



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE VISITE  
CENTRE HOSPITALIER DE  
JURY**

**Bp 75088  
57073 METZ  
Octobre 2015**

# SOMMAIRE

## **INTRODUCTION**

1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION
2. LA CERTIFICATION V2014
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION

## **LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT**

1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE

## **PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

### **DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE**

### **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

DROITS DES PATIENTS

PARCOURS DU PATIENT

DOSSIER PATIENT

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

# 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 objectivé 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.
Source	Audit de processus ou patient-traceur.

## 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

CENTRE HOSPITALIER DE JURY	
Adresse	Bp 75088 57073 METZ
Département / région	MOSELLE / LORRAINE
Statut	CHS / EPSM
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	570000513	CENTRE HOSPITALIER DE JURY	Bp 75088 57073 METZ
Etablissement de santé	570001016	CENTRE HOSPITALIER DE JURY	Bp 75088 57073 METZ
Etablissement de santé	570012963	CHS JURY-CMP ENFANT HAGONDANGE - POLE 3	49 rue de la gare 57300 Hagondange
Etablissement de santé	570004176	CHS DE JURY-CLINIQUE TIVOLI - POLE 5	24 rue de tivoli 57070 Metz
Etablissement de santé	570012955	CHS JURY-CMP ENFANTS WINNICOTT METZ - POLE 3	11 avenue leclerc de hauteclocque 57000 Metz
Etablissement de santé	570024513	CH DE JURY - CMP ADOLESCENTS DE LA MOSELLE	7 rue harelle 57000 METZ
Etablissement de santé	570012898	CHS DE JURY-CMP/CATTP ADULTES METZ - POLE 5	20 rue gambetta 57000 Metz
Etablissement de santé	570012922	CHS DE JURY/CMP METZ-QUEULEU - POLE 5	22 rue de tivoli 57070 Metz

Etablissement de santé	570024489	CH DE JURY - CMP ADULTES DE FAMECK	17 rue general henry Cite sociale de fameck 57290 FAMECK
Etablissement de santé	570013813	CHS DE JURY HOPITAL JOUR ENFANT MAIZIERES - POLE 3	19 route de marange 57280 Maizieres-Les-Metz
Etablissement de santé	570012930	CHS JURY-CMP ADULTES CLOUANGE - POLE 4	4 rue des roses 57185 Clouange
Etablissement de santé	570024497	CH DE JURY - CMP/CATTP PSYCHOGERIATRIE DE METZ	25 rue lafayette 57000 METZ
Etablissement de santé	570012914	CHS DE JURY-CMP/CATTP ADULTES METZ - POLE 5	26 rue guynemer 57950 MONTIGNY LES METZ
Etablissement de santé	570012906	CHS DE JURY-CMP/CATTP ADULTES METZ-NORD - POLE 5	100 route de thionville 57050 Metz
Etablissement de santé	570024505	CH DE JURY - CMP NICOLAS JUNG ENFANTS METZ DEVANT LES PONTS (POLE 3)	1 rue nicolas jung 57050 METZ
Etablissement de santé	570012948	CHS JURY-CMP ADULTES HAYANGE - POLE 4	66 rue de verdun 57700 Hayange
Etablissement de santé	570008433	CHS JURY-HOPITAL DE JOUR ENFANTS METZ - POLE 3	12 rue des treize 57070 Metz
Etablissement de santé	570023150	CHS DE JURY-CENTRE D'ACCUEIL D'URGENCE VERLAINE	1 rue verlaine 57000 Metz
Etablissement de santé	570023291	CH DE JURY-CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE + SPUL	1 allée du chateau cs 45001 Cs 45001 57085 METZ

### Activités



Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle
Santé mentale	Psychiatrie générale	344	12
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	10	27

**Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité**

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements

Regroupement / Fusion

Arrêt et fermeture d'activité

Création d'activités nouvelles ou reconversions

# **DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

## **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 obligation(s) d'amélioration (C),

## **2. Avis prononcés sur les thématiques**

### **OBLIGATION(S) D'AMÉLIORATION**

- Parcours du patient

### **RECOMMANDATION(S) D'AMÉLIORATION**

- Management de la qualité et des risques
- Management de la prise en charge médicamenteuse
- Droits des patients
- Dossier du patient

## **3. Suivi de la décision**

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

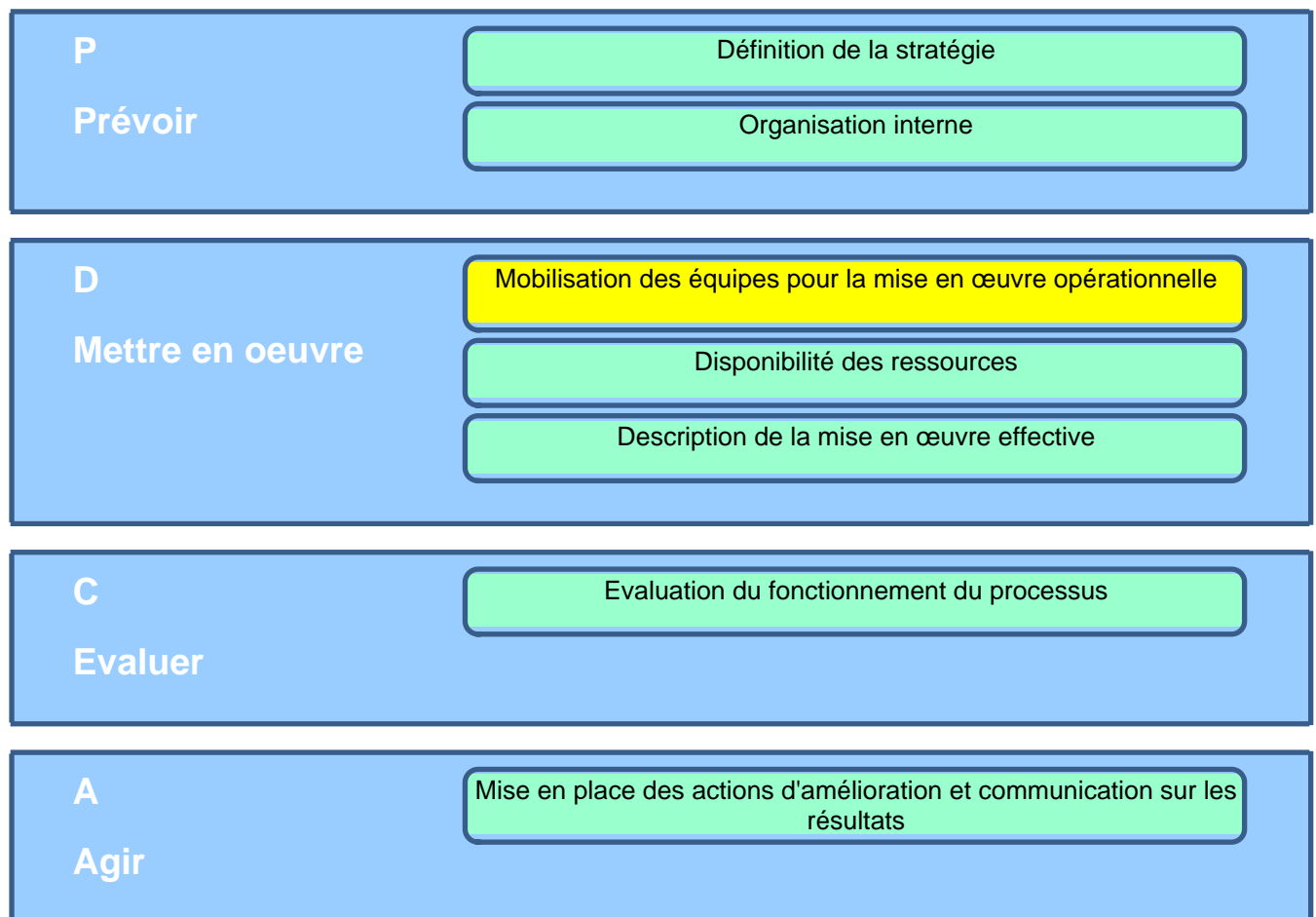
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique qualité et sécurité des soins élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques a posteriori incluant les démarches EPP et la gestion de crise. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. La cartographie des risques datant de la précédente itération est en cours d'actualisation. La politique qualité est déclinée dans le Programme global d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Ces actions sont priorisées, un pilote est désigné, un échancier et des modalités de suivi sont définies. Le CH de Jury a mobilisé plusieurs acteurs dans la rédaction du compte qualité. Néanmoins, les représentants des usagers ne sont pas associés à l'élaboration de la politique qualité. La révision de la politique qualité/sécurité des soins n'est pas réalisée sur la base du rapport de la CRU. Les échanges avec les professionnels ont démontré que la participation des représentants des usagers n'est pas effective pour l'élaboration de la politique qualité. Ils ont participé néanmoins à la validation du compte qualité.

#### ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie par le CH de Jury pour piloter le processus (existence d'un comité stratégique de la qualité émanation du directoire), le coordonner (direction qualité et collège qualité) et l'actualiser (cellule opérationnelle de gestion des risques et responsable qualité). Les rôles et responsabilités sont identifiés. Au regard des besoins et des risques répertoriés notamment par les responsables de pôle et leurs adjoints, l'établissement garantit les ressources humaines (en nombre et qualifications), matérielles (locaux, équipements, maintenance,..) et documentaires (procédures, protocoles) nécessaires. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par la cadre hygiéniste. Les démarches EPP sont suivies et déclinées dans les secteurs d'activité. Les instances sont régulièrement informées, au moins une fois par an, sur l'avancée des démarches. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. La gestion des plaintes et réclamations est organisée et tracée par la direction qualité. Cependant, le système de gestion des plaintes et réclamations n'est pas articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. La CRU n'est pas informée des événements indésirables se rapportant à la thématique "droits des patients".

### D / METTRE EN OEUVRE

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

En fonction des risques et besoins identifiés, les cadres de santé et l'encadrement des pôles organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle par des actions ciblées. Le projet de service/secteur traduit les objectifs institutionnels en actions d'amélioration spécifiques au secteur. Les professionnels sont associés. La mobilisation des équipes et la mise en œuvre opérationnelle des actions ciblées dépendent des thèmes traités et de l'appartenance des professionnels à des groupes de travail. Toutefois, la sensibilisation des professionnels pour l'implication dans les démarches qualité sécurité des soins est partiellement réalisée. Celle-ci est en cours de déploiement. La rencontre avec les professionnels de terrain a démontré une connaissance partielle de la politique et du dispositif qualité mis en place au CH de Jury. Les acteurs ne sont pas tous connus des professionnels, ni leurs missions. Les plans d'actions ne sont pas tous connus hormis par l'encadrement. Des démarches d'EPP et la fiche de signalement des événements indésirables ont néanmoins pu être citées par les professionnels. L'information même descendante n'est pas toujours accompagnée. L'évaluation de la démarche d'amélioration de la culture qualité et sécurité des soins n'est pas communiquée à l'ensemble des professionnels des secteurs d'activité. Seuls les cadres de services sont informés.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources documentaires (fiches de signalement des événements indésirables, les protocoles et procédures qualité) sont accessibles, actualisées et disponibles dans les différents secteurs d'activité via l'intranet. Les ressources humaines sont quantifiées et les compétences requises peuvent faire l'objet d'un programme de formation approprié si elles ne sont pas disponibles dans l'établissement. Le matériel et les locaux (équipements, maintenance..) participent également à la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques. La coordinatrice responsable des risques associés aux soins est présente sur le CH de Jury et se déplace sur les sites extra hospitaliers pour informer et assurer des audits de pratiques si nécessaire. Un consultant extérieur accompagne la démarche EPP.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les procédures et protocoles définis par l'établissement. Le signalement des événements indésirables, la gestion des plaintes et réclamations sont opérationnels. Les situations de violence sont signalées et font l'objet de déclaration à l'Office National des Violences Hospitalières. Les cadres des services s'assurent de la conformité et de la traçabilité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment par l'application des procédures et protocoles mis en place. Des professionnels participent à l'analyse et au traitement des actions d'améliorations au niveau des différentes commissions de l'établissement (Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques, Comité de Lutte contre la Douleur...). L'ensemble des conclusions et des actions définies par ces instances sont diffusées dans des comptes-rendus en interne et en externe.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont assurés annuellement par la cellule qualité, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, audits de pratiques, démarches d'EPP, etc...).

### A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne notamment auprès des instances et de l'encadrement.

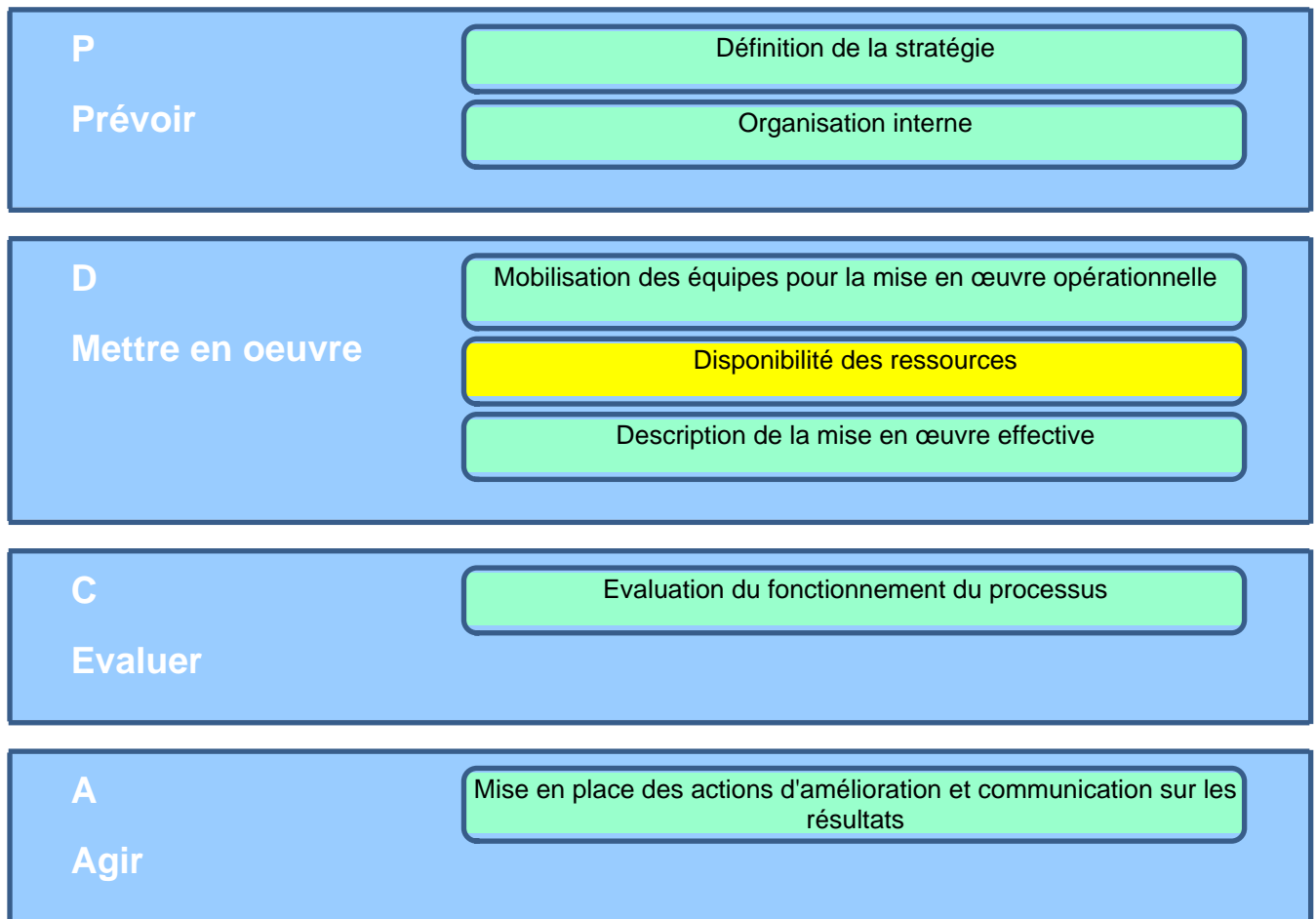
# DROITS DES PATIENTS

## 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

L'axe 1 du projet de soins intégré au projet d'établissement 2014-2018 porte sur la réflexion et le volet relatif aux droits des usagers et à la promotion de la bientraitance et intègre les questions portant sur la dignité, l'intimité et la confidentialité des informations concernant le patient. Toutefois, le projet médical et le projet de soins n'intègrent pas les questions liées au respect des libertés individuelle et aux restrictions de liberté (liberté d'aller et venir, isolement et contention, limitation des contacts et des visites, retrait des effets personnels,...). L'établissement a défini des valeurs et les a inscrites dans ses orientations stratégiques. Il a identifié ses besoins et analysé ses risques en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan CRU, analyse des événements indésirables relatifs à la thématique). La CRU et les représentants des usagers ont validé l'identification des risques inscrits dans le compte qualité ainsi que les plans d'action définis. Ces actions sont intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a réactivé la Commission des Relations avec les Usagers et de la Prise en Charge en novembre 2013. Les responsabilités et les missions des membres de la CRU sont définis dans son règlement intérieur. Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les professionnels et les usagers sont informés de l'existence de la CRU, de ses missions, de sa composition et des coordonnées des représentants des usagers y participant. Des plaquettes d'information sur les droits des patients sont à disposition de tous. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'établissement a formalisé son dispositif d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, les modalités de recueil du consentement éclairé du patient, les modalités de désignation de la personne de confiance et structuré son dispositif d'hospitalisation et des soins sans consentement. L'établissement a initié un programme de travaux et de réaménagement des locaux d'hospitalisation afin d'assurer le respect de l'intimité et de la dignité des patients.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins montre la mobilisation des équipes autour de ces questions. De même, les chefs et les cadres des pôles d'activité clinique se sont saisis des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients :

- dans les situations nécessitant une restriction de liberté (isolement, contention, limitation des contacts et des visites),

- dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles. Des actions de sensibilisation des professionnels sur les aspects relatifs aux droits des patients sont en place. Des actions de formation sur la bientraitance sont inscrites dans le plan de formation de l'établissement.

La réflexion bénéfice-risque fait l'objet d'une concertation au sein de l'équipe soignante, tant au niveau du projet de soins du patient que de l'organisation de l'unité de soins. La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par les responsables des unités et les restrictions de libertés font l'objet d'un encadrement précis.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiées et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (bientraitance, droits des usagers, information du patient en cas de dommage lié aux soins, respect des libertés individuelles,...). Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Des documents d'information sont mis à la disposition des familles et l'accès à ces ressources est facilité. L'établissement veille à adapter ses locaux, ses équipements et sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies. Toutefois, il existe encore des chambres à 3 lits et des sanitaires communs induisant un risque de non-respect de l'intimité et de la dignité du patient.

L'architecture des locaux crée un risque de maltraitance à l'égard des populations accueillies. Les adolescents sont accueillis en unité d'hospitalisation spécifique (UHA). Exceptionnellement un accueil temporaire en unité adulte peut être nécessaire de par leur pathologie (indications spécifiques posées au



vu de troubles du comportement majeurs) et avec évaluation du bénéfice / risque ; dans ce cas, un suivi conjoint est organisé entre l'équipe médicale et soignante du service d'accueil et celle de l'UHA et l'accord parental est tracé dans le dossier patient. Ces unités ne sont toutefois pas adaptées pour accueillir ce type de population : elles ne disposent pas de lieux pour s'isoler, proposent des temps de repas collectifs, imposent des sanitaires communs, et une certaine promiscuité. Les locaux ne sont pas tous adaptés pour assurer la prise en charge des personnes handicapées, ce qui génère un risque de maltraitance malgré les solutions apportées par les professionnels pour contourner ces contraintes (surveillance particulière ou accrue notamment) et malgré les aménagements déjà réalisés dans certains locaux (sanitaires adaptés, rampes d'accès, mise à disposition de matériel spécifique). Les problématiques liées à l'architecture des locaux sont compensées par la mise en place systématique de paravents lors des soins chaque fois que nécessaire.

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

Les projets des unités de soins identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie. Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement. Un dispositif est en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient. La recherche du consentement du patient concernant les restrictions de liberté n'est pas toujours tracée dans le dossier du patient, ainsi, des restrictions de liberté sont incluses dans le règlement intérieur du Service de Soins en Addictologie (pas de sorties du service, pas d'appels téléphoniques, notamment). Le patient traceur 2 rencontré par les EV en a été effectivement informé, mais la traçabilité écrite reste peu représentative de son avis et surtout de son accord.

### **C / EVALUER**

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

Un audit "prévention de la maltraitance" a été réalisé en octobre 2013. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées auprès des patients et l'établissement envisage de réaliser une enquête de satisfaction auprès des familles dans une unité de soins au long cours. Le Centre Hospitalier de Jury mesure l'efficacité des actions mises en œuvre pour certains aspects relatifs aux droits des patients (indicateurs IPAQSS sur la traçabilité dans le dossier du patient de la protection judiciaire et de la personne de confiance, rapport d'activité annuel de la CRU, démarches d'EPP sur l'évaluation et la pertinence de l'isolement thérapeutique) et communique sur les résultats obtenus. L'établissement n'a pas réalisé d'actions d'évaluation sur tous les aspects relatifs aux droits des patients. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients fait partiellement l'objet d'une évaluation (par le biais des enquêtes de satisfaction).

### **A / AGIR**

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

L'établissement définit des actions d'amélioration sur la thématique "droits des patient" qu'il inscrit dans son programme global d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités (modalités d'accès de l'entourage par exemple). Les résultats des enquêtes de satisfaction sont communiqués en interne via le portail Intranet et aux représentants des usagers.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

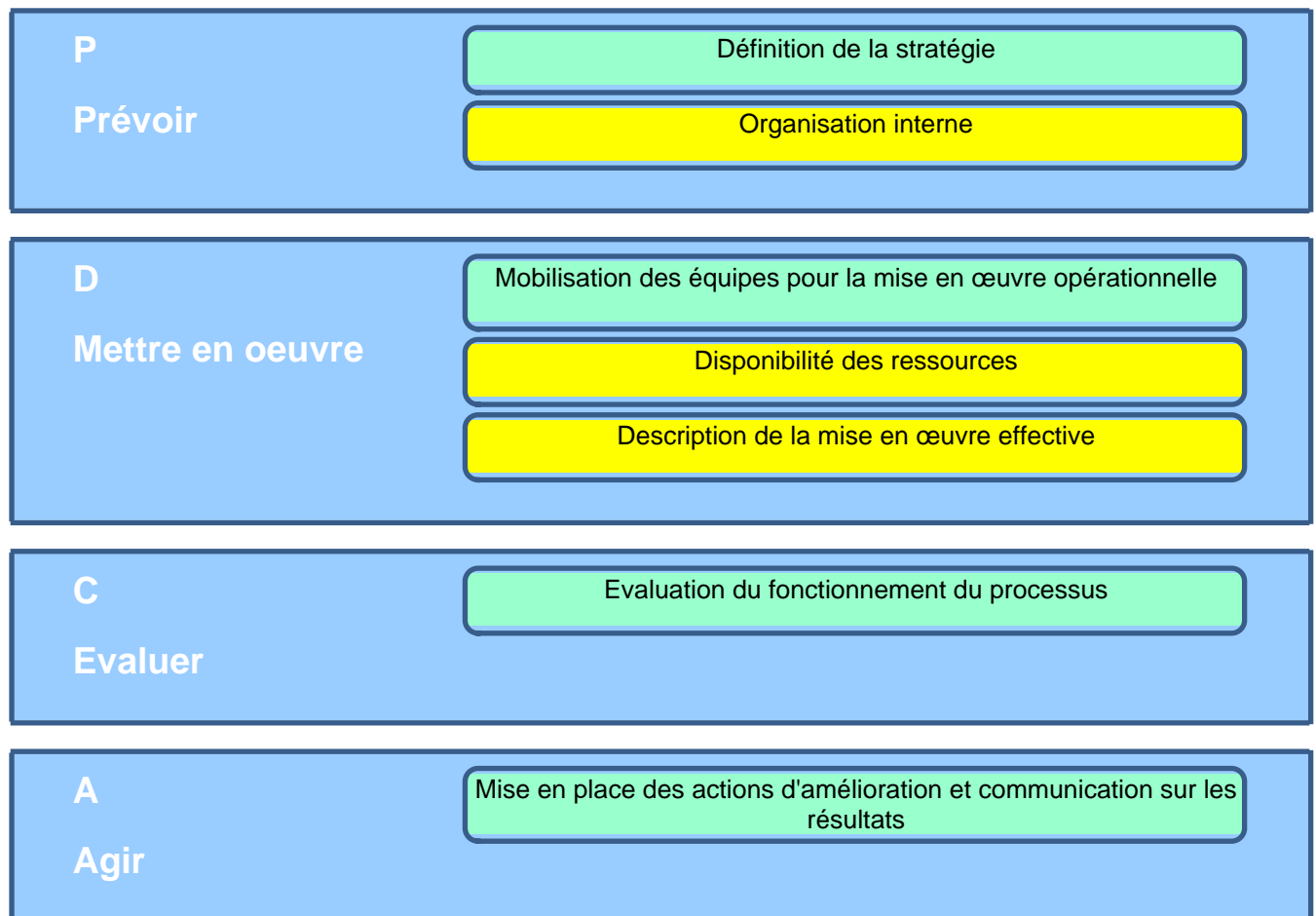
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques en lien avec le Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) et le Programme Régional de Santé (PRS). Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Une réflexion institutionnelle sur la révision de certains parcours patient est engagée notamment en addictologie et psycho-gériatrie. Cette politique est déclinée dans les projets de services et de pôles ainsi que dans l'ensemble des structures.

#### ORGANISATION INTERNE

La permanence des soins est organisée 24h/24 et 7j/7 (règles de présence, système de gardes et d'astreintes). Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les différents parcours (intra et extra hospitaliers) sont organisés et structurés. Les adolescents sont accueillis en unité d'hospitalisation spécifique (UHA). Exceptionnellement un accueil temporaire en unité adulte peut être nécessaire de par leur pathologie (indications spécifiques posées au vu de troubles du comportement majeurs) et avec évaluation du bénéfique / risque ; dans ce cas, un suivi conjoint est organisé entre l'équipe médicale et soignante du service d'accueil et celle de l'UHA et l'accord parental est tracé dans le dossier patient. Bien que les locaux ne soient pas tous adaptés pour assurer la prise en charge des personnes handicapées, l'établissement n'a pas prévu l'organisation d'un circuit spécifique pour pallier cette contrainte. Les modalités de coordination des différents acteurs de la prise en charge sont définies. L'accueil des personnes appartenant à des populations spécifiques (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes démunies, détenus,...) est en place. Il existe un dispositif de déploiement de l'éducation à la santé du patient, notamment sur le médicament et la nutrition. Le pilotage de la mise en œuvre de la politique parcours patient et du suivi du programme d'action est assuré par la direction des soins qui veille également à la communication des résultats. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de poste. Des outils de communication interne et externe sont en place et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels. Les modalités de repérage du risque suicidaire ne sont pas formalisées. La grille de dépistage du risque suicidaire élaborée par le groupe EPP a été validée récemment par la CME. Sa diffusion et la formation des professionnels ont dès lors été engagées et sont en cours au moment de la visite.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu des risques et besoins identifiés, l'encadrement des secteurs d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation avec la cellule qualité. L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières et la possibilité de formation intra ou extra murs. L'encadrement ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des indicateurs,...). Elles sont identifiées par l'adjoint au chef de pôle en lien avec la responsable qualité et la coordinatrice des risques. Les résultats sont communiqués aux équipes.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines (effectifs suffisants et formés) et matérielles (équipements, maintenance,...) sont disponibles. L'architecture des locaux n'est pas toujours adaptée à l'accueil de populations spécifiques. Les adolescents sont accueillis en unité d'hospitalisation spécifique (UHA). Exceptionnellement un accueil temporaire en unité adulte peut être nécessaire de par leur pathologie (indications spécifiques posées au vu de troubles du comportement majeurs) et avec évaluation du bénéfique / risque ; dans ce cas, un suivi conjoint est organisé entre l'équipe médicale et soignante du service d'accueil et celle de l'UHA et l'accord parental est tracé dans le dossier patient. Ces unités ne sont toutefois pas adaptées pour accueillir ce type de population : elles ne disposent pas de lieux pour s'isoler, proposent des temps de repas collectifs, imposent des sanitaires communs, et une certaine promiscuité. D'autre part, tous les locaux ne sont pas adaptés pour la prise en charge des personnes handicapées malgré les solutions apportées par les professionnels pour contourner ces contraintes (surveillance particulière ou accrue notamment) et malgré les aménagements déjà réalisés dans certains

locaux (sanitaires adaptés, rampes d'accès, mise à disposition de matériel spécifique). La documentation actualisée est accessible via l'intranet. La procédure de prise en charge des urgences vitales est définie. La prise en charge somatique des patients est organisée au sein de l'établissement.

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

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne. Toutefois, la coordination et la concertation entre acteurs internes et externes ne sont pas toujours opérationnelles. La gestion des interfaces notamment avec les structures médico-sociales et la médecine de ville n'est pas encore optimale et le fonctionnement intra pôles reste prédominant. Les professionnels rencontrés ne sont pas tous informés du pilotage du dispositif. Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels ne sont pas toujours tracés dans le dossier. Dans le dossier du patient traceur 4, à l'UPAH, sur une durée d'hospitalisation d'une année, deux consultations somatiques sont tracées dans le dossier du patient suivi pour surpoids et traité par antipsychotiques au long cours. Dans le dossier papier, les résultats des examens complémentaires sont anciens. Le suivi hygiéno-diététique n'est pas tracé. Les courriers de fin d'hospitalisation ne sont pas toujours envoyés dans les délais réglementaires ce que confirme le recueil de l'indicateur IQSS "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Le repérage du risque suicidaire n'est pas systématisé dans tous les secteurs d'activité. En effet, la diffusion de la grille de dépistage du risque suicidaire et la formation des professionnels à cet outil sont en cours. Ainsi, dans le dossier du patient traceur 1 en unité d'admission de psychiatrie générale, l'évaluation du risque suicidaire n'est pas réalisée ni tracée dans le dossier alors que la patiente est admise après un équivalent suicidaire. Le suivi somatique des patients n'est pas toujours réalisé et tracé dans le dossier. Ainsi, dans le dossier du patient traceur 1 en unité d'admission de psychiatrie générale, l'examen somatique n'a pas été réalisé ou retrouvé de manière systématique à l'admission du patient.

### **C / EVALUER**

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

Les professionnels participent au signalement et à l'analyse des événements indésirables. La gestion des plaintes et réclamations est évaluée par la direction qualité. Le recueil de la satisfaction des usagers est analysé en CRU. La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par les responsables des unités. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés annuellement sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord,..). Les résultats sont communiqués aux professionnels.

### **A / AGIR**

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne auprès des instances dont la CRU, et des professionnels (intranet, réunions d'encadrement...) et en externe vers les tutelles.

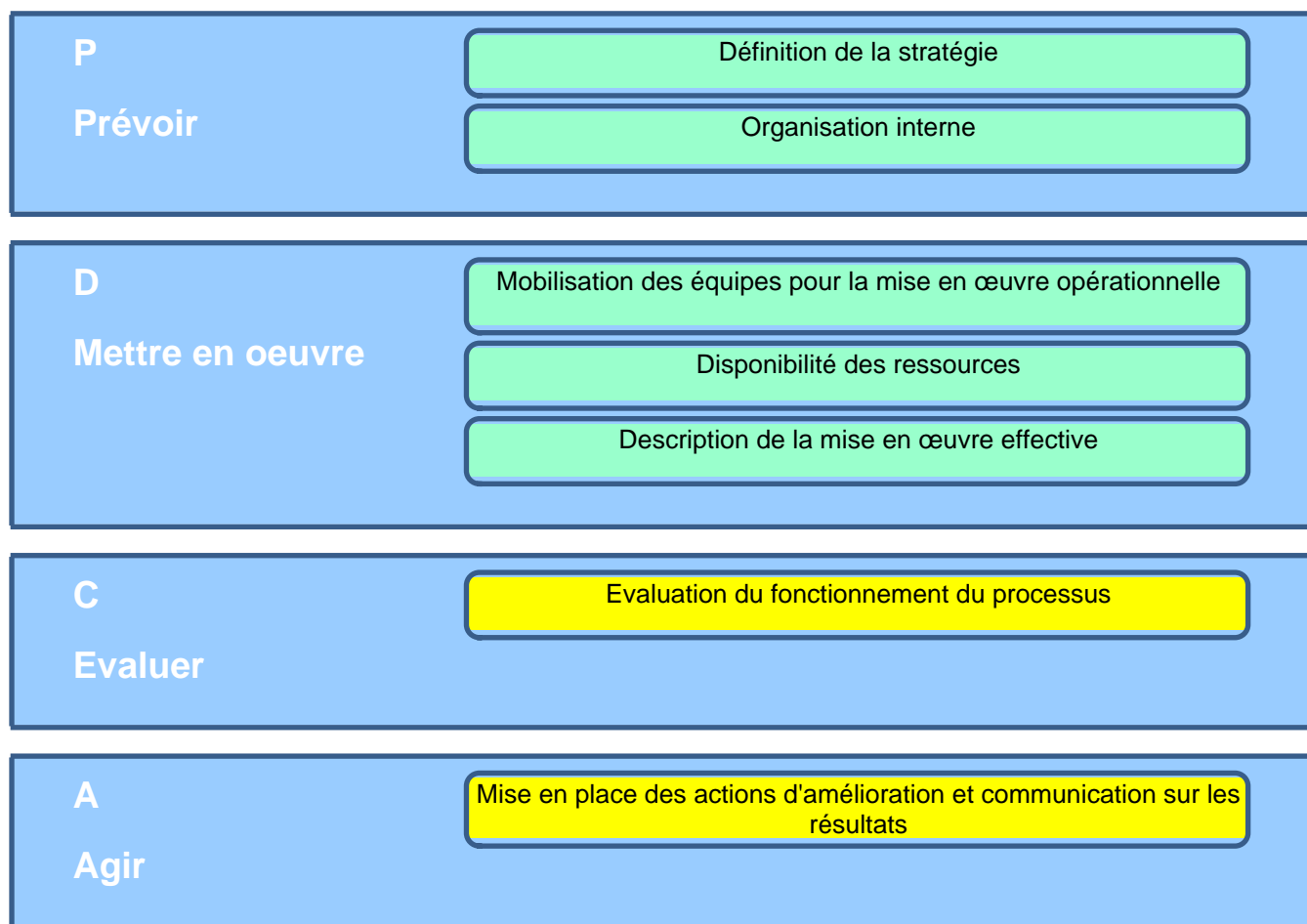
# DOSSIER PATIENT

## 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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maîtrisé
Optimisé

**P / PRÉVOIR**

<b>DÉFINITION DE LA STRATÉGIE</b>
L'établissement a structuré sa stratégie de gestion du dossier du patient couvrant à la fois la gestion du dossier (règles de tenue, d'accès et d'archivage) et l'accès du patient à son dossier. Cette politique est élaborée sur la base d'une identification de besoins et d'une analyse structurée des risques. L'établissement définit des objectifs d'amélioration du dossier du patient qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement. Les professionnels participent au signalement des événements indésirables en lien avec la gestion du dossier du patient.
<b>ORGANISATION INTERNE</b>
Le pilotage de la mise en œuvre est assuré par le comité de pilotage, qui veille également à la communication des résultats. Les rôles et les responsabilités des professionnels concernés sont identifiés et définis dans des fiches de poste. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil. Une personne référente est identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais définis. Des outils de communication interne sont en place. La gestion des interfaces est revue régulièrement avec les utilisateurs et le responsable informatique. Un plan de formation a été établi pour permettre le déploiement du DPI.

**D / METTRE EN OEUVRE**

<b>MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE</b>
En fonction des risques et des besoins identifiés les responsables des unités organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle par des actions ciblées, mises en œuvre et spécifiques au secteur. Des modalités de suivi sont définies pour ces actions (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est également assurée par les responsables des unités.
<b>DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES</b>
Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés conformément aux besoins exprimés dans les orientations stratégiques du CH de Jury. L'établissement met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés. Des formations/sensibilisations des nouveaux arrivants aux règles de tenue et d'accès au dossier sont effectuées en fonction des arrivées. L'établissement a formalisé les processus décrivant les interfaces entre les différentes activités liées au dossier du patient et a rédigé les procédures de prise en charge au sein de ces processus. Elles sont mises à la disposition des professionnels. L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes dans des délais : la notion de temps utile est définie par l'établissement et adaptée aux types de prises en charge. L'accès du patient à son dossier est organisée conformément à la réglementation. Les modalités standard et spécifiques d'accès sont définies. Des modalités de fonctionnement en mode dégradé ont été récemment mises en œuvre.
<b>DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE</b>
Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont montré la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du dossier du patient y compris aux interfaces entre secteurs. Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective. Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier, en fonction de l'activité. L'identification du patient est fiabilisée à l'étape d'admission de tout patient pour la création de son dossier. Toutefois, l'identification des patients n'est pas toujours tracée à toutes les étapes de sa prise en charge dans le dossier patient. Dans le Service de Soins en Addictologie, l'identification du patient est fiabilisée à l'étape d'admission du patient pour la création de son dossier. En revanche, la traçabilité de la vérification de son identité aux autres étapes de sa prise en charge n'a pas été retrouvée. L'identification de l'enfant ("trombinoscope") de l'hôpital de jour de Metz n'est pas mis à jour de manière régulière dans le dossier. A l'UPAH, il n'existe pas de dispositif d'aide à l'identification du patient au moment des soins (bracelet ou trombinoscope) alors que l'unité a recours à des personnels intérimaires et que le patient peut présenter des troubles de la communication et du comportement.

De même, la démarche de traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier définie par le CLUD n'est pas toujours suivie. A l'hôpital de jour pour enfants de Metz, l'équipe suit les épisodes douloureux (protocole paracétamol) mais ne s'est pas appropriée la démarche de traçabilité dans le dossier définie par le CLUD. Les intervenants rencontrés ne savent pas s'il existe une échelle dans le DPI.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a réalisé des audits ponctuels sur des éléments particuliers du dossier patient informatisé (Gestion des lits, dépistage des troubles nutritionnels, utilisation de la chambre d'isolement en lien avec les travaux menés en EPP, circuit du médicament) en fonction d'une identification de besoins. L'établissement participe au recueil des indicateurs obligatoires sur la tenue du dossier du patient IPAQSS (campagne 2014 sur dossiers 2013), à l'évaluation facultative concernant le sevrage des patients alcoolodépendants. Il évalue ses indicateurs concernant l'accès du patient à son dossier. Toutefois, l'évaluation structurée du DPI informatisé n'est pas encore en phase de maturité permettant l'élaboration de tableaux structurés et de suivi régulier d'indicateurs et l'élaboration d'un plan d'actions d'amélioration structuré. La mise en production du DPI a débuté il y a un peu plus d'un an, avec plusieurs étapes. Les indicateurs IPAQSS disponibles au moment de la visite ont été recueillis sur le dispositif du dossier papier (IPAQSS 2014 sur dossiers 2013, pas de recueil intermédiaire). A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage n'assure pas encore le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient sur la base d'indicateurs suivis et d'audits structurés sur la tenue du DPI. D'autre part, l'effectivité et l'impact de la formation des intervenants dans les unités n'ont pas encore été évalués. La formation des intervenants dans les unités, au fil de l'eau par les référents des unités (personnel soignant), ou par les référents des collègues professionnels (psychologues, assistantes sociales) n'est pas tracée. De même, l'enquête d'impact et de satisfaction auprès de utilisateurs du DPI n'a pas encore été réalisée.

## A / AGIR

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

L'établissement a défini et met en œuvre un plan d'actions en rapport avec les résultats des indicateurs de tenue du dossier du patient, inclus au PAQSS. Sont notamment inscrits la mise en place du dossier minimum (papier) commun, l'amélioration de la tenue du dossier patient en lien avec la réalisation d'audits réguliers, le suivi et l'amélioration des délais de communication du dossier. L'établissement informe de manière régulière la CRU sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier (demandes d'accès, délais de transmission, consultations sur place). Toutefois, faute d'évaluation à ce stade de déploiement du dossier patient informatisé, l'établissement n'a pas encore pu inscrire dans son PAQSS les actions d'amélioration issues de l'évaluation du contenu et de la tenue du dossier informatisé. L'évaluation du dispositif de formation continue des personnels à la tenue du dossier n'est pas réalisée pour certaines catégories professionnelles.



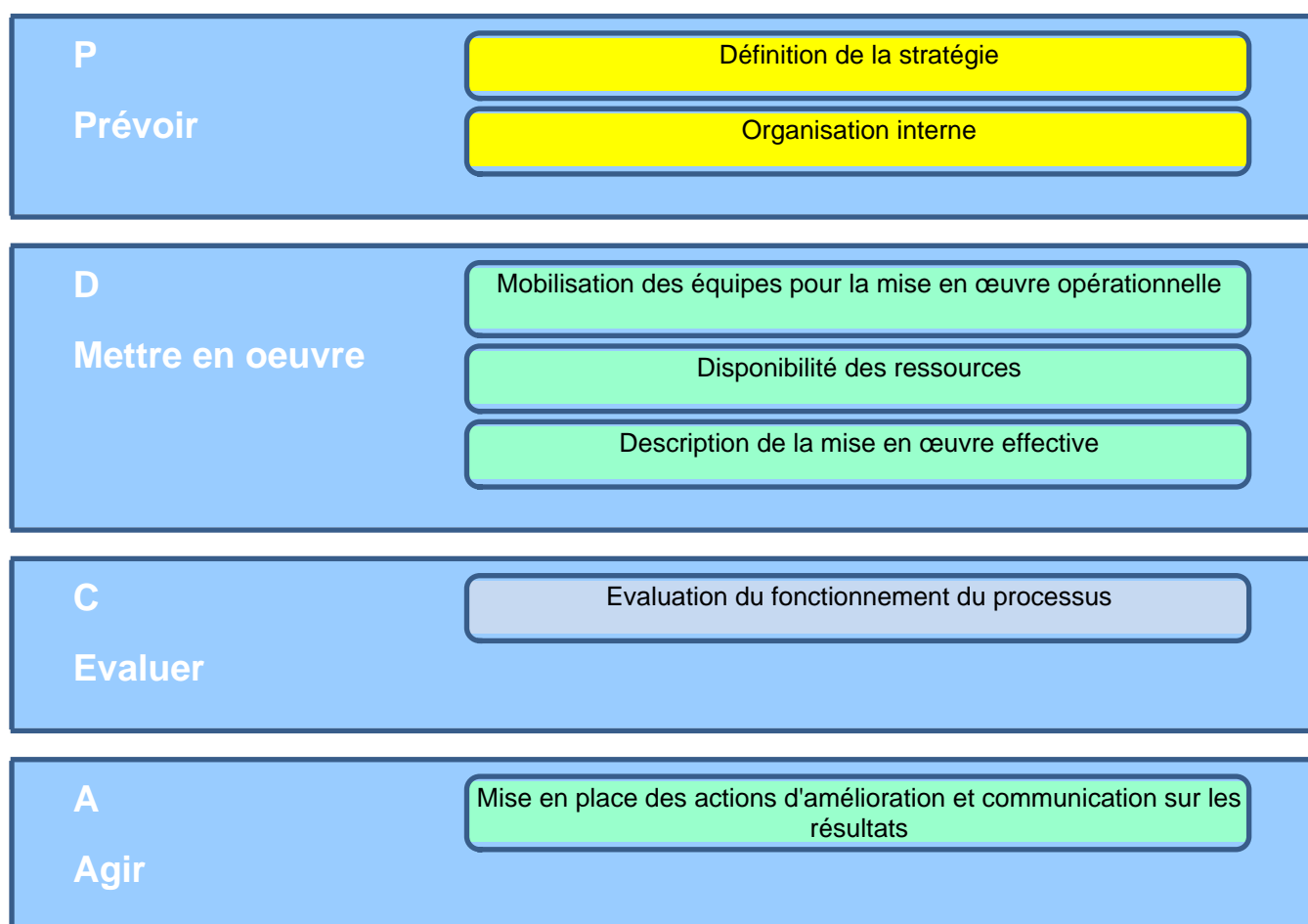
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre de sa démarche de certification ISO 9001, l'établissement a rédigé son manuel qualité de la PUI. Il a réalisé un diagnostic lui permettant d'identifier les risques pour chaque étape du circuit du médicament. Il a identifié, dans son compte qualité, un risque lié à l'absence d'identification de ses médicaments à risque. L'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et l'analyse des risques n'intègre pas les risques liés à la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé. L'établissement a rédigé son manuel qualité de la pharmacie sans intégrer les orientations concernant les étapes de prescription et d'administration.

#### ORGANISATION INTERNE

La responsabilité du management de la prise en charge médicamenteuse est assurée par un trinôme composé du responsable de la pharmacie, de la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins et d'un chef de pôle d'activité clinique qui ont participé à l'analyse de risques. Le rôle et les responsabilités de ce trinôme ne sont pas définis dans des fiches de poste ou de mission. Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont en place. Il n'existe pas d'organigramme décrivant l'ensemble du circuit du médicament et intégrant les missions et les responsabilités de chacun des professionnels concernés. L'organigramme de la PUI est défini et les procédures propres à la PUI sont en place et mises en œuvre par les professionnels de la pharmacie. La liste des prescripteurs habilités est actualisée de manière régulière et disponible auprès de la PUI. La gestion des erreurs médicamenteuses fait l'objet d'une gestion structurée (formation et sensibilisation des professionnels, déclaration, analyse collective méthodique en CREX). Les vigilances réglementaires sont organisées et efficaces. L'établissement a défini une organisation permettant de sécuriser la dispensation des médicaments. Les règles de traçabilité de l'administration sont définies dans le cadre de la mise en place du dossier patient informatisé. L'établissement prévoit les ressources humaines et matérielles nécessaires. Les outils d'aide à la prescription sont mis en œuvre et actualisés.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

Le cadre de santé est le référent pharmaceutique de l'unité de soins et veille à la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues. L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des indicateurs,...). Les règles et supports de prescription sont validés et intégrés dans le logiciel circuit du médicament. Un support unique de prescription et d'administration est en place. Les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments sont définies et mises en œuvre.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a identifié et défini les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique de la PEC médicamenteuse :

- les effectifs et les compétences répondent aux besoins exprimés dans ce domaine,
- les professionnels de la pharmacie bénéficient de formations régulières,
- les professionnels sont formés et sensibilisés au risque d'erreur médicamenteuse,
- des actions de communication sont réalisées lors des journées qualité et sécurité des soins de l'établissement pour sensibiliser les patients et les professionnels aux risques médicamenteux,
- la formation des professionnels au logiciel du circuit du médicament est assurée de manière régulière et notamment pour tous les nouveaux arrivants, médicaux et non médicaux.

La prise en charge médicamenteuse est entièrement informatisée pour l'ensemble des unités de l'établissement. Les modes opératoires relatifs à l'utilisation du logiciel sont disponibles sur l'Intranet. L'établissement recueille les indicateurs Hôpital Numérique dans ce domaine.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont montré la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie du patient est assurée. Une procédure dégradée connue des professionnels permet d'assurer cette continuité en cas de panne informatique. L'établissement a organisé la permanence pharmaceutique 7J/7 et 24H/24. Les unités disposent d'une dotation pour besoins urgents, une astreinte pharmaceutique est intégrée au tableau de garde médicale

et administrative. L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des prescriptions. La délivrance des médicaments est nominative pour l'ensemble des unités, elle est en délivrance journalière individuelle pour certaines unités (soins au long cours notamment) et re-globalisée pour les autres. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles et les pharmaciens ont accès aux données cliniques et aux résultats biologiques des patients. La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par le personnel habilité.

Des documents d'information sur les traitements médicamenteux sont mis à disposition des patients et des actions d'éducation à la santé sont identifiées et proposées (information sur le bon usage des hypnotiques et des benzodiazépines par exemple). Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Une procédure permet de gérer le traitement personnel du patient.

## **C / EVALUER**

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

Les équipes de soins participent au recueil et à l'analyse des erreurs médicamenteuses et des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnement avéré; un CREX "sécurisation du circuit du médicament" est en place depuis fin 2012. La pharmacie a élaboré une grille d'audit de la gestion des armoires à pharmacie. Cette évaluation a permis de définir des actions d'amélioration spécifiques à chaque unité auditée (réajustement de la dotation tampon pour les unités éloignées par exemple). La PUI fait l'objet d'une procédure de certification ISO 9001 depuis 2012. L'établissement s'appuie sur un suivi d'indicateurs qualitatifs (IPAQSS, indicateurs élaborés en interne) et quantitatifs (suivi des consommations des médicaments onéreux par exemple). Différentes EPP sont réalisées sur la thématique du médicament et notamment sur la pertinence de la prescription de certains médicaments (prescription de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent par exemple). Des enquêtes de satisfaction portant sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont réalisées tant auprès des professionnels que des patients.

## **A / AGIR**

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

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réajusté et nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis à partir des différentes évaluations menées dans l'établissement (suivi des indicateurs, résultats des CREX, recueil et analyse des erreurs médicamenteuses, démarches d'EPP). Un bilan des actions de bon usage des médicaments mises en œuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés.