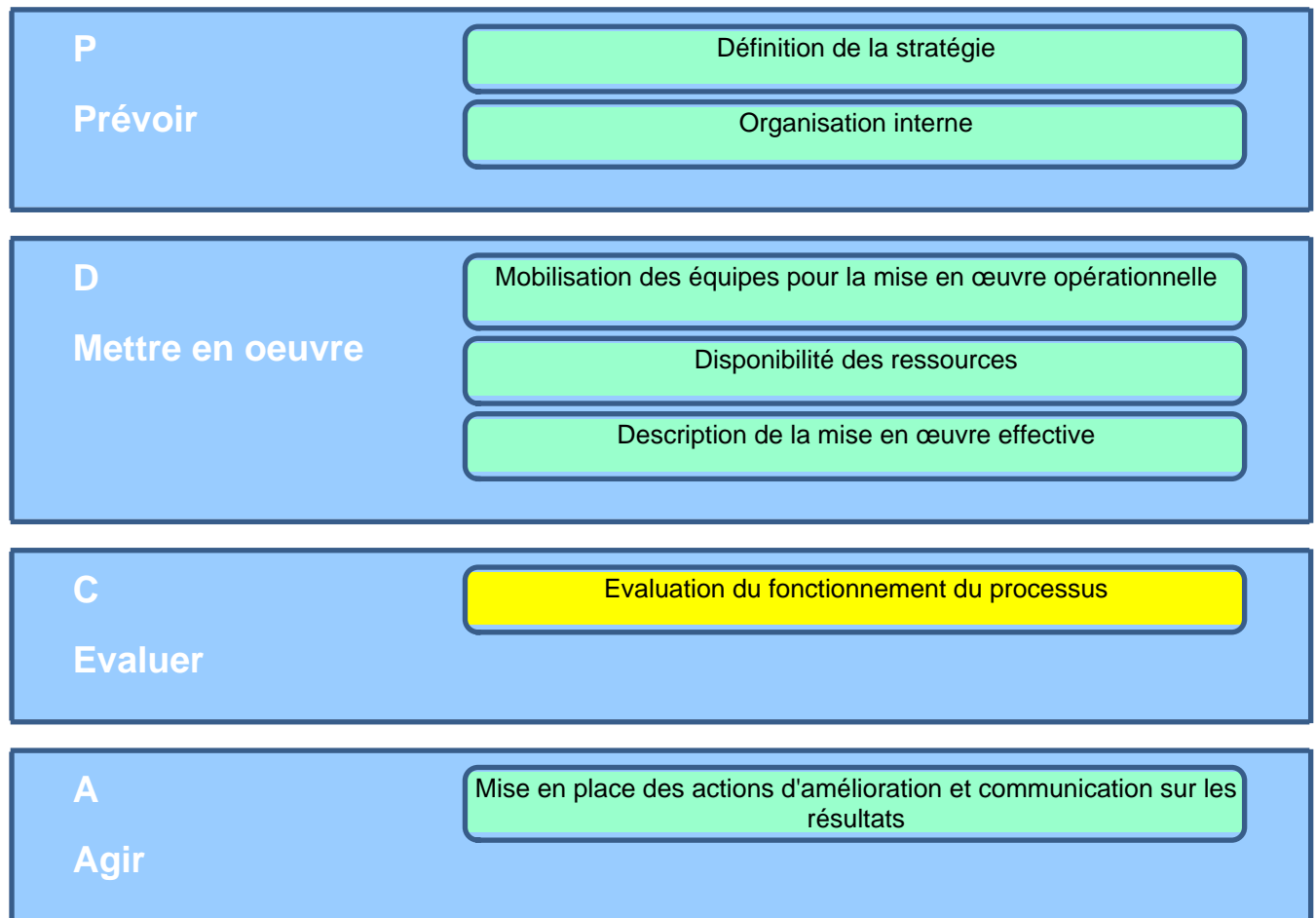
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie et les objectifs définis sur le Centre hospitalier de Zuydcoote (CHZ) sont basés sur une réflexion collective pluri professionnelle (cadres de santé, médecins, psychologues, IDE, aides soignantes...) des différents secteurs afin de définir les risques en lien avec les droits du patient. Cette réflexion a été alimentée par les plaintes et réclamations, les déclarations des EI et l'analyse des questionnaires de satisfaction patient ainsi que les observations des usagers lors des réunions de la CRUCPC. Le projet d'établissement 2016-2020, faisant suite au 2010-2015, est en cours de rédaction.

La hiérarchisation des risques a été établie en fonction des modalités de la HAS.

L'ensemble des risques identifiés en lien avec les droits du patient sont inclus dans le compte qualité, outil de management de la qualité de l'établissement.

Les risques et actions prioritaires sont communiqués aux instances (Directoire, CSIRMT, CME) et validées en CRUQPC.

Le programme d'action en lien avec les droits du patient reprend les actions identifiées dans le compte qualité, ainsi que les actions identifiées par les usagers lors des réunions des CRUQPC.

#### ORGANISATION INTERNE

Deux pilotes ont été identifiés dont les missions ont été définies.

La CRUQPC est opérationnelle et a un règlement intérieur définissant ses membres et les modalités de fonctionnement. Elle se réunit 4 fois par an.

L'établissement a désigné un médiateur médical et un non médical, qui siègent aux réunions de la CRUCPC. Deux praticiens du CHZ font parti du comité d'éthique du CH de Dunkerque.

Les tableaux de bord de suivi des indicateurs en lien avec les droits du patient permet un suivi des actions d'amélioration.

Afin de définir la conduite à tenir en cas de fugue, l'établissement a mis en place une procédure de gestion de disparition inquiétante. Pour les patients déambulants et pouvant mettre leur vie en jeu, les médecins ont la possibilité de prescrire le port d'un bracelet de géo localisation. La société extérieure gérant la géo localisation a fait une déclaration à la CNIL.

Les modalités d'accueil de l'entourage, les droits des patients et les coordonnées des deux représentants des usagers sont précisés dans le livret d'accueil.

Des actions de sensibilisation des professionnels en lien avec la bientraitance ont été menées par l'intermédiaire du bulletin qualité. Des formations à la promotion de la bientraitance sont menées depuis 2009, formation aux soins esthétiques et image de soi, relation soignant – soigné, développement de la bientraitance en institution.

La procédure relative au recueil de la désignation de la personne de confiance est diffusée et est connue des professionnels. Dans le guide du dossier patient, les modalités de recueil du consentement éclairé du patient sont définies. La possibilité de contention est prévue dans une procédure, prévoyant sa prescription et sa réévaluation toutes les 24 heures minimum. Cependant, les ressources documentaires nécessaires ne sont pas toutes identifiées. En effet, les modalités de déclaration des cas de maltraitance ne sont pas établies. L'établissement est en cours de rédaction de la procédure. C'est également le cas de la procédure de recueil des directives anticipées. La procédure n'est pas rédigée, ne permettant pas aux professionnels de se référer à un document en cas de difficulté.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il n'existe pas de plan d'action propre aux secteurs en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les plans d'action définis pour la thématique "Droits du patient" sont applicables sur l'ensemble des secteurs sans distinction de mention.

Le déploiement opérationnel est sous la responsabilité des cadres de santé et des médecins, relais des pilotes.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur le processus. Ils s'assurent de la conformité des pratiques et des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

Les professionnels déclarent les événements indésirables relatifs à la thématique.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les chambres doubles sont équipées de rideaux, les salles de bain de double vasque.

L'accueil des parents est prévu (lit supplémentaire) et une chambre « parent – enfant » est prévu dans les nouveaux locaux d'hébergement enfant –adolescent (déménagement durant la visite de certification). La rénovation des locaux « enfant - adolescent » a permis la suppression des chambres de 4 lits.

La documentation est disponible sur la base documentaire informatisée.

Les professionnels peuvent solliciter les deux médecins ayant bénéficié d'une formation en éthique et qui participent au conseil d'éthique du centre hospitalier de Dunkerque.

Un représentant de chaque culte peut être disponible au sein de l'établissement et une messe hebdomadaire a lieu au sein de l'établissement.

Des formations à la promotion de la bientraitance ont lieu depuis 2009, 15 professionnels sont formés formés chaque année. Des formations "Dignité", "relation Soignant - Soigné" sont également réalisées. Une relative au recueil des directives anticipées est prévue en mai 2016.

Cependant les ressources en compétence ne sont pas toutes disponibles dans l'établissement. En effet les professionnels ne sont pas formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins. Toutefois, une sensibilisation des professionnels notamment médicaux a été faite en 2013 lors de la semaine sécurité patient et une formation institutionnelle est prévue en mai 2016.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le livret d'accueil est remis systématiquement au patient ou son entourage en cas de troubles cognitifs lors de son entrée.

La confidentialité des informations patient est préservée à l'admission et lors des soins des patients ainsi que par la déconnexion automatique des ordinateurs, par le fait que les dossiers papiers soient stockés en salle de soins fermée et par le transport des dossiers des archives vers le service réalisé uniquement par une secrétaire médicale (2 secrétaires habilitées).

Les réunions de synthèse hebdomadaires permettent d'apporter au patient les informations nécessaire sur son état de santé ; sur certain secteur, le patient participe aux réunions de synthèse.

Les contentions sont prescrites, et la réévaluation est journalière en lien avec les soignants non médicaux. De nuit, l'infirmière appelle le médecin d'astreinte en cas de nécessité de contention physique, avec obligation pour le médecin de prescription dans les 24 heures.

Le recueil des directives anticipées est effectué quand cela est possible, ou peuvent être transmises par l'établissement d'amont.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation périodique de l'ensemble du processus "Droits des patients". En dehors de l'évaluation de la satisfaction des patients analysée semestriellement dont les indicateurs sont colligés dans un tableau de bord ainsi que le suivi du nombre de plaintes et réclamations relatives à la maltraitance et du nombre de signalement de disparitions inquiétantes, il n'y a pas d'audit ou d'évaluation portant sur l'ensemble du processus "Droits des patients".

Un bilan d'activité de la CRUCPC est réalisé chaque année et présenté aux instances de l'établissement.

### **A / AGIR**

#### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le tableau de bord de suivi des questionnaires de satisfaction des patients sont communiqués systématiquement à la CRUCPC, et également à chaque secteur avec les résultats globaux et du secteur.

Une présentation des résultats des IQSS est effectuée lors des réunions de toutes les instances. La communication vers les professionnels est effective par le journal interne (bulletin Qualité), les réunions d'encadrement, le conseil de surveillance (deux fois par an).



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

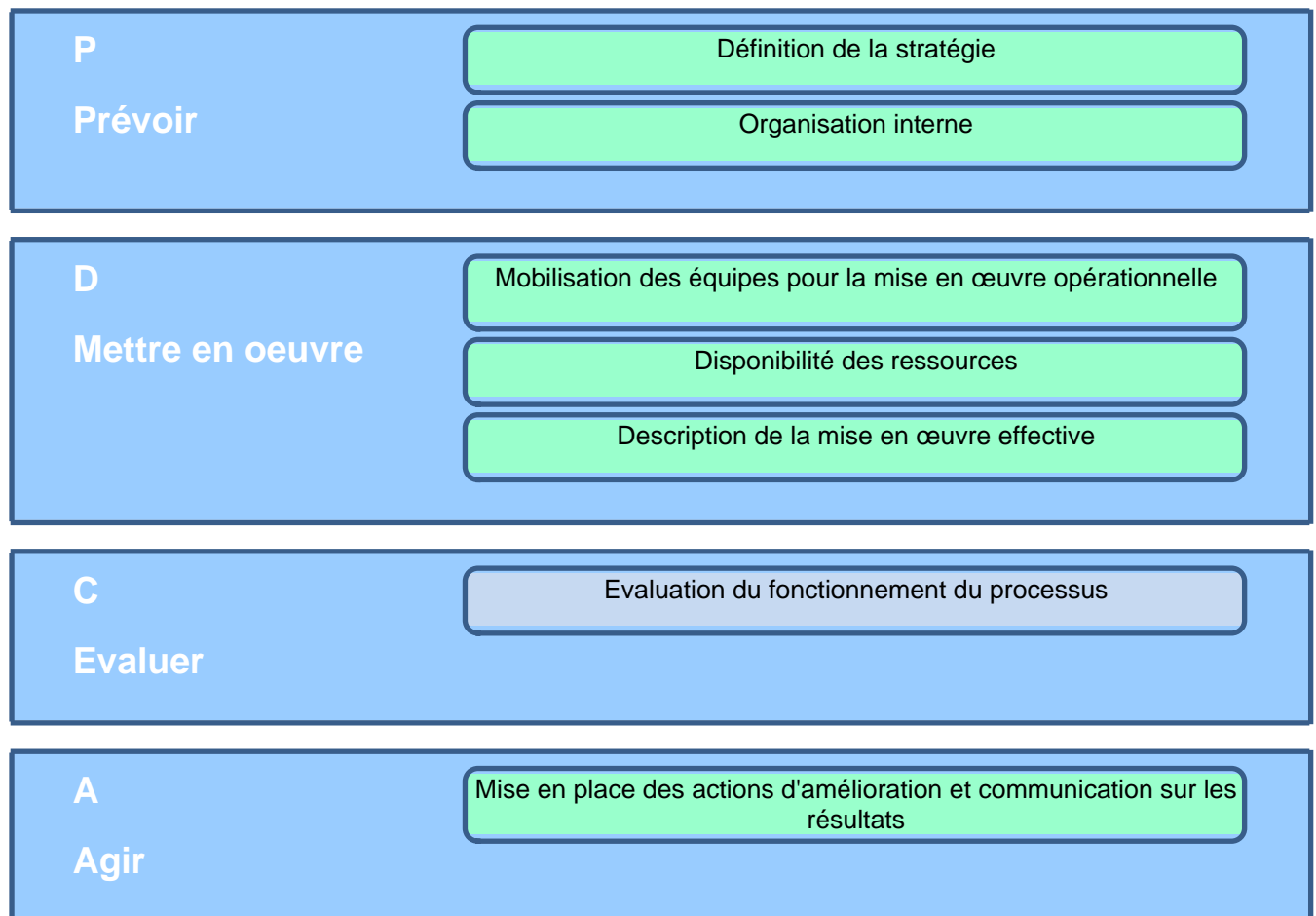
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie de l'établissement se fonde sur différents éléments. Les orientations du CPOM 2012-2017 prennent en compte les besoins de la population, arrêtés dans le schéma régional de santé : faire progresser le pilotage interne de l'ES, améliorer la qualité et la sécurité des soins, développer les coopérations territoriales, améliorer l'organisation de l'offre et du parcours de soins.

Le projet médical 2015-2020 est réactualisé et validé par les instances. Chaque pôle de soins y décline son projet : un pôle de soins SSR enfant et adolescents, un pôle rééducation adulte SSR brûlés EVC, SSR locomoteur (1 et 2) SSR neurologie, un pôle d'addictologie, un pôle de soins de suite, un pôle SSR pneumologie, dont l'ouverture est début mai 2016. Au sein du projet médical, les principes généraux de fonctionnement de service sont déclinés.

La stratégie de l'établissement vise à renforcer l'offre de soins en SSR sur le bassin dunkerquois au travers des orientations suivantes : diversification et alternatives à l'HC, création d'un service SSR respiratoire en mai 2016 de 16 lits et 6 places en demi-journées, développement de l'ETP, conforter la PEC des enfants, conforter le PEC des brûlés, filière gériatrique.

Le projet de soins infirmier, rééducation et médicaux techniques est en cours de remise à jour en fonction du projet médical.

Le compte qualité prend en compte les risques retenus par le groupe de travail en charge du processus « Parcours Patient » de la demande d'admission à la sortie du patient, avec un volet sur les risques en balnéothérapie. La définition et l'intégration d'actions d'amélioration se retrouve dans le programme d'amélioration de la Qualité et Gestion des Risques. Le programme est validé par les instances de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Pour l'organisation de la prise en charge, les pilotes sont identifiés. Le pilotage du processus parcours est défini : le pilotage du processus est assuré par le Médecin président de la CME et la DSSI. Leur fiche de mission est formalisée.

Les ressources sont identifiées. L'organisation interne assure l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge.

Les plan de formations de 2015 et 2016 prévoient des formations notamment sur : nutrition et maladie d'Alzheimer, DU douleur, DU soin palliatif, DU soins IDE en addictologie, manutention, AFGSU NIVEAU 1 ET AFGSU niveau 1 et 2, bientraitance.

La gestion documentaire est accessible via un intranet. L'organisation de la gestion documentaire décline différentes procédures de prise en charge, correspondant à chaque mention SSR.

Le recrutement des professionnels recherche l'adéquation des compétences au lit du patient en terme de soins. Les nouveaux professionnels arrivant dans l'ES bénéficient d'un doublage au sein des services.

La maintenance des dispositifs médicaux, préventive, curative est organisée. Une société extérieure réalise une maintenance préventive (annuelle, bisannuelle, contrôle de performances).

Concernant les examens de laboratoires, l'établissement a passé une convention avec l'hôpital de Dunkerque en date du 11 octobre 2013. Ce Laboratoire est en cours de certification COFRAC.

L'ES dispose d'un service de radiologie avec un manipulateur radio, un radiologue de l'hôpital de Dunkerque assure une vacation par semaine pour l'interprétation.

Les interfaces entre les secteurs cliniques et plateau technique de rééducation sont effectives.

Les interfaces entre les secteurs cliniques et les secteurs supports (restauration, transport des patients, etc...) sont opérationnelles.

La balnéothérapie comporte 2 bassins de 70m3 et 100m3 en eau de mer. Un bassin de 9m3 en eau douce est utilisé en usage unique pour 1 ou plusieurs patients et vidé après utilisation. Deux douches d'affusion en eau de mer et une baignoire d'hydrothérapie en eau de mer complètent cette balnéothérapie. Un règlement intérieur est affiché à l'entrée du secteur balnéo. Une récente procédure conduite à tenir en cas d'urgence en balnéothérapie est formalisée. Une analyse bactériologique par mois par bassin est réalisée.

L'établissement a décliné différentes procédures en fonction des différents parcours : "Prise en charge des affections de l'appareil locomoteur en hospitalisation conventionnelle et hôpital de jour", "Prise en charge des affections du système digestifs, métabolique et endocrinien", "Prise en charge des affections du système respiratoire", "Prise en charge des affections des brûlés", "Prise en charge des affections du système nerveux en HC et HDJ", "Prise en charge des affections liées aux conduites addictives en SSR", "Prise en charge des enfants et des adolescents en HC et HDJ", "Prise en charge en soins de suite palliatifs", "Prise en charge en SSR des affections des PA poly pathologiques dépendantes", "Prise en charge en soins de suite polyvalent adultes", "Prise en charge des affections onco hématologiques en SSR".

La prise en charge du risque suicidaire chez l'adulte formalisée.

Cependant, les ressources documentaires nécessaires ne sont pas toutes identifiées. Il existe une

procédure « en cas d'appel et d'accueil du SMUR dans l'enceinte du CHZ » mais pas de procédure formalisée de prise en charge des urgences vitales. Toutefois, un document de travail sous forme de logigramme « conduite à tenir devant une situation d'urgence » a été proposé à la CME d'avril 2016 mais il n'est pas validé ni diffusé.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les éléments issus de réunions pluridisciplinaires sur le registre du parcours patient, sont transmis aux équipes par l'intermédiaire des cadres de terrain, à l'occasion de réunions ou de relèves. Cependant, il n'existe pas de plan d'action propre aux secteurs en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les plans d'action définis pour la thématique "Parcours du patient" sont applicables sur l'ensemble des secteurs sans distinction de mention. Les comptes rendus des instances et des réunions de travail sont envoyés à chaque membre des instances et des participants aux réunions.

Le dispositif d'information des professionnels, via un système intranet, est opérationnel dans les services et secteurs visités. Un journal interne nommé "l'écho des dunes" est publié sur ce support 4 fois par an. De même le tableau de bord des indicateurs « parcours patient » est disponible via un intranet.

Les professionnels de terrain ont connaissance la procédure des déclarations des EI et ont été informé du contenu du PAQSS.

Les responsables médicaux et de soins des différents secteurs s'assurent de la conformité des pratiques. Des actions correctives sont identifiées si nécessaire.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les tableaux des astreintes médicales et administratives sont opérationnels et diffusés.

Les compétences en termes d'effectif sont disponibles sur l'ensemble des services.

Il existe par ailleurs des professionnels dédiés aux besoins en secteur SSR (kiné, moniteur APA, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, diététicien), du suivi psychologique, du suivi social, du suivi de la nutrition.

Le personnel est formé selon le plan de formation de l'établissement (ex : nutrition et maladie d'Alzheimer, 4 DU douleur, 1 DU soin palliatif, 1 DU soins IDE en addictologie, 1 AFGSU NIVEAU 1 ET 1 AFGSU niveau 1 et 2). Le plan de formation de 2015 a permis à 251 agents de bénéficier de formation.

La gestion documentaire est accessible au sein des différents secteurs.

Les ressources en équipements sont en adéquation avec les besoins en quantité et qualité. Les dispositifs, appareillages, et équipements sont accessibles.

Les dispositifs pour les urgences vitales sont opérationnels. Des chariots d'urgence et/ou des sacs à dos d'urgence (avec défibrillateur) sont présents et disponibles. Un chariot d'urgence est présent sur le plateau technique de balnéothérapie, il contient des dispositifs médicaux mais pas de médicament suite à une décision du COMEDIMS. Une prise de vide et une prise de fluide médical d'O<sup>2</sup> sont installées au sein d'un vestiaire commun en balnéothérapie.

Les locaux sont adaptés en terme de handicap (rampe d'accès et de déambulation, chambres adaptées, chariot de douche...).

Toutefois, le matériel mis à disposition n'est pas toujours adapté. Sur les plateaux techniques de rééducation, de nombreuses mousses, utilisées par les patients, ne sont pas recouvertes de revêtements protecteurs nettoyables améliorant le bio nettoyage. L'établissement est en cours de renouvellement des petits éléments bois en éléments plastiques en ergothérapie afin d'améliorer le bio nettoyage.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation de la demande d'admission est réalisée le plus souvent via Trajectoire, puis la décision d'admission est validée par le médecin du service. Des éléments complémentaires peuvent être recherchés et demandés par le médecin au service adresseur. La réponse est rapide (accord, refus, attente place) via Trajectoire.

Lors de l'admission, le projet thérapeutique est tracé. Il est concerté grâce aux réunions de synthèse, réévalué, tracé, comme cela a été constaté pour les trois patients traceurs ou lors des visites terrain.

Il existe une articulation des activités de soins de suite et de rééducation/réadaptation dans le projet de prise en charge au sein de l'établissement.

La prise en charge repose sur des synthèses hebdomadaires ou bimensuelles, pluridisciplinaires réunissant médecin référent, soignants et éducateurs. Certaines synthèses sont réalisées en présence du patient, d'autres sans présence du patient.

Les besoins de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique sont pris en compte.

Pour les personnes démunies, une prise en charge est mise en œuvre (ex en secteur d'addictologie).

L'ES n'a pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé par les tutelles mais un programme relatif à la prévention des chutes et équilibre est en cours de mis en œuvre.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels est tracé dans les dossiers présentés de patients.

Le risque suicidaire de patients fragilisés est pris en compte par le médecin référent du patient lors d'un

entretien d'entrée en colloque singulier. Dans le service locomoteur 2 situé au 2ème étage d'un bâtiment, le balcon, nommé "cure" est interdit aux patients. Les portes d'accès à ce balcon sont ouvertes au moment du bio nettoyage afin d'assurer un renouvellement d'air. Cependant, l'organisation définie n'est pas toujours respectée. Les EV ont constaté qu'une porte d'accès au balcon, en dehors de ce temps, n'était pas fermée. Un réajustement se met en place avec affichage et fermeture des portes d'accès aux terrasses.

La prise en charge de la douleur est effective dans les dossiers présentés de patients et fait partie du bilan d'admission systématique pour patient algique.

Les interfaces entre les secteurs fonctionnent selon les règles établies.

L'organisation de la sortie des patients est générée et permet dès l'admission d'assurer la continuité et la sécurité des soins en lien avec les professionnels amont et aval du champ sanitaire social et médicosocial. En cas de décès l'établissement dispose de 6 chambres mortuaires.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs est décliné dans l'établissement permettant le bilan de réalisation des objectifs fixés.

Concernant la prise en charge du risque suicidaire, l'audit a été réalisé en 2013.

L'établissement a réalisé 10 audits de patient traceur de mai 2015 à avril 2016. Le tableau de bord des EPP comporte 12 EPP.

Les indicateurs qualité de l'accueil et de la prise en charge du patient sont recueillis au sein des questionnaires de sortie et analysés par semestre.

Les indicateurs nationaux sont recueillis.

Des audits sont réalisés annuellement : taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions, taux de prises en charge sociale présentant une situation de blocage, taux de prélèvement conforme en balnéothérapie, nombre de chutes ayant fait l'objet d'une déclaration, nombre d'événements indésirables signalés pour un problème d'interface avec un service envoyeur (information erronée et admission annulée reportée ou imprévue).

Le traitement et le suivi des événements indésirables, le suivi des plaintes ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles sur des thématiques du champ SSR contribuent à l'évaluation du processus.

En cas d'évènement indésirable grave, un CREX est organisé par la gestionnaire des Risques de l'établissement. Ainsi 3 CREX ont été réalisés en 2015 et 3 depuis le début de l'année 2016.

La variation des indicateurs est analysée.

L'analyse des résultats par les instances (DIRECTOIRE, CME, COMEDIMS, COPS, CRUQPC) donne lieu à des actions d'amélioration en fonction des résultats obtenus aux évaluations et en fonction des indicateurs.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions sont intégrées dans le Programme d'amélioration de la Qualité et gestion des Risques. La communication vers les professionnels est effective par le journal interne et le bulletin Qualité (diffusion trimestrielle), les réunions d'encadrement (deux fois par an), le conseil de surveillance .



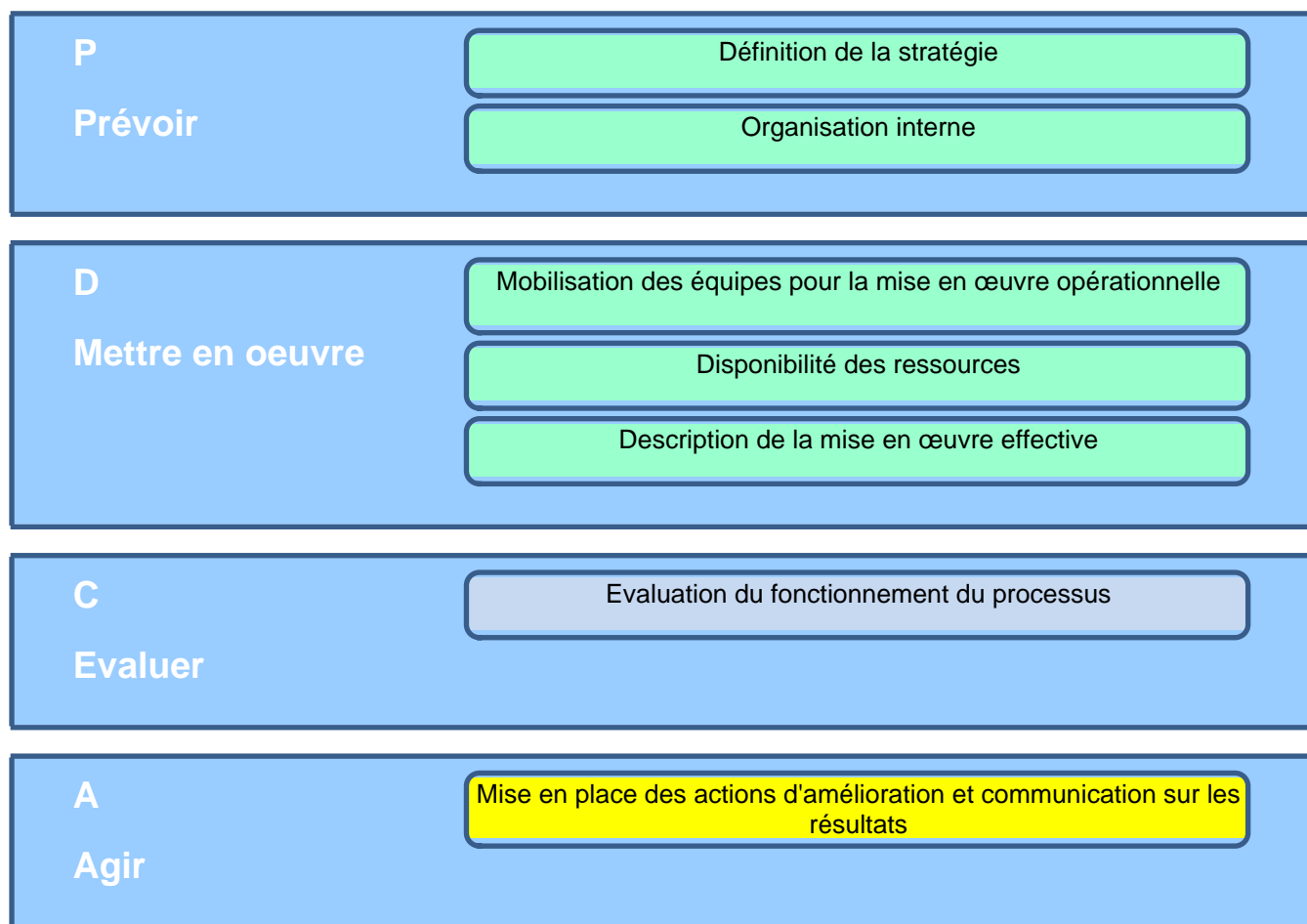
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'hôpital Maritime a défini la stratégie concernant le dossier patient parallèlement avec le déploiement du dossier informatisé depuis 2009.

Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des risques à priori et à posteriori propres à l'établissement, de l'élaboration de la cartographie des risques, des besoins recensés au travers des résultats des évaluations, entraînant la définition d'objectifs d'amélioration et l'élaboration d'un plan d'actions, du recueil des indicateurs « hôpital numérique ».

Cette stratégie est inscrite dans les orientations institutionnelles précisées dans le projet d'établissement du projet de soins, du projet du Système d'information.

Elle est incluse dans le CPOM au travers des axes « mettre en place un système d'information cohérent et performant » et « améliorer la qualité et sécurité des soins », dans l'axe « promouvoir la qualité sécurité des soins » de la politique d'amélioration de la qualité, dans l'axe du Projet d'établissement « améliorer les délais de réponse aux demandes d'information médicale », dans la politique du système d'information.

La politique de gestion du dossier patient repose sur cinq principes cités dans le « guide d'utilisation et de gestion du dossier patient » : accessibilité, facilité d'utilisation, évaluation périodique, sécurité d'archivage, confidentialité des informations.

Suite à la réalisation de la cartographie, à la hiérarchisation, à la priorisation des risques en lien avec le service qualité, l'établissement a défini des objectifs d'amélioration (harmoniser la tenue du dossier patient, respecter le délai réglementaire d'accès au dossier patient, garantir l'accès à l'information, améliorer l'archivage) composant le compte qualité.

Dans le compte qualité sont précisés au côté des objectifs, les actions, le responsable, le début prévisionnel de réalisation, le délai réel, l'échéance prévue, les modalités de suivi, l'état d'avancement.

Le programme d'actions a été validé par la CME en septembre 2015.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a mis en place une organisation interne pour piloter le processus dossier patient. Deux pilotes ont été désignés : la TIM et le responsable du système d'information, leur fiche de mission est élaborée, validée par le président de la CME. Un groupe de travail composé des deux pilotes, de deux médecins, d'un cadre suit l'avancée du plan d'action et a en charge l'évolution de la composition du dossier.

La composition des dossiers est définie, elle comprend des éléments informatiques et des éléments papier. L'accès des professionnels au dossier informatisé est réglementé par deux codes : un pour l'accès au système d'information, un pour le logiciel dossier patient. La charte informatique est remise à chaque professionnel. Le mot de passe a une validité réglementée.

Pour mener à bien le fonctionnement et l'évolution du logiciel du dossier patient informatisé, l'Hôpital Maritime a mis en place les ressources humaines : formation initiale par le prestataire relayée par le médecin DIM, la TIM, un groupe de travail opérationnel. Sont en place également, deux pilotes référents du logiciel, un temps de secrétaire est attribué, en fonction des possibilités d'organisation, à l'archivage des dossiers papier.

Le matériel est adapté dans toutes les unités.

Les moyens informatiques fixes et mobiles sont prévus dans toutes les unités y compris les secteurs de rééducation. Le local de l'archivage est sécurisé. Le plan de maintenance comporte trois organisations : le dépannage d'urgence en interne, la maintenance préventive par une société extérieure, la maintenance de la mise à jour et gestion de l'évolution par le prestataire. Un plan d'achat pluriannuel est en place.

L'ensemble des procédures définissant le circuit du dossier de son admission à son archivage est formalisé, accessible sur intranet.

Des procédures dégradées en cas de panne informatique sont élaborées et appliquées.

Le guide du dossier patient est formalisé. Dans cette procédure on retrouve les règles de gestion, de création, d'accès, de tenue, d'utilisation, d'écriture, de confidentialité et d'archivage. L'archivage fait également l'objet d'une procédure spécifique en cours de validation suite à la mise en place d'un nouveau système d'archivage selon la méthode « Jalema ». La sauvegarde des données est externalisée chez un prestataire.

Une procédure définit "l'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès". Le patient est informé de ses droits d'accès par l'intermédiaire du livret d'accueil, remis systématiquement à l'entrée et par voie d'affichage.

La gestion des interfaces, entre le logiciel administratif et dossier et celle des circuits, est organisée par le responsable du système d'information pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les résultats radiologiques sont accessibles sur le logiciel par « PACS », ceux de biologie par l'intermédiaire d'un logiciel spécifique. Le logiciel Trajectoire permet le recueil des demandes d'admission.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'organisation déployée autour du dossier patient s'inscrit dans la globalité de la prise en charge du patient à toutes les étapes.

Les pilotes ont en charge le déploiement du logiciel, la formation des professionnels de santé administratifs, paramédicaux et médicaux, la communication sur le terrain, l'atteinte des objectifs arrêtés dans le compte qualité par la mise en place des actions d'améliorations définies. Cependant, il n'existe pas de plan d'action propre aux secteurs en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les plans d'action définis pour la thématique "Dossier patient" sont applicables sur l'ensemble des secteurs sans distinction de mention.

La mobilisation est relayée également par les membres du groupe de travail, les cadres s'appuyant sur les référents dossier au sein des unités.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques et déterminent des actions correctives si besoin.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tous les professionnels soignants, médicaux ont été formés à l'utilisation du dossier. Des référents dossier, ayant participé au paramétrage lors de la mise en place du logiciels en 2009, assistent les professionnels au quotidien et sont force de proposition pour des améliorations.

Le médecin DIM et la TIM forment les nouveaux arrivants à l'utilisation de l'outil, formation relayée dans les unités par les référents HM et les cadres.

Des formations obligatoires en interne sont dispensées à tous les professionnels, lors d'un changement ou d'un nouveau document paramétré pour en permettre l'utilisation rapide et effective, par le médecin Dim, le médecin du groupe, la TIM, le cadre de santé.

Les profils d'accès des utilisateurs sont définis et la traçabilité des accès est assurée. Un temps de secrétariat est attribué à l'archivage.

Un système d'astreinte informatique est organisé 24h/24.

La gestion documentaire comprend de nombreuses procédures en lien avec le dossier patient : « archivage des dossiers patient », « création du dossier administratif », « facturation des dossiers administratifs », « suivi du dossier administratif ». Le guide « d'utilisation et de gestion du dossier patient » précise le pourquoi des différents documents, son objectif, les modalités de remplissage, son évaluation, forme informatique (examen médical d'entrée, projet thérapeutique) ou papier (recueil infirmier à l'entrée).

Afin de prévenir toute défaillance du système informatique ou d'arrêt inopiné du logiciel, des procédures de fonctionnement en mode dégradé (procédure en mode dégradé d'admission, pour la continuité de la PECM, d'examen d'imagerie) sont en place ainsi qu'une procédure de reprise de l'activité et de continuité d'activité. L'ensemble de cette documentation est accessible sur le logiciel documentation.

Les équipements informatiques requis pour assurer la traçabilité des données de la prise en charge des patients sont opérationnels dans toutes les unités de soins et au niveau du plateau technique.

Les professionnels bénéficient d'outils informatiques fixes et mobiles permettant de valider les soins et la surveillance effectués, en temps réel.

La maintenance du matériel est organisée.

L'établissement dispose d'un local d'archivage sécurisé pour les dossiers papiers.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation définie pour le bon fonctionnement de prise en charge. Une organisation selon le secteur est en place pour le recueil des différentes informations depuis la pré admission (par trajectoire, ou par envoi d'un pré dossier pour les patients venant du domicile), l'admission, jusqu'à la sortie pour le dossier patient, jusqu'à la facturation pour le dossier administratif.

Dès la programmation de l'admission validée par le médecin, le cadre informe la secrétaire médicale qui crée le dossier séjour. Le bureau des admissions est informé par l'intermédiaire du logiciel administratif en interface. Le dossier patient informatique est ouvert, à la disposition des divers professionnels pour organiser l'admission et la prise en charge du patient dès son arrivée.

La photo du patient, prise avec son consentement signé, peut être, selon le secteur, insérée dans le logiciel, facilitant le respect des règles d'identitovigilance lors de la réalisation et traçabilité des soins.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier patient : observations, projet thérapeutique, résultats des consultations externes, examens biologiques,

radiologiques, hospitalisations précédentes, observations cliniques, compte-rendu, synthèse. Tous les professionnels (soignants, rééducateurs, ergothérapeutes, diététicienne) tracent leurs soins, surveillance, la cotation des actes, leurs observations et tout autre élément nécessaire à la prise en charge du patient (psychologue, assistante sociale). Certains éléments sont scannés dans le dossier informatique comme par exemple les comptes rendus des consultations faites hors l'établissement. Toutefois, certains éléments constitutifs des étapes de la prise en charge ne sont pas tracés en temps utile. C'est le cas de la réflexion bénéfique/risque qui n'est pas systématiquement tracée au sein du dossier patient.

L'accès en temps réel utile aux données du patient dans toutes les unités et par tous les professionnels concernés est effectif, cela facilite la réalisation des synthèses pluridisciplinaires hebdomadaires.

Les résultats des analyses biologiques sont accessibles en temps utile à partir d'un logiciel spécifique en lien avec le laboratoire.

La gestion des interfaces et des circuits est opérationnelle pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (services de soins, administratifs, médico-techniques). La messagerie sécurisée avec les médecins traitant est fonctionnelle.

Les circuits sont respectés de l'ouverture à la fermeture du dossier.

A la sortie du patient, le rangement du dossier papier est géré par les secrétaires médicales de chaque secteur après l'envoi du compte rendu du séjour aux médecins adresseurs et aux médecins référents ou remis au patient. La gestion des archives médicales est sous la responsabilité d'une secrétaire médicale et de la directrice adjointe. Les dossiers sont gardés trois ans dans chaque secrétariat médical avant d'être apportés au local archive. La recherche d'un dossier se fait par IPP dans le logiciel dossier patient et ou par nom de naissance.

Les valeurs de l'indicateur IPAQSS 2014 « tenue de dossier du patient » atteste la qualité de tenue du dossier patient des différents services, vérifiée lors des patients traceurs et des observations de l'analyse du processus.

L'accès du patient à son dossier est assuré conformément à la procédure et à la réglementation. L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil distribué systématiquement à son arrivée. L'organisation en place est connue de tous les professionnels. La gestion des demandes d'accès au dossier par le patient incombe à la secrétaire de direction qui élabore un tableau de bord de suivi des demandes. Le respect du délai d'envoi est respecté, son analyse fait l'objet d'un suivi. Ces informations sont transmises aux représentants des usagers lors des réunions de la CRUQ et du directoire.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure une évaluation par le biais du recueil des IPAQSS. Des requêtes informatiques effectuées par la TIM permettent des évaluations ponctuelles qualité de certains éléments du dossier (dépendance, soins, actes CSARR, patients porteurs de sonde à demeure, des patients en isolement septique permettant) et favorisant un contrôle parallèle sur le terrain.

Une évaluation de la qualité du codage PMSI a été réalisée en juin 2015.

Le suivi de la mise en œuvre de la gestion du dossier patient se fait aussi sur la base de l'analyse des événements indésirables, l'analyse des questionnaires de sortie.

Les indicateurs HN sont recueillis. Un suivi du nombre de personnes formées est un indicateur du tableau de bord.

L'accès du dossier par le patient fait l'objet d'une évaluation, un tableau de bord de suivi des demandes de consultation de dossier est en place.

Suite aux évaluations menées, des actions d'amélioration sont identifiées.

## **A / AGIR**

### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration continue de l'ensemble du processus "Dossier patient" à l'échelle de l'établissement. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre (check liste sondage vésical améliorant la traçabilité, planification informatisée du patient, réorganisation de l'archivage en 2014, suivi de automatisation du courrier de sortie en cours de test dans deux services, ajustement de l'organisation des demandes d'accès au dossier,...) mais celles-ci ne sont pas intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel.

La communication des résultats est réalisée par la responsable qualité en directoire par le groupe de

travail lors des réunions ou par mail dans les services, par les cadres en interne lors de réunions. La communication des résultats aux professionnels est transmise par mail, affichage, bulletin qualité. Les usagers sont informés par l'affichage des résultats IPAQSS par affichage, les représentants des usagers lors des réunions de la CRUQPEC et du directoire.

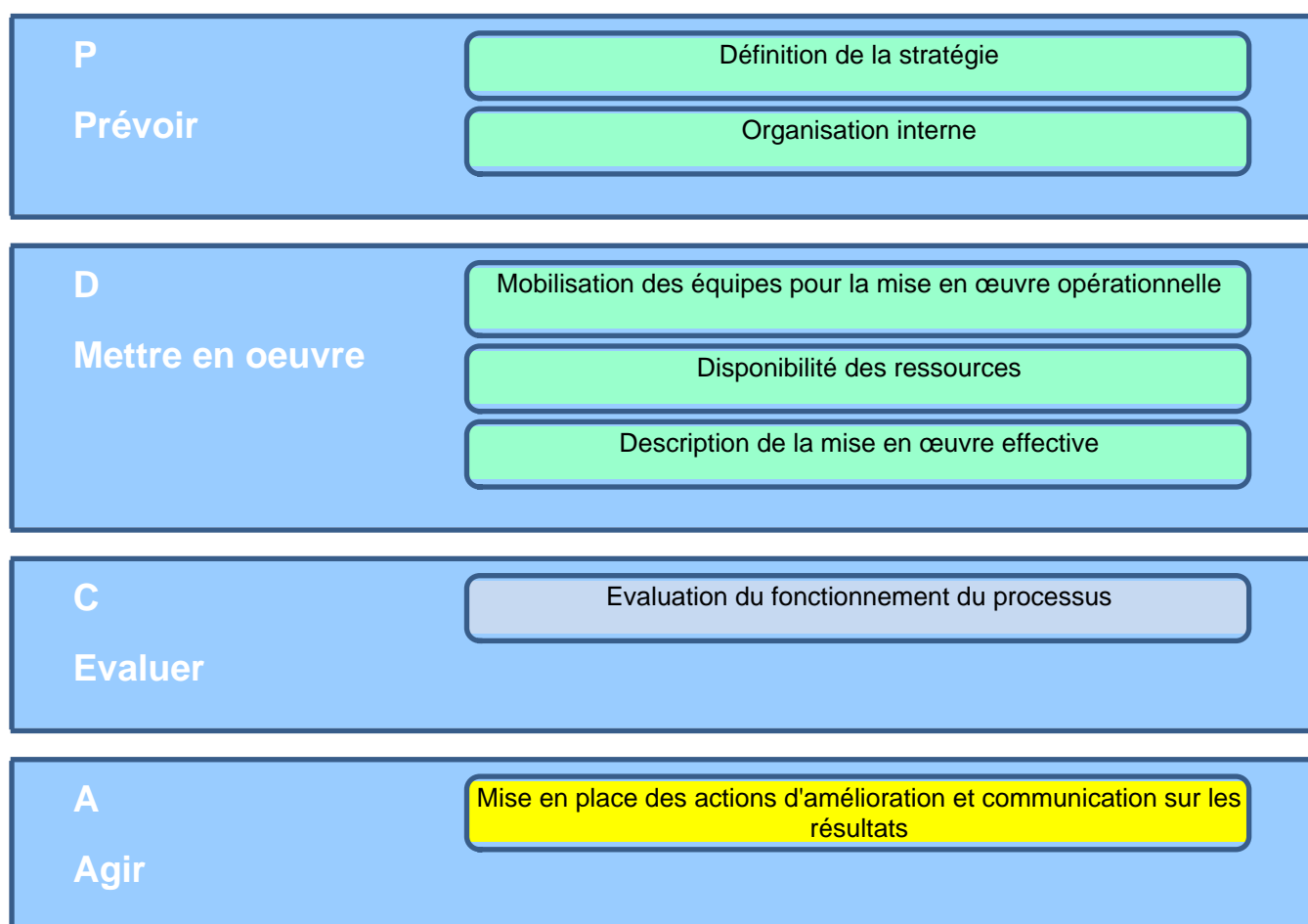
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'Hôpital Maritime a défini sa stratégie en matière de prise en charge médicamenteuse du patient au travers de différents documents. Le document « politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse » précise la réglementation, l'engagement de la direction, l'organisation du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, le circuit du médicament comprenant les différentes étapes de la prescription à l'administration, les objectifs de la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse, ainsi que les modalités d'évaluation des objectifs.

La politique est un axe de la politique qualité et de gestion des risques inscrite dans le thème « culture de la qualité et de la sécurité des soins » et des orientations stratégiques. Elle est incluse dans le projet médical (2015-2020), dans le projet de soins, de rééducation et médico-techniques et du système d'information. La prise en charge médicamenteuse prend en compte la poly-pathologie de la personne âgée.

Cette politique vise à développer les actions et les moyens pour optimiser la prise en charge médicamenteuse de la personne soignée tout au long des différentes étapes du circuit du médicament.

Cette politique s'appuie sur un état des lieux suite aux différents audits réalisés (audit croisé inter établissements Omédit, Interdiag, Archimed). L'Hôpital Maritime a réalisé une cartographie des risques en associant les différents professionnels. Elle prend en compte les résultats des évaluations, la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge. La mise à jour de cette politique est en cours de validation par les instances CME et COMEDIMS. Elle est relayée par les pharmaciens, les médecins, la responsable qualité, la directrice des soins et les cadres au sein des unités. Elle est déclinée globalement dans le compte qualité inclus dans le programme de prévention et gestion des risques institutionnel. Le compte qualité, plan d'amélioration qualité de la PECM, précise les actions spécifiques formalisé, le responsable, l'échéance cible, l'état d'avancement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'Hôpital Maritime a mis en place une organisation pour piloter le processus du management de la prise en charge médicamenteuse. Le pilotage est assuré par le pharmacien chef de service, la responsable qualité, responsable également du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Les responsabilités et missions sont identifiées et formalisées dans leurs fiches de mission. Le COMEDIMS est une instance opérationnelle, active, ses missions sont précisées dans le règlement intérieur. L'organigramme de la PUI élaboré est validé.

Au regard des besoins et risques identifiés dans la cartographie des risques, l'Hôpital Maritime prévoit les ressources humaines. Des formations sont réalisées sur le circuit du médicament par le pharmacien, sur la déclaration des erreurs médicamenteuses.

Deux référents volontaires IDE par service sont en place, leurs missions sont définies dans une fiche spécifique.

Les ressources matérielles, en équipement et en maintenance sont effectives (dossier patient informatisé, chariots équipés de poste informatique, armoires médicaments et chariots d'urgences opérationnels). Les locaux sont sécurisés.

La prise en charge médicamenteuse est informatisée dans tous les secteurs et intégrée au système d'information. Les procédures et les protocoles élaborés, validés par le pharmacien chef sont mis à disposition des professionnels sous forme électronique. Ils sont connus et respectés. Des documents d'information pour le patient sont également présents concernant principalement la douleur.

La gestion des interfaces entre les unités de soins et la PUI (commande, transports des médicaments et des dispositifs médicaux, retour de lots) est organisée et formalisée pour prévenir tout risque lié aux différents maillons de la chaîne du circuit du médicament.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

A partir de la cartographie des risques réalisée, l'Hôpital Maritime a défini dans le compte qualité quatre risques principaux pour l'ensemble des unités de soins et dans sa politique neuf objectifs (identifier et analyser les erreurs médicamenteuses, prévenir les erreurs médicamenteuses, disposer de l'intégralité du traitement médicamenteux, faire évoluer le logiciel d'aide à la prescription, sécuriser la PECM en passant d'une délivrance globale à une dispensation globalisée ou nominative, préparer le passage à la T2A en SSR, identifier complètement chaque médicament à administrer, sécuriser l'étape ultime de l'administration, améliorer l'efficacité du traitement, sécuriser la prescription).

Il n'existe pas de plan d'action propre aux secteurs en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les plans d'action définis pour la thématique "Prise en charge médicamenteuse du patient" sont applicables

sur l'ensemble des secteurs sans distinction de mention.

La mobilisation des équipes se fait par l'intermédiaire du pharmacien chef qui organise des réunions deux fois par an une formation pour des référents pharmacie, par la direction des soins lors des réunions hebdomadaires des cadres, par la diffusion de mail, de note d'information. Trois personnes sont référentes pour transmettre les modifications en termes de prescription dans le logiciel de prescription.

Des actions de communication sont réalisées lors des réunions de service, pour sensibiliser et mobiliser les professionnels sur les risques identifiés et le processus au sein des différentes unités par les cadres de santé, le pharmacien, la responsable qualité.

Des actions de sensibilisation pour inciter les professionnels à déclarer les événements indésirables liés au circuit du médicament sont déployées, avec mise en place de la charte non punitive.

Les cadres de santé, le pharmacien et la responsable qualité s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par la réalisation de différents audits comme les contrôles des armoires à pharmacie, chariot d'urgence.

Les professionnels sont informés de leurs résultats lors de réunion, ou par voie d'affichage et sur intranet.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont examinés par les pilotes du processus. Des actions correctives sont identifiées lors de dysfonctionnement constaté.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'Hôpital Maritime a défini les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement, les trois préparateurs en pharmacie et les deux pharmaciens se remplacent mutuellement lors de leur absence. Les ressources humaines disponibles permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse dans le respect des compétences de chacun. Des formations sur le circuit médicament sont réalisées deux fois par an par le pharmacien chef pour les référents IDE pharmacie et pour les nouveaux IDE arrivants. Sont également en place des actions de sensibilisation sur le circuit du médicament. Cependant les ressources en compétences ne sont pas toutes disponibles. Les professionnels ne sont pas destinataires d'action de formation spécifique sur les erreurs médicamenteuses. Le circuit du médicament est informatisé dans toutes les unités, le matériel est adapté est mis en place. Les chariots sont équipés de poste informatique. Ils sont opérationnels dans les services. Les armoires de pharmacie sont conformes, fermées à clés. Les sacs et chariots d'urgence scellés sont en place. Ils sont contrôlés régulièrement y compris dans les salles du plateau technique de réadaptation.

Les locaux de la pharmacie respectent les normes de sécurité en matière d'infraction : vitres spéciales, volets roulants aux fenêtres, fermeture des portes sécurisée par badge ou code, pièce spécifique pour les stupéfiants fermés dans une armoire à clé, détecteur incendie, local de livraison différent de ceux du stockage, salle de préparation possédant le matériel de protection nécessaire et respectant la marche en avant.

Les caisses de transport de médicaments sont scellées par le magasinier avant l'acheminement dans les unités par le service de transport, la chaîne du froid est assurée et respectée.

Les procédures et les protocoles élaborés, validés par le pharmacien, sont mis à disposition des professionnels sous forme électronique.

Des documents d'aide à la prescription sont disponibles, livret thérapeutique, banque Claude Bernard, un livret d'antibiothérapie. Des documents d'aide à l'administration sont à la disposition des infirmiers un répertoire sur les modalités d'administration des médicaments injectables, un livret des pansements, un livret douleur, bonnes pratiques d'administration des médicaments par voie orale, le protocole de nutrition entérale précise les règles d'administration des comprimés.

Sont présentes également une procédure dégradée pour les commandes et la continuité de la prise en charge médicamenteuse en cas de panne informatique.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et respectent l'organisation définie. Ils mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Toutes les étapes du circuit du médicament font l'objet d'un protocole y compris l'organisation de la pharmacie, le rangement et contrôle des armoires pharmacies des unités, des chariots d'urgence, le retour des médicaments à la pharmacie, le contrôle de la chaîne du froid dans les différents frigos.

Les règles de prescription sont formalisées et validées. Elles sont mises en œuvre dans les services. Il n'existe qu'un support unique de prescription et de la traçabilité de l'administration. Toutes les prescriptions sont informatisées. Elles prennent en compte le traitement du patient à son arrivée. Les règles de prescription conditionnelle, de prescription de sortie, d'auto administration sont également précisées. Aucun médicament n'est délivré sans prescription informatique. Certains médicaments sont prescrits sur informatique et ordonnance papier comme par exemple les molécules onéreuses, pansements spéciaux. La liste des prescripteurs est validée, présente à la pharmacie.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission à la sortie, y compris lors d'une permission, cela a été vérifié lors du patient traceur et lors des investigations dans les unités.

L'analyse pharmaceutique prend en compte les paramètres cliniques et biologiques du patient, le



pharmacien a accès au dossier patient et aux résultats d'analyse informatisés. L'analyse est réalisée pour toutes les prescriptions, la présence de quatre carrés verts sur le logiciel de prescription signifie la validation. Si le pharmacien constate une anomalie, il appelle directement par téléphone le médecin prescripteur ou trace un avis sur le logiciel par l'intermédiaire d'un "post it" informatique.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est décrite dans le règlement de la PUI. En dehors des heures d'ouverture, les professionnels se dépannent auprès d'un autre service. Pour une prescription particulière notamment d'antibiothérapie hors ouverture de la pharmacie, le médecin ou l'infirmier récupère les médicaments dans une armoire de dotation urgente située dans l'unité de soins de suite. Après avoir fait la prescription informatique, le médecin remplit également un document spécifique laissé à côté de l'armoire de dotation, récupéré par la pharmacie le lendemain ou le lundi. La gestion de l'armoire de dotation urgente fait l'objet d'une procédure.

La délivrance globale est faite deux fois par semaine à jour fixe et selon un planning défini par service, mise dans une caisse plastique scellée, acheminée par le service transport, à partir d'une liste pré remplie par les IDE de nuit qui préparent les piluliers. Une délivrance nominative est faite pour les stupéfiants, les préparations magistrales. Les modalités de la dispensation des médicaments sont définies dans une procédure.

La dispensation contrôlée pour les antibiotiques est effective. En plus de la prescription informatique, il est demandé aux médecins de remplir un bon papier permettant la réévaluation entre la 48° et 72° heure.

Le conditionnement unitaire est réalisé pour les médicaments dont l'emballage ne permet pas l'identification complète et lisible du produit jusqu'au moment de l'administration et pour certains médicaments sécables comme les anticoagulants.

Le transport des médicaments entre la PUI et les unités se font dans des caisses scellées avec poches réfrigérées si besoin par le service transport. Les stupéfiants sont retirés par le cadre ou l'IDE dans un coffre fermé à clé. L'approvisionnement des différents secteurs est assuré pour les médicaments à jour fixe définie par secteur.

Les règles de gestion, rangement, stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid) définies par la procédure sont respectées. Les armoires à pharmacie sont toutes fermées à clés. Les chariots de distribution des unités comportent les piluliers nominatifs journaliers. La température des frigos est contrôlée, les derniers achetés comportent une porte transparente avec contrôle extérieur de la température avec alarme intégrée.

Les règles d'administration des médicaments sont définies et respectées. Les médicaments sont contrôlés et distribués par l'infirmière à partir d'un chariot de distribution préparé par l'infirmier de nuit. L'infirmière distribue les médicaments au patient à l'aide du dossier patient. Elle s'assure de la prise effective lors de la distribution. L'auto administration du patient est prescrite, elle fait l'objet d'une procédure.

La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel après la prise par le patient sous la surveillance de l'infirmière. La non prise est également tracée en précisant la cause. Pour le patient en auto administration, l'infirmière vérifie et fait une traçabilité globale de l'administration.

Les professionnels de santé infirmiers et médecins assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments par le biais de documents spécifiques notamment sur les médicaments anti douleur, anticoagulants et anti diabétiques.

La gestion du traitement personnel à l'arrivée du patient dans le service fait l'objet d'une procédure, appliquée : séquestration dans une poche avec l'étiquette du patient dans l'armoire à pharmacie.

Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. Dès son arrivée, le patient est informé du fait que seuls les médicaments fournis par le PUI lui seront délivrés, sauf si ces traitements ne sont pas présents dans l'établissement, et ne peuvent pas être changés.

Les chariots d'urgence sont opérationnels et vérifiés mensuellement par la pharmacie et le service. Dans les services de soins de suite, dès qu'un chariot est utilisé, il est remplacé par un un plein stocké et géré par la pharmacie en échange. Le chariot utilisé est récupéré par la pharmacie qui le remet en conformité. Dans les autres services, à savoir en rééducation, après chaque utilisation, l'entretien du matériel utilisé et du chariot lui-même est effectué par l'utilisateur qui s'est servi du chariot.

Les préparations magistrales sont élaborées dans des locaux adaptés et protégés.

La traçabilité des préparations magistrales et des retraits de lots se retrouve au niveau de la PUI.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont réalisés par différents audits. Un suivi est fait par le groupe de travail en charge de la PECM dont fait partie la responsable qualité et coordinatrice des risques associés aux soins. Les indicateurs nationaux IPAQSS sont en place ainsi que les indicateurs hôpital numérique.

De nombreuses évaluations réalisées font l'objet d'indicateurs internes. Le nombre de FEI est suivi, elles concernent le recueil et analyse des erreurs médicamenteuses. Les FEI qui le nécessitent sont traités en CREX.

Le suivi de la consommation des antibiotiques et des antalgiques est intégré au tableau de bord élaboré. Des audits sur la conformité du chariot d'urgence sont réalisés et font l'objet d'indicateurs. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques à dispensation contrôlée est suivie annuellement. Une évaluation de la formation des référents est réalisée.

Une EPP est en cours « sur les troubles de la déglutition » auquel participe activement le service pharmacie.

L'ensemble des résultats des différentes évaluations réalisées par le service pharmacie est répertorié des tableaux de bord inclus dans son rapport annuel d'activités.

Des actions d'amélioration visant le bon usage des médicaments et la sécurisation du circuit sont mises en œuvre suite à l'analyse des FEI, des dysfonctionnements constatés, des résultats des audits.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Il n'existe pas de dispositif structuré d'amélioration continue de l'ensemble du processus "Prise en charge médicamenteuse du patient" à l'échelle de l'établissement. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre (élaboration de la procédure gestion chariots d'urgence, conditionnement des comprimés de « préviscan » en ½ ou ¼, mise à jour du circuit des stupéfiants, procédures des médicaments à risque,...) mais celles-ci ne sont pas intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel.

Les résultats des audits et de leur analyse sont communiqués aux professionnels par l'intermédiaire des cadres oralement lors des réunions spécifiques, après les transmissions ou les réunions de synthèse, par affichage interne, par intranet, par le bulletin qualité trimestriel. Les résultats des actions d'amélioration sont communiqués en interne aux différentes instances (COMEDIMS, CLUD, CLAN, CME, Directoire) et en externe via la CRUQ.