



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER PONT  
L'EVEQUE**

9, rue de brossard  
14130 Pont L'Eveque  
SEPTEMBRE 2017

# 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>	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	25
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 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.

## 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 PONT L'EVEQUE	
Adresse	9, rue de brossard 14130 Pont L'Eveque
Département / région	CALVADOS / NORMANDIE
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	140000134	CENTRE HOSPITALIER PONT L'EVEQUE	9 rue de brossard 14130 Pont-L'Eveque
Etablissement de santé	140000308	CENTRE HOSPITALIER DE PONT L'EVEQUE	9, rue de brossard 14130 Pont L'Eveque

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	80

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	

# 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 (A).

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

### **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 encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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	Adulte	S.S.R Brossard	A préciser	Programmé	Simple	SSR
2	Adulte	S.S.R Val d'Auge	A préciser	Programmé	Simple	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

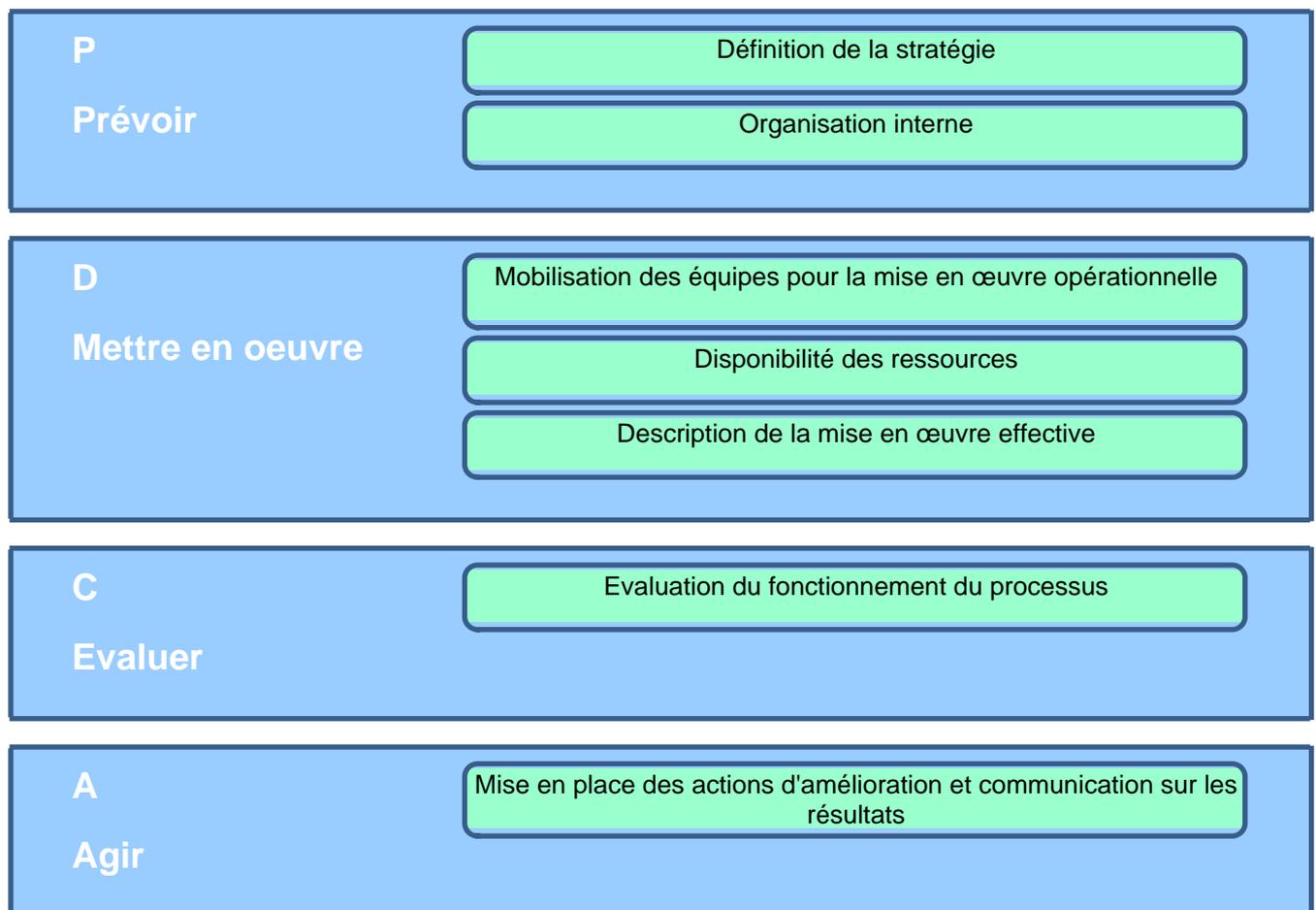
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre hospitalier de Pont-l'évêque fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Normandie Centre pour lequel le CHU de CAEN est l'établissement pivot. Ce GHT est constitué et regroupe le CHU de Caen, l'EPSM de Caen, les centres hospitaliers de Falaise, de la côte Fleurie, de Lisieux, d'Aunay-sur-Odon, de Bayeux, d'Argentan, de Vimoutiers et de Pont-l'évêque. Le projet médical du CH de Pont-l'évêque vient d'être validé par les instances de l'établissement. Le Centre Hospitalier de Pont l'évêque est également en direction commune avec le CH de Lisieux, d'Orbec et de Vimoutiers. Il existe une politique qualité et sécurité des soins dans une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée d'une part dans la politique Qualité, Gestion des risques et sécurité des soins et d'autre part, dans un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins 2014-2017 formalisé, unique et priorisé.

La politique Qualité-Gestion des Risques 2016-2017, comporte les engagements spécifiques de la Direction, des professionnels médicaux et paramédicaux pour la sécurité et la qualité de la prise en charge. Cette politique repose a pour objectifs principaux : la réponse aux besoins du territoire de santé en tenant compte du Projet Régional de Santé, la conduite des missions de santé publique conformément aux politiques nationales et régionales, l'écoute des patients, de leur entourage et des partenaires afin d'identifier leurs besoins, l'association des représentants des usagers à l'élaboration de la stratégie de gestion des risques associés aux soins, la mise en place des moyens humains, financiers, organisationnels, logistiques, techniques et de formation permanente, permettant l'acquisition des « savoir-faire » et « savoir-être » dans tous les secteurs d'activité et ainsi une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, l'assurance d'une sécurité optimale de la prise en charge des patients en se conformant aux exigences légales et réglementaires, contractuelles ou autres ainsi qu'aux bonnes pratiques professionnelles, la création d'une dynamique dans l'évaluation, l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles en y associant les professionnels et la collaboration opérationnelle avec l'hôpital de référence et l'équipe opérationnelle d'hygiène en termes de compétence et de formation des professionnels.

Cette politique intègre également les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

Les risques ont été hiérarchisés avec les professionnels concernés selon la gravité, la fréquence et le niveau de maîtrise à partir d'une cartographie des risques. De cette hiérarchisation, ont été construits, d'une part, le compte qualité et d'autre part, le Programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme est organisé par critères selon la répartition du manuel de certification des établissements de santé V2010 de la Haute Autorité de Santé. Une carte d'identité du processus « qualité et gestion des risques » comprenant les pilotes, les données d'entrée, les étapes et points clés, les risques identifiés, les documents et indicateurs associés ainsi que les données de sortie est formalisée.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La gouvernance globale de la gestion de la qualité, des risques et de la sécurité des soins est assurée par la direction et la Commission Médicale d'Etablissement.

Les pilotes opérationnels sont: un praticien hospitalier médical SSR, coordonnateur des risques liés aux soins, un cadre supérieur de santé en charge des soins, de la qualité, coordonnatrice de la gestion des risques et des risques associés aux soins, un secrétaire service qualité et gestion des risques, en temps partagé avec la direction de l'établissement, une responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, pharmacien et les correspondants vigilance.

Un organigramme fonctionnel de coordination des risques est établi. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Un comité de pilotage de la Qualité et Gestion des risques et sécurité des soins est en place ; il veille à la cohérence des différents projets institutionnels et à leur synergie avec la démarche de certification HAS. Il est informé des différents travaux et analyses menés dans l'établissement. Ce comité, auquel participent la Direction et l'ensemble des représentants des instances ainsi que les vigilants se réunit trimestriellement et réactualise l'ensemble de la démarche qualité en intégrant la stratégie EPP en liaison avec le comité EPP, les obligations légales et réglementaires, ainsi que la gestion de crise (plan blanc, plan bleu, plan grand froid...). Les dispositifs de veille, de vigilance (vigilants identifiés : pharmaco et matériovigilant, infectiovigilant, hémovigilant), de gestion de crise (documents plan blanc, plan bleu, plan grand froid...), de veille sanitaire sont en place. Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la CDU.

La fonction de coordination de la gestion des risques est définie et le suivi du plan d'action est assuré. Cette fonction est assurée par la responsable qualité et gestionnaire des risques. Pour la mise en œuvre, le suivi et la pérennisation de la démarche qualité, l'établissement a identifié un pilote par critère du manuel de certification des établissements de santé V2010.

La responsable qualité aide les pilotes en apportant son aide méthodologique aux membres des groupes de travail pour la formalisation de leur politique, leur plan d'actions, leurs procédures, la description de leur processus et l'identification de leurs risques. La cotation des risques est réalisée à l'aide des échelles de cotation et de priorisation des risques institutionnelle.

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée avec analyse quantitative et qualitative assurée par la CDU (2 plaintes en 2015) dont les représentants des usagers participent également à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité et sécurité des soins.

Le dispositif de signalement des événements indésirables est organisé et est articulé avec le système de gestion des plaintes et réclamations et l'analyse des causes profondes est réalisée selon les méthodes ALARM ou ACRES en associant les acteurs concernés.

Un plan de formation comprenant des thématiques qualité est proposé.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus par la transmission d'informations via la mise à disposition des comptes rendus de réunion concernant l'ensemble des instances concernant la gestion des risques (CDU, CREX, Copil Qualité, CSIRMT) avec affichage dans chaque service.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. L'outil utilisé pour la gestion documentaire permet un suivi de la démarche qualité et gestion des risques. Les professionnels ont tous été formés à cet outil et ce dispositif est opérationnel et connu. Plusieurs formations ont été organisées autour des thématiques qualité : gestion des risques et EPP, patient traceur, parcours coordonné de formation en gestion des risques, analyse des causes Méthode Alarm, analyse de scenarii, matériovigilance et biomédical.

Une procédure de gestion et de suivi des événements indésirables et des événements indésirables liés aux soins est disponible et une charte d'incitation au signalement des événements indésirables a été formalisée.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est validé et connu des professionnels et prend en compte l'ensemble des éléments attendus. Chaque secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

A partir de la gestion documentaire, la recherche de documents ou procédures par mot-clé est possible. La gestion documentaire est organisée par thématiques : gestion des risques, documents qualité, communication interne, courriers et notes de service, veille réglementaire, fiche d'événement indésirable, fiche de signalement de chute. Une démarche d'évaluation des risques a-priori est effective et permet la hiérarchisation des risques et la détermination de leurs modalités de traitement. Les circuits sont respectés et les interfaces sont opérationnelles. Les professionnels sont informés de la démarche qualité d'une part, par l'intermédiaire de la base documentaire et par notes de service indiquant la présence de nouvelle procédure et d'autre part, par le bulletin d'information des personnels « Au fil de l'Yvie ».

La mise en place d'EPP est effective dans les secteurs d'activité de l'établissement et la méthode du patient traceur est déployée.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés et adaptés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Un bilan annuel est réalisé en CME concernant la démarche qualité et la gestion des risques. La démarche est structurée par la définition d'un planning annuel de réalisation d'enquêtes, d'audits et de contrôles. Plusieurs évaluations sont réalisées : participation à la semaine sécurité du patient, participation au stand « lavage des mains » avec quizz,

enquête de pratique sur l'identitovigilance, audit de pratiques sur la gestion des événements indésirables, audit de pratiques « urgences vitales », enquêtes ponctuelles de satisfaction des usagers. Ces évaluations sont réalisées en lien avec la CDU.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont issues des différentes enquêtes et évaluations et sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Le programme qualité reprend l'ensemble du plan d'action. Les résultats d'évaluation sont communiqués aux professionnels qui participent à la mise en œuvre des actions d'amélioration. Le suivi des actions est facilité par la taille de la structure et l'organisation. Les résultats des évaluations et les actions d'améliorations sont également communiqués à la CDU. Des actions issues de recommandations de la CDU concernant par exemple la sécurisation de la préparation des piluliers en demandant la fermeture de la porte de l'office de soins pendant la préparation des piluliers a été prise en compte.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

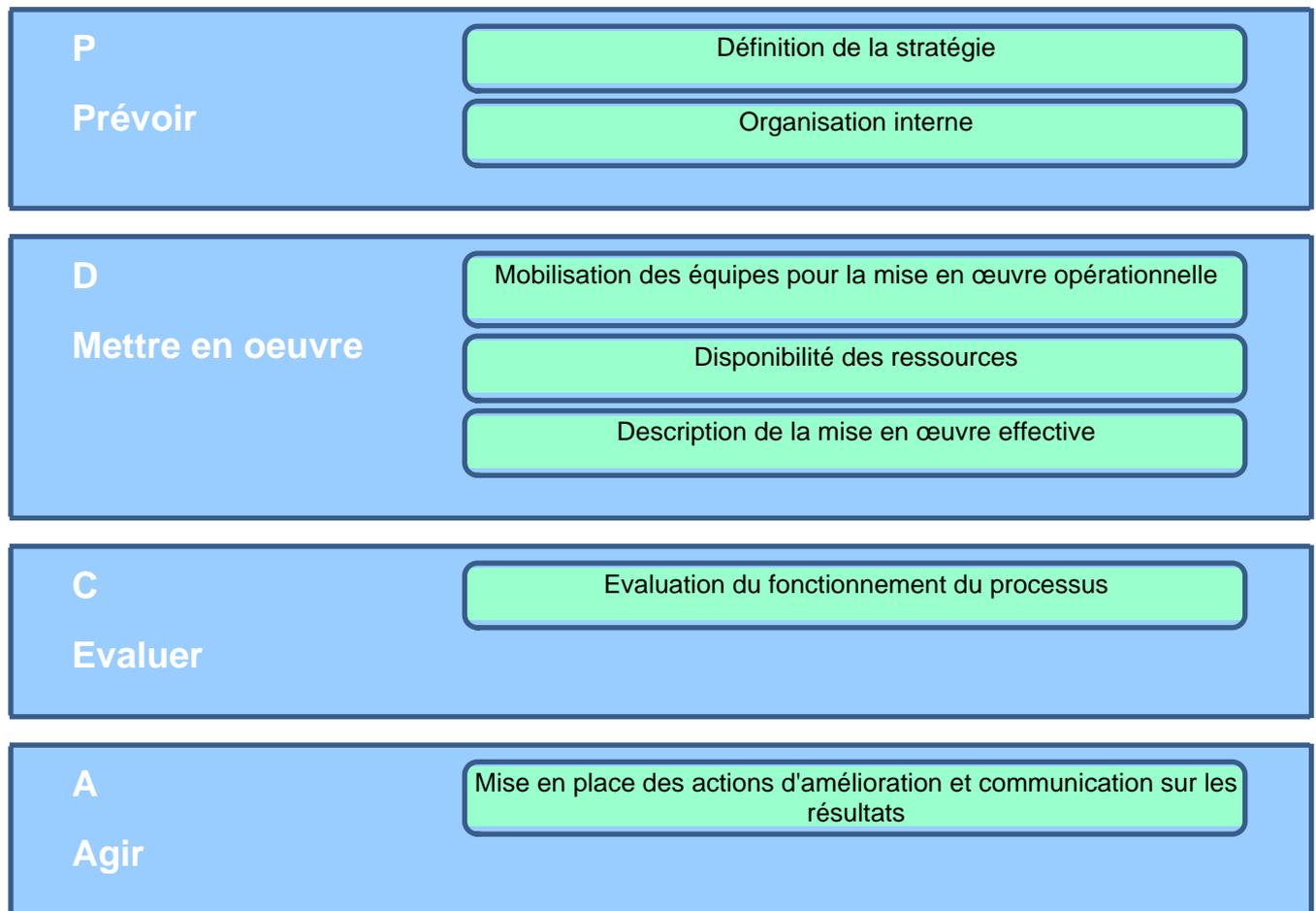
# DROITS DES PATIENTS

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre hospitalier de Pont-l'évêque fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Normandie Centre pour lequel le CHU de CAEN est l'établissement pivot. Ce GHT est constitué et regroupe le CHU de Caen, l'EPSM de Caen, les centres hospitaliers de Falaise, de la côte Fleurie, de Lisieux, d'Aunay-sur-Odon, de Bayeux, d'Argentan, de Vimoutiers et de Pont-l'évêque. Le projet médical du CH de Pont-l'évêque vient d'être validé par les instances de l'établissement. Le Centre Hospitalier de Pont l'évêque est également en direction commune avec le CH de Lisieux, d'Orbec et de Vimoutiers. Il existe une politique qualité et sécurité des soins dans une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée d'une part dans la politique Qualité, Gestion des risques et sécurité des soins et d'autre part, dans un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins 2014-2017 formalisé, unique et priorisé. La politique Qualité-Gestion des Risques 2016-2017, comporte les engagements spécifiques de la Direction concernant les droits des patients dans son annexe et concerne les axes suivants : assurer au patient la possibilité de s'exprimer oralement ou par écrit, intégrer le Comité d'Ethique du centre Hospitalier de Lisieux dans le cadre de la direction commune, promouvoir la bientraitance et promouvoir les actions de formation et d'évaluation engagées (EPP), évaluer la prise en compte des droits du patient par les professionnels.

Ces objectifs sont déclinés en plan d'actions qui concernent notamment le respect de la dignité et de l'intimité du patient, l'information au patient, la réévaluation de la contention et l'information du patient.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Cette organisation favorise l'expression du patient et de son entourage par la mise en place de la commission des relations avec les usagers et également par diverses dispositions mises en œuvre (affichage de la charte dans les secteurs d'activité, questionnaires de satisfaction).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La responsable qualité est chargée des relations avec les usagers. Les rôles et responsabilités sont définis et sont connus des professionnels.

Les droits et les missions de la CDU (Commission des Usagers) sont présents dans le livret d'accueil.

Afin d'aider à la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle des dispositions liées aux droits des patients sont précisées dans le livret d'accueil.

Ces dispositions permettent, dès l'accueil du patient, de l'informer sur les modalités d'admission, les frais d'hospitalisation, ainsi que toutes les informations nécessaires concernant sa prise en charge et son séjour. Le livret d'accueil, qui est systématiquement distribué par le service d'hospitalisation précise également les droits du patient : possibilité de désigner une personne de confiance ou de la révoquer, possibilité de rédiger des directives anticipées, le droit à l'information, la charte de la laïcité, la possibilité de ne pas divulguer sa présence, formulaire de refus de transmission d'informations, la possibilité d'organiser sa sortie en liaison avec le service social et la présence de la Commission des Usagers.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. L'établissement ne reçoit pas d'hospitalisation sans consentement.

L'établissement propose un plan de formation qui intègre les droits des patients.

Les modalités de mise en œuvre du programme du respect des droits des patients sont élaborées avec des objectifs et des responsables identifiés, les échéances sont également définies.

L'établissement a également identifié les ressources nécessaires (documentaires, matérielles et les équipements).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les professionnels sont régulièrement informés du respect des droits des patients et l'encadrement s'assure du niveau de connaissance et d'appropriation des professionnels

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas

de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.), mises en œuvre et suivies.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

L'établissement dispose des compétences en personnels formés aux droits des patients.

Les professionnels disposent des ressources nécessaires (matérielles, documentaires, équipements, etc.). La base documentaire de l'établissement est accessible et disponible par tous les professionnels. L'établissement dispose de chambres individuelles et de chambres à deux lits. S'agissant des chambres à deux lits, un rideau assure la séparation et l'intimité peut être assurée.

L'établissement met en œuvre un plan de formation qui intègre les droits des patients (bienveillance et relation d'aide, soins palliatifs et prise en charge de la douleur, informer et accompagner les patients sous chimiothérapie.

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

Depuis 2008, la Commission des Usagers est en place et se réunit pour étudier les plaintes et réclamations et pour échanger sur les réponses à faire et sur les médiations réalisées. Les représentants des usagers sont fortement impliqués dans la CRU et autres instances de l'établissement (CLIN, Copil Qualité). Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CRU sont indiquées dans le livret d'accueil et par voie d'affichage.

Le nombre de réunions de la CDU en 2015 est conforme à la réglementation. Un projet de soins est mis en œuvre avec la participation du patient et de son entourage.

Les professionnels respectent les restrictions de libertés : les contentions (barrières, sécuri-drap) font l'objet de prescriptions médicales et d'une traçabilité. La réévaluation des prescriptions de contentions est réalisée. La personne de confiance est recueillie et tracée dans le dossier comme le confirme le patient traceur. Le recueil des directives anticipées est recherché. La réflexion bénéfice-risque est tracée dans le dossier dans les observations médicales pour les patients concernés. Le patient et ses proches sont régulièrement informés sur son état de santé au décours de sa prise en charge. Un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage du patient est proposé dans les situations qui le nécessitent.

Les équipes paramédicales et médicales mettent en œuvre des actions d'amélioration en matière de droits des patients : information, promotion de la bienveillance, prévention de la maltraitance.

Un registre des plaintes et réclamations est en place. Une procédure de gestion des plaintes et réclamations est formalisée et mise en œuvre.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Un bilan annuel de la CRU est réalisé et communiqué. Une attention est portée sur le recueil des questionnaires de sortie (62% de retour sur l'enquête ponctuelle de satisfaction des usagers en 2015 et 86% de taux de satisfaction). L'établissement a également mis en place des audits concernant les contentions physiques, la gestion de l'incontinence ainsi qu'une EPP sur la bienveillance au cours des soins.

## **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. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

Les résultats des enquêtes et questionnaires de sortie sont communiqués auprès des usagers et des professionnels. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

### **c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

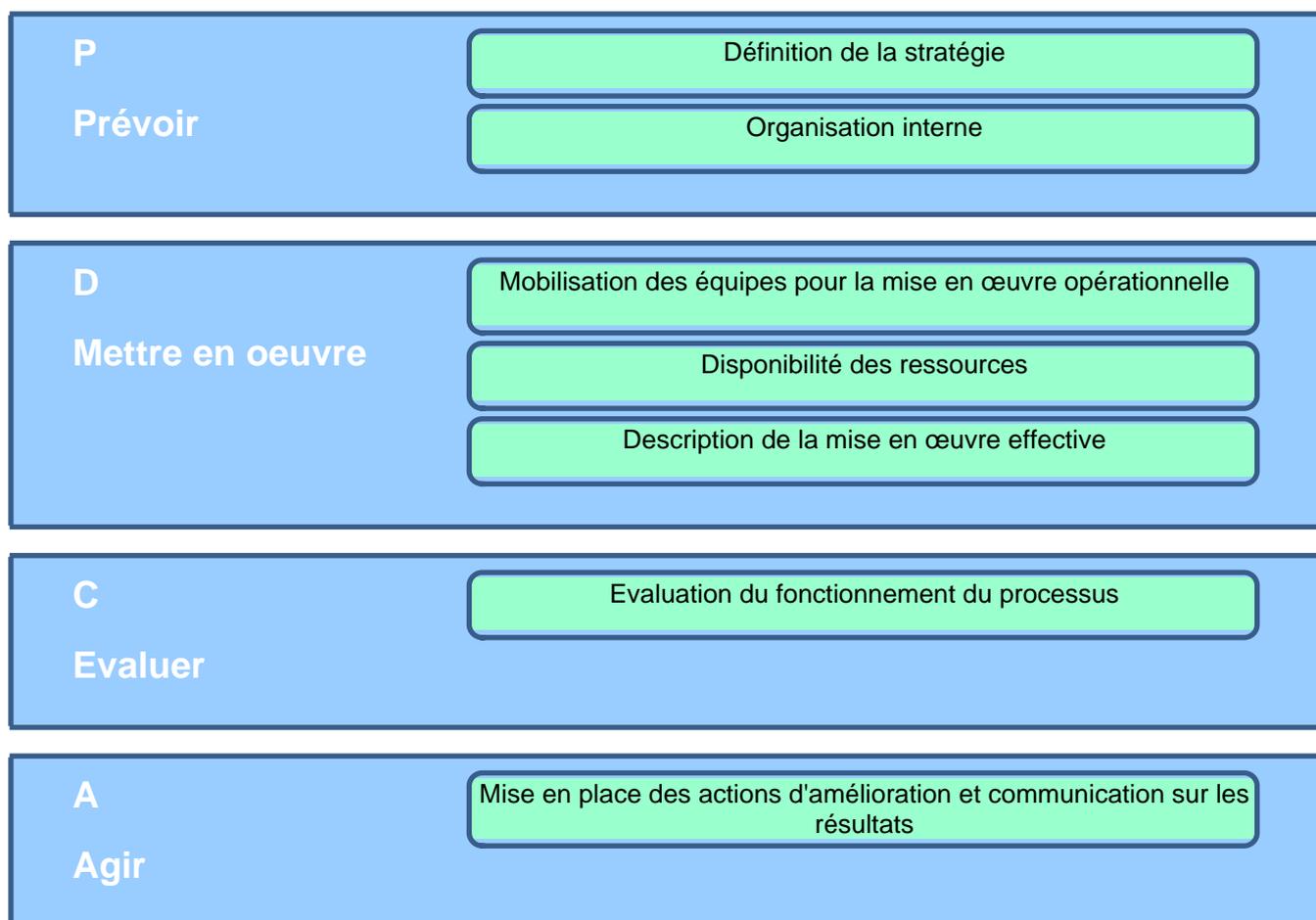
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La stratégie du parcours patient est prise en compte dans le projet médical et le CPOM qui définit dans son axe 1 les orientations du CH dans le plan stratégique régional de santé. Celles-ci sont axées sur le développement des partenariats et la complémentarité dans le cadre de la fédération médicale interhospitalière, la poursuite de la mise en œuvre de la filière gériatrique et de l'activité de soins palliatifs, le travail en réseau avec le CH Lisieux et les autres structures (réseau régional douleur, réseau nutrition, réseau soins palliatifs, réseau qualité, réseau gérontologique, réseaux psychiatriques), l'inscription dans le parcours de santé de l'individu en décloisonnant les prises en charge (ville, hôpital, médico-social) notamment la poursuite d'un partenariat avec la médecine libérale pour favoriser les entrées directes en SSR.

L'identification et l'analyse des risques ainsi que l'identification des besoins ont été réalisées avec les professionnels de terrain au regard des différentes données telles que la cartographie des risques a priori réalisée pour chaque étape de la prise en charge des patients, la douleur et les soins palliatifs, les audits, les EPP, des IPAQSS, La déclinaison est effective dans une carte d'identité du processus et dans le programme d'action formalisé et priorisé notamment au niveau du compte qualité.

Cette analyse a permis de déterminer des risques prioritaires, retenus en fonction du niveau de maîtrise de l'établissement, dans l'élaboration du compte qualité. Ils ont été hiérarchisés, tiennent compte des spécificités de l'établissement et ont été validés par les instances de l'établissement et articulés avec le PAQSS de l'établissement. Le programme d'amélioration précise le pilotage de chaque action, la planification des actions dans les délais fixés et le suivi des actions.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique et opérationnel du processus est assuré par les acteurs chargés du management de l'établissement : les responsables des deux secteurs de soins et le président de la CME. Ces responsables contribuent avec l'ensemble des professionnels à l'organisation de la prise en charge du patient depuis la pré-admission jusqu'à sa sortie organisée et prévue dans une approche globale associant le soin, l'autonomie et l'environnement social.

L'organisation mise en place permet d'assurer avec efficacité, entre autres, la prise en charge de la douleur, les risques suicidaires, la prévention de la dénutrition, les risques vitaux, la reprise de l'autonomie et les fins de vie. Ils veillent en collaboration étroite avec la responsable qualité/gestionnaire des risques à la coordination générale, au suivi du plan d'amélioration, au recueil des indicateurs, à l'analyse des résultats et de leur communication. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les supports de mission.

L'organisation interne permet d'assurer l'adéquation des ressources humaines nécessaires et en compétences (effectifs suffisants et formés) aux besoins de prise en charge. Des procédures, protocoles, modes opératoires, fiches techniques, notes d'information (Flash info), outils d'aide pour les professionnels sont définies et sont accessibles dans la gestion documentaire de l'établissement.

Les besoins en formation continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés.

Les coordonnées des médecins à alerter en cas d'urgence vitale sont disponibles et affichées dans les deux secteurs d'activité.

Les unités sont dotées en matériel selon leur activité et leurs besoins (plateau technique de rééducation locomotrice, fauteuil roulant, pousse seringue) Le dossier du patient est composé des supports pour le suivi depuis l'évaluation initiale et tout au long du parcours.

De nombreux supports d'information sont disponibles pour les patients afin de leur faciliter la reprise de l'autonomie et le retour à la vie sociale.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les responsables des secteurs de soins s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, protocoles, consignes, etc.). Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les objectifs prioritaires d'amélioration via les réunions d'équipe et les instances (CME, CSIRMT). L'organisation permet le respect des exigences de la prise en charge du patient. Cette implication des équipes est rendue possible par la communication réalisée et relayée par les cadres très présents dans les secteurs d'activité et des équipes de soins très investies dans l'approche globale des patients.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, événements)

indésirables, plaintes ou réclamations). Ces actions sont identifiées avec les professionnels concernés qui participent aussi aux EPP et à l'analyse et traitement des EI en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Ils ont accès aux résultats des indicateurs et autres évaluations en réunion et par voie d'affichage.

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle (accueil du patient, projet thérapeutique, prise en compte du risque suicidaire, évaluation nutritionnelle (IPAQSS 2 016 à 93 %), prise en charge des urgences vitales, etc.).

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs. Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge, les professionnels en poste sont formés.

Les formations des professionnels intègrent la dimension globale de la prise en charge des patients (douleur, risque suicidaire, urgences vitales, risque incendie, bientraitance, etc.) De nombreux professionnels suivent ou ont suivi des formations et des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur ces risques.

Le recrutement, l'accueil et intégration des nouveaux arrivants sont organisés pour les professionnels non médicaux avec un tutorat et compagnonnage et supervision du cadre du secteur.

Les professionnels ont à leur disposition les protocoles ou procédures portant sur le parcours des patients. Les procédures sont consultables sur la base de gestion documentaire. Le patient bénéficie de ressources documentaires concourant à leur information (livret d'accueil, document informant sur le retour à domicile). La documentation est accessible et actualisée.

La composition des chariots d'urgence est identique dans les deux secteurs de soins.

Des règles de présence ainsi qu'un système d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins.

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

Les activités de soins de suite et de réadaptation sont articulées dans un projet personnalisé de prise en charge et font l'objet d'un programme individuel.

Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours et la prise en charge des patients. Elle concerne notamment l'ensemble des étapes de la prise en charge, l'organisation des échanges avec les structures ou professionnels extérieurs, l'identification des patients à risque suicidaire, les actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel, l'organisation permettant d'assurer la prise en charge des urgences vitales.

La méthode du patient traceur réalisée dans les deux secteurs de soins contribue à évaluer de manière rétrospective la réalité de la prise en charge à partir d'un séjour de patient hospitalisé.

L'accueil du patient dans le service est précédé dans la majorité des cas d'une étude du dossier vérifiant l'adéquation entre la demande et l'offre possible. Il est réalisé selon des modalités définies est caractérisé par une attitude d'écoute et la disponibilité des professionnels.

Les conditions d'accès de l'entourage du patient sont adaptées : horaires de visite, possibilité de présence en continu des accompagnants des patients en soins palliatifs.

L'évaluation initiale est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge, complète et tracée dans le dossier.

Un projet thérapeutique est établi en concertation avec les professionnels concernés et en impliquant le patient et son entourage. Il est tracé dans le dossier et prend en compte la réflexion bénéfique risque.

L'évaluation du patient est opérationnelle et tracée dans le dossier. Elle permet l'ajustement du projet personnalisé de soins, une évaluation des besoins éducatifs du patient, ou sa réévaluation.

La prescription d'examen de laboratoire, d'imagerie et leur transmission sont efficaces. Les résultats sont retrouvés dans le dossier papier.

La sortie du patient est organisée le plus tôt possible après l'admission et planifiée, prenant en compte le point de vue du patient et/ou de son entourage. La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile est anticipée.

Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient. Une information orale est délivrée au patient et/ou à son entourage sur son traitement de sortie avec l'ordonnance. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.

Un courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires (IPAQSS 2016 : 90 %). Un questionnaire de sortie est remis au patient.

En cas de demande d'hospitalisation itérative tout est organisé pour pouvoir réhospitaliser un patient déjà pris en charge. Les CR d'hospitalisation sont présents dans le dossier.

### **C / EVALUER**

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

Le parcours patient fait l'objet de nombreuses évaluations réalisées sur le dispositif d'accueil du patient, la prise en charge nutritionnelle, la prise en charge du risque suicidaire et le suivi d'indicateurs nationaux IPAQSS SSR (dossier, délai d'envoi, nutrition, escarre) et des indicateurs propres à l'établissement

(douleur, urgences vitales, identitovigilance) et les résultats des enquêtes de satisfaction.

On peut aussi noter à titre d'exemple les EPP suivantes :

- Repérage des patients en soins palliatifs non étiquetés à l'entrée
- Traitement de la douleur en SSR
- Bientraitance dans les soins
- Patient traceur
- Urgences vitales
- Analyse de scénario
- Chutes et escarres

Les résultats sont synthétisés dans le rapport d'activité de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

## A / AGIR

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

Le résultat des évaluations permet d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

La communication est organisée en interne via les réunions d'équipes des deux secteurs de soins, les instances (CME, CSIRMT) et le logiciel de gestion documentaire. Les professionnels sont ainsi impliqués dans les plans d'actions définis.

L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances et informe les professionnels des résultats obtenus.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et affichés dans l'établissement.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

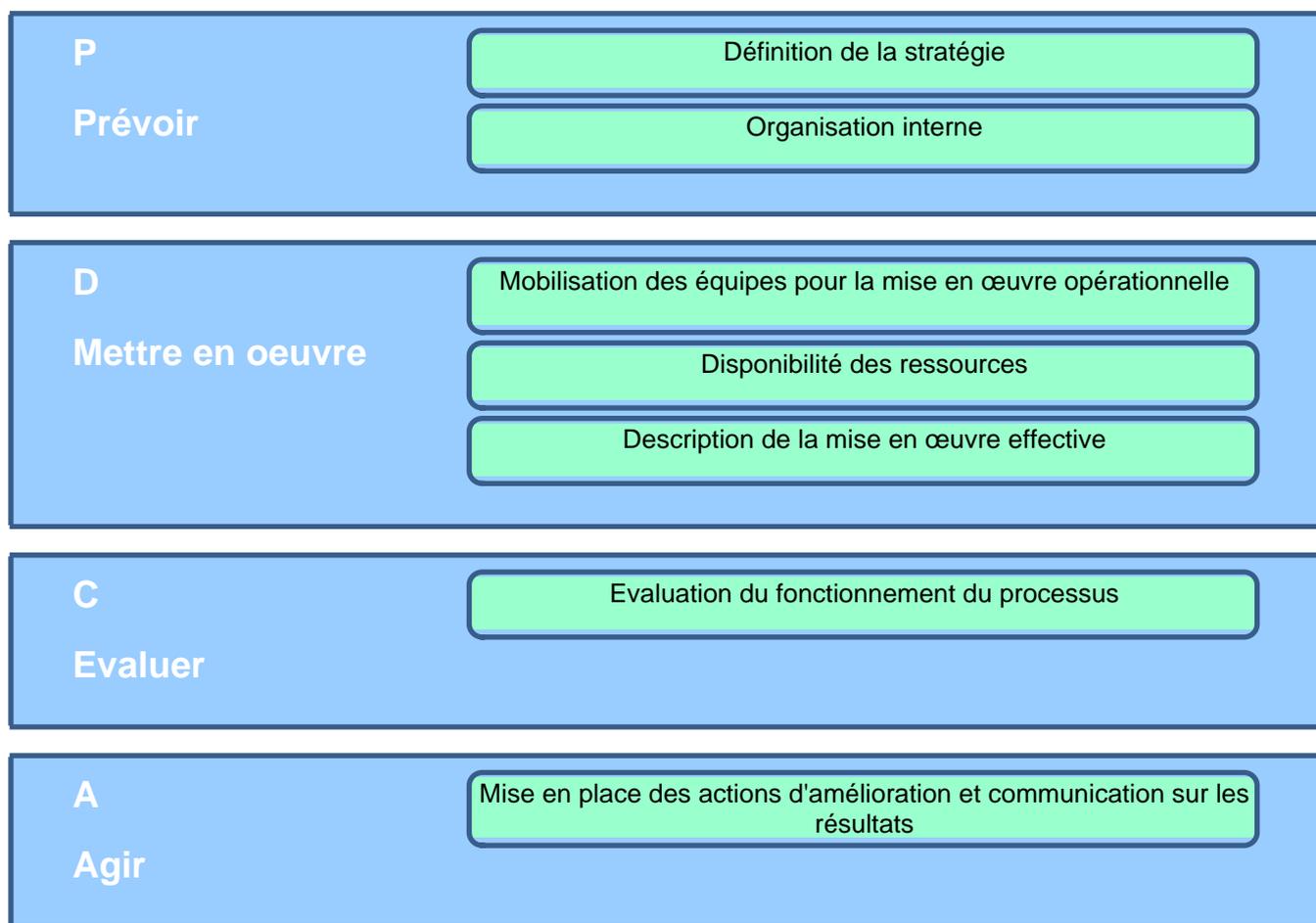
# DOSSIER PATIENT

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre hospitalier de Pont-l'évêque fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Normandie Centre pour lequel le CHU de CAEN est l'établissement pivot. Ce GHT est constitué et regroupe le CHU de Caen, l'EPSM de Caen, les centres hospitaliers de Falaise, de la côte Fleurie, de Lisieux, d'Aunay-sur-Odon, de Bayeux, d'Argentan, de Vimoutiers et de Pont-l'évêque. Le projet médical du CH de Pont-l'évêque vient d'être validé par les instances de l'établissement. Le Centre Hospitalier de Pont l'évêque est également en direction commune avec le CH de Lisieux, d'Orbec et de Vimoutiers. Il existe une politique qualité et sécurité des soins dans une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée d'une part dans la politique Qualité, Gestion des risques et sécurité des soins et d'autre part, dans un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins 2014-2017 formalisé, unique et priorisé. La politique Qualité-Gestion des Risques 2016-2017, comporte les engagements spécifiques de la Direction concernant la gestion du dossier du patient dans son annexe et concerne les axes suivants : informatiser la gestion du dossier patient, garantir la sécurisation de la gestion des données, favoriser l'intégration des nouveaux collaborateurs dans la gestion des données de santé, améliorer l'espace et la gestion de l'archivage des dossiers patients.

Ces objectifs sont déclinés en plan d'actions qui concernent notamment le suivi des indicateurs sur le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, évaluer le guide de gestion du dossier, mener un audit sur la tenue du dossier. Des risques ont été identifiés et ont été hiérarchisés, priorisés dans le compte qualité de l'établissement.

Des objectifs d'amélioration sont identifiés en lien principalement avec la politique institutionnelle, les mesures de traitement des risques identifiés et les résultats des indicateurs nationaux (IPAQSS et Hôpital Numérique) et internes à l'établissement.

Des axes d'amélioration sont ensuite déclinés dans un programme d'action formalisé.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Cette organisation s'appuie sur le comité de pilotage qualité et gestion des risques.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources en effectifs et compétences permettant d'assurer la mise en œuvre opérationnelle. La formation de l'ensemble des acteurs a été organisée pour l'utilisation du dossier patient actuel. La mise en place du dossier patient informatisé est à nouveau engagée mais à ce stade seul le codage des actes est réalisé sur l'outil informatique.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, etc.) sont formalisées, actualisées et diffusées au sein de la base documentaire de l'établissement. Le guide d'utilisation et de gestion du dossier patient en SSR comprend les règles de tenue du dossier patient dans son format actuel papier (responsabilités, tenue et utilisation des documents, composition, accès, règles de confidentialité) ainsi que les règles de conservation, d'archivage et de communication.

L'accessibilité du patient à son dossier est organisée ainsi que son information quant à son droit d'accès.

Les ressources matérielles (locaux, équipements, etc.) sont prévues dans l'établissement. Les dossiers sont stockés dans des chariots accessibles pour les professionnels.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les cadres et la référente qualité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus lié au dossier du patient (actions de communication sur la traçabilité dans le dossier) afin d'assurer la continuité de la prise en charge du patient et de la traçabilité de tous les actes ou documents qui s'y réfèrent.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues concernant la tenue du dossier patient et en particulier de la traçabilité des soins, de l'administration des médicaments, du recueil des données du patient, du suivi de la douleur, du recueil des divers consentements.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Le dossier n'est pas encore

informatisé et son format reste papier sauf pour le codage des actes. Les locaux et équipements nécessaires sont en adéquation avec les besoins dans l'ensemble des secteurs d'activité. Le logiciel de gestion administrative du dossier et le Dossier Patient Informatisé (DPI) sont en place et accessibles aux professionnels concernés. Ces outils permettent de créer le dossier administratif du patient et ensuite le dossier médical qui recevra les actes à coder.

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

Le dossier administratif du patient est renseigné dans le système d'information administratif selon les bonnes pratiques en matière d'identitovigilance. Cette étape permet l'attribution d'un numéro permanent (identifiant patient) et d'un numéro de séjour. Ces informations sont ensuite ressaisies dans le logiciel de dossier patient informatisé. Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Les règles de gestion du dossier patient sont connues des professionnels. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient est assurée. Les résultats des analyses de laboratoires sont accessibles par l'accès à une autre application indépendante. Les comptes-rendus des examens d'imagerie sont stockés dans le dossier papier. Chaque patient sortant part avec les éléments nécessaires à la suite de sa prise en charge pour les correspondants externes et les comptes-rendus sont adressés aux correspondants externes.

Tous les éléments de prise en charge se trouvent dans le dossier patient : Identification de la personne - Formulaire de désignation de la personne de confiance ou révocation de la personne de confiance - Formulaire de refus de transmission des informations - Connaissance de la personne soignée - Projet de soin - Renseignements médicaux à l'entrée - Transmissions des informations - Prescription médicale et administration - Feuille de température - Surveillance AVK - Surveillance de la glycémie - Diagramme d'actions - Surveillance alimentation / hydratation - Suivi d'un pansement particulier - Suivi kinésithérapie en sous-dossier sur le plateau technique - Suivi ergothérapie en sous-dossier sur le plateau technique - Suivi orthophonie - Suivi psychothérapie - Observations sociales - Fiche de liaison - Inventaire à l'entrée - Dépôt et valeurs.

Les résultats des indicateurs IPAQSS sont cohérents avec les constats de la visite.

Les délais pour l'accès du patient à son dossier sont conformes à la réglementation.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus Dossier du Patient sur la base d'outils identifiés. Plusieurs indicateurs ont été utilisés : indicateurs de tenue du dossier (IPAQSS), suivi des demandes de dossiers des patients, délai de transmission des dossiers (< et > 5 ans).

Les délais pour l'accès du patient à son dossier sont suivis et communiqués à la CDU.

### **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. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

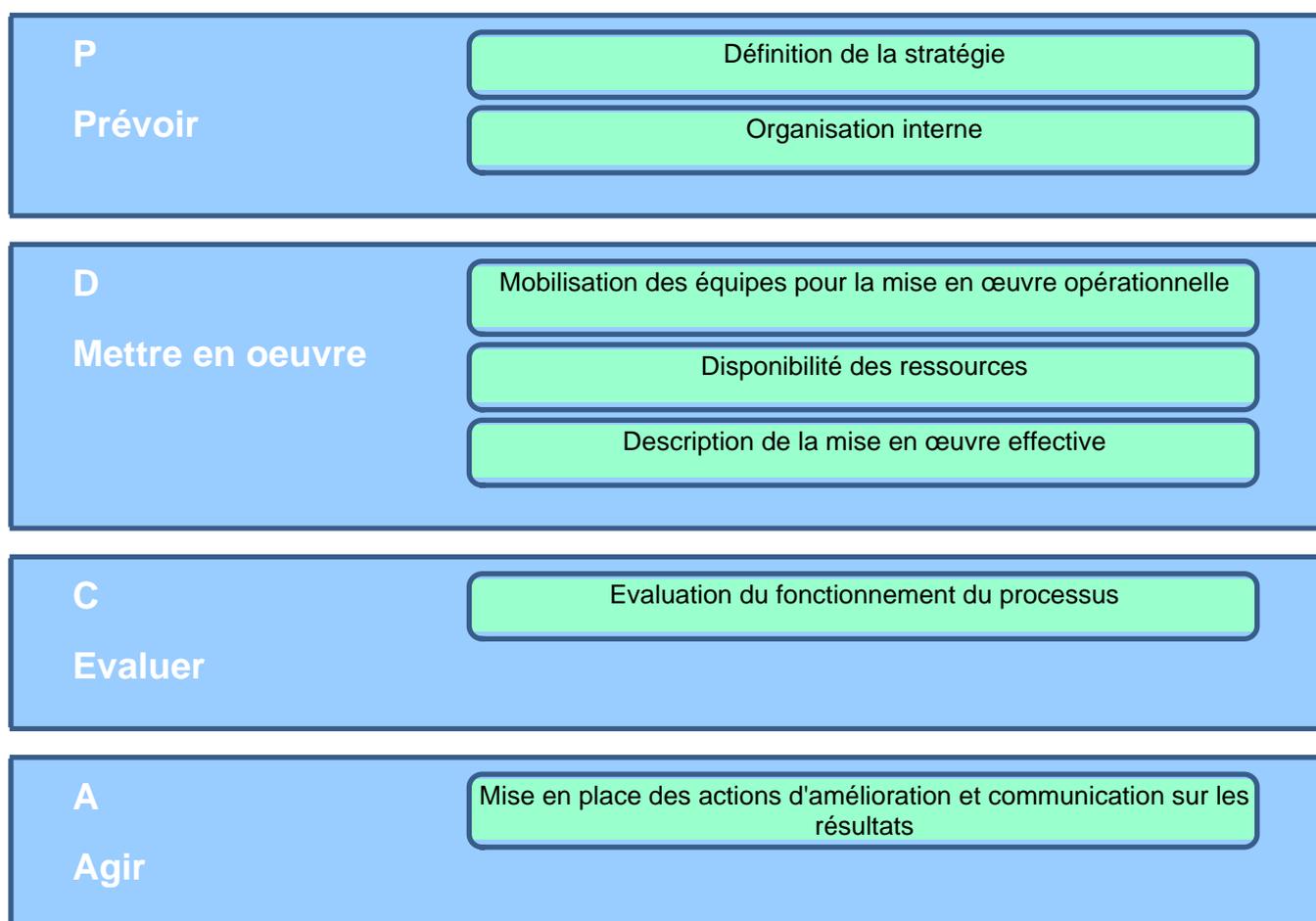
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Le Centre Hospitalier de Pont-l'Évêque est doté d'une PUI.  
Une stratégie institutionnelle sur le circuit du médicament est élaborée et validée par les instances dans le cadre du projet médical en cours d'intégration au Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier du Territoire.  
Le Centre Hospitalier a identifié ses besoins et ses risques sur le processus à partir du suivi de la dernière itération de la procédure de certification, de sa cartographie des risques élaboré par un groupe pluri professionnel, du CBU de l'établissement, de la réglementation en vigueur et de l'analyse collective des risques a posteriori.  
Son analyse des risques est réalisée au regard de chaque étape des circuits du médicament, des médicaments à risque utilisés et des populations à risque accueillies.  
Les risques sont analysés selon la méthode ALARME et hiérarchisés avec les professionnels concernés puis priorisés dans le Compte Qualité.  
Suite à l'identification et la hiérarchisation des risques, un programme d'actions d'amélioration est décliné dans le PAQSS institutionnel.  
Cette stratégie définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qui repose les aspects réglementaires, le suivi du CBUM, des indicateurs nationaux, la gestion des événements indésirables associés aux soins (erreurs médicamenteuses), et le développement de la culture sécurité des soins, les activités de l'établissement, le bon usage des antibiotiques, l'identification et la sécurisation des médicaments à risque utilisés dans les populations à risques prises en charge.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a formalisé l'organisation de la pharmacie dans une procédure qui précise les ressources, moyens, circuits et interfaces pour assurer la sécurisation du circuit du médicament.  
L'organigramme de la PUI est défini.  
Un COMEDIMS est en place avec au minimum 3 réunions annuelles.  
La pharmacienne à mi-temps sur le CH assure les fonctions de RSMQ. Ses missions sont décrites dans une fiche de poste.  
Le rôle et les responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis, dans le respect des compétences propres à chacun, telles qu'elles sont fixées par la réglementation notamment la pharmacovigilance.  
L'établissement s'organise pour répondre à ses besoins et atteindre ses objectifs.  
L'organisation pour la gestion des médicaments à risque établit à minima :

- la liste actualisée des médicaments à risque de l'établissement, validée par la CME,
- La politique d'achat à travers un groupement inter établissement et la recherche d'un conditionnement unitaire autant que possible,
- Le stockage sécurisé des stupéfiants,
- La standardisation des dispositifs d'administration dans les deux secteurs de soins,
- La surveillance des patients à risques selon les critères appropriés : chez les personnes âgées par exemple, la juste prescription des psychotropes et les modalités d'adaptation et d'aide à l'administration.

La conciliation des traitements médicamenteux fait l'objet d'une réflexion prenant en compte tous les médicaments dont la prescription initiale a été modifiée au cours de l'hospitalisation.  
La liste des prescripteurs habilités est établie par le représentant légal dans le respect de la réglementation actualisée, elle est disponible à la PUI.  
La pharmacienne assure la dispensation du médicament, associant à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale lors de l'admission des patients.  
L'organisation de la continuité des soins pharmaceutiques est organisée et assurée en accord avec la CME.  
Il existe pour les besoins urgents une réserve de pharmacie mise à disposition des secteurs en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. Cette organisation fait l'objet d'une procédure connue de tous.  
La gestion documentaire (procédures, protocoles) est formalisée, notamment pour chaque étape de la prise en charge médicamenteuse, la procédure de gestion du traitement personnel, la liste des médicaments à haut risque validée en COMEDIMS et en CME, ainsi que des protocoles spécifiques pour les personnes âgées, la permanence pharmaceutique, la gestion des erreurs médicamenteuses (déclaration et analyse collective méthodique), les spécificités relatives à la gestion des médicaments à risque.  
Les ressources documentaires sont centralisées dans un système structuré de gestion documentaire avec des modes de diffusion permettant de toucher les professionnels concernés.  
Des outils d'aide actualisés et validés à destination des professionnels sont à disposition des professionnels (livret thérapeutique, guide des substitutions, bonnes pratiques d'administration, bases de médicaments).

Des supports d'information pour les patients à risques médicamenteux spécifiques sont à disposition (modalités de surveillance pour le traitement anticoagulant oral par AVK, chimiothérapie orale, etc.).  
Les ressources matérielles nécessaires au regard des risques et besoins sont identifiées. Leur organisation répond aux besoins de l'activité.  
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est de nouveau en cours d'engagement dans le cadre d'un projet de pôle interétablissement SSR gériatrique et de la création du GHT après un début de mise en place remis en cause par son inadaptation au type et mode de prise en charge de la population accueillie.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La déclinaison des actions du compte qualité et du PAQSS sur le circuit du médicament est mise en œuvre par la PUI et le RSMQ.

La responsable de chaque secteur de soins communique auprès de son équipe et impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, identifie des objectifs opérationnels dans son projet de service et les met en œuvre.

Les professionnels de terrain sont informés des enjeux, risques, objectifs et plans d'actions établis pour leur secteur. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du programme d'actions sur le circuit du médicament est efficiente.

Ils sont sensibilisés au bon usage des médicaments (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.) et aux spécificités de leur secteur au regard des types de prise en charge et des populations accueillies.

Les équipes participent à la déclaration et à l'analyse collective des erreurs médicamenteuses et aux démarches d'EPP. Une charte de non-punition est établie par l'établissement.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés au niveau institutionnel dans le respect de la réglementation des compétences avec des référents pharmaceutiques pour chacun des deux secteurs de soins.

Les professionnels bénéficient de formations périodiques adaptées. Des formations sur les événements indésirables sont réalisées et suivies par les professionnels.

Les ressources documentaires nécessaires sont intégrées dans le dispositif de gestion documentaire institutionnel à disposition des professionnels via l'intranet du Centre Hospitalier dont le livret thérapeutique.

Les procédures issues de documents de référence validés sont disponibles et actualisées.

Dans les secteurs de soins, les locaux et matériels sont conformes et adaptés : locaux de soins fermés à code, armoires à pharmacie, chariots d'urgence, coffres à stupéfiants, chariots de soins et piluliers identifiés au nom et prénom du patient, frigos avec traçabilité des températures. Les médicaments pour besoins urgents sont stockés sous contrôle.

Les substances à risques classées comme stupéfiants sont détenues dans des coffres fermés à clef.

Un chariot d'urgence vitale, scellé, contient les produits de santé conformément à une liste préétablie.

Un réfrigérateur à basse température (+ 4 °C) exclusivement dédié au stockage des médicaments est disponible à la pharmacie. Il est adapté aux besoins des secteurs de soins et pourvu de systèmes de contrôle et de sécurité (enregistrement, alarme),

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre de la prescription à l'administration. Les professionnels des secteurs connaissent l'organisation définie et les procédures mises en œuvre.

Les prescriptions manuscrites sont rédigées lisiblement sur un support unique, sont signées après validation par le médecin prescripteur. Ils y figurent tous les items réglementaires, notamment l'établissement, le patient, le prescripteur avec son numéro RPPS, les médicaments prescrits et leurs posologies.

Les interfaces entre les secteurs de soins et la PUI sont opérationnelles : l'analyse pharmaceutique est déployée sur l'ensemble des prescriptions initiales avec avis au prescripteur par fax si nécessaire.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont effectives : les médicaments à risque sont identifiés dans les armoires.

L'acheminement des médicaments répond aux exigences réglementaires de la commande à la livraison qui se fait deux fois par semaine vers les secteurs de soins.

Les modalités de délivrance se font par délivrance nominative pour les antibiotiques, les molécules onéreuses et les stupéfiants et par délivrance globalisée pour le reste des traitements prescrits.

Dans les secteurs de soins, le rangement des médicaments obéit aux bonnes pratiques et règles établies : existence d'un stock minimal, entretien et contrôle de l'armoire à pharmacie (règles d'étiquetage, périmés, non utilisés, rangement), gestion des traitements personnels, gestion des médicaments à risque, entretien des chariots et piluliers. La vérification des chariots d'urgence est assurée

mensuellement et tracée.

Les règles d'administration des médicaments sont effectives, avec traçabilité de l'administration en temps réel sur une feuille conservée dans le dossier médical, préparation des injectables en temps réel avant administration, vérification de l'identité patient avant administration au besoin à l'aide du bracelet d'identification, traçabilité de la non-administration et sa cause.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Centre Hospitalier de Pont-l'Évêque a mis en place un dispositif d'évaluation et de suivi prenant en compte les indicateurs proposés par le CBU, les résultats des Crex médicament, des audits et EPP tel que:

- Audit de l'antibiothérapie à 72 heures
- L'antibiothérapie en SSR, prescription nominative
- Analyse de scénario sur les erreurs médicamenteuses et identitovigilance
- Pertinence de la prescription d'ATB en SSR dans le cadre des infections urinaires
- Prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé

Les cadres des secteurs et le pilote du processus disposent d'outils (tableaux de bord) permettant le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de traitement des risques et le suivi des indicateurs nationaux et des indicateurs en lien avec le retour d'expérience :

- nombre de professionnels formés à la sécurité ;
- nombre et fréquence de séances de REX ;
- nombre des événements analysés ;
- liste des actions d'amélioration mises en œuvre.

Les résultats des évaluations sont intégrés au rapport d'activité de la PUI.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations menées et des risques identifiés dans le compte qualité.

Des actions correctives sont mises en place en cas de non-maîtrise d'un risque, de dysfonctionnements ou de régression des indicateurs.

Les résultats des évaluations et des indicateurs sont examinés au sein des instances, COMEDIMS, CSIRMT et CME et des réunions de direction de l'établissement.

Une communication du bilan de ces actions est également réalisée en CME et dans le bilan d'activité de la pharmacie.

### **c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**