



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION

Hôpital intercommunal de la Presqu'île

**Avenue pierre de la bouexiere
Bp 5419
44350 Guerande**

JANVIER 2019

SOMMAIRE

| | |
|--|---|
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION | 3 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 4 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE | 6 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT | 7 |

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.

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. L'additif au rapport de 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).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

| Raison sociale | |
|----------------------|---|
| Adresse | Avenue pierre de la bouexiere 44350 Guerande |
| Département / région | LOIRE-ATLANTIQUE / PAYS DE LA LOIRE |
| Statut | Public |
| Type d'établissement | Hopital Local |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|---|-----------|---|---|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| Entité Juridique | 440028538 | HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE | 1 avenue pierre de la bouexiere Bp 25419 44350 GUERANDE |
| Établissement de santé | 440001253 | HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE-SITE DE GUERANDE | Avenue pierre de la bouexiere Bp 5419 44350 Guerande |
| Établissement de santé | 440001261 | HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE-SITE LE CROISIC | Rue georges clemenceau 44490 Le Croisic |
| Établissement de santé | 440021194 | HLI DE LA PRESQU'IL - SITE DE GUERANDE SLD | Avenue pierre de la bouexiere 44350 Guerande |

| Type de Prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation |
|-------------------------|-----------|----------------------------------|
| MCO | Médecine | 59 |
| SLD | SLD | 42 |
| SSR | SSR | 80 |

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandations,

2. Décisions

RECOMMANDATIONS

- Management de la qualité et des risques
- Prise en charge de la douleur
- Parcours du patient

3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé au plus tard le 30 avril 2019.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

1. Identification & hiérarchisation des risques

| Axes d'analyse | Réponse | Constat |
|--|------------------|--|
| Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ? | OUI | <p>Les risques préalablement identifiés par l'établissement au moment de sa visite initiale témoignaient déjà d'une connaissance de ses propres risques. Les constats énoncés dans le rapport de certification ont permis à l'établissement de les confirmer et de les préciser.</p> <p>Ainsi, l'établissement a actualisé, entre autres, les risques inhérents à la définition, l'étiquetage et le stockage des médicaments à risque, à l'étiquetage des piluliers et à la déclaration et l'analyse des erreurs médicamenteuses. Un nouveau risque relatif à la gestion du traitement personnel du patient a également été identifié.</p> |
| Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ? | EN GRANDE PARTIE | <p>Les constats énoncés dans le rapport de certification ont en grande partie été analysés par l'établissement et ont permis une analyse des causes et l'orientation des actions à engager.</p> <p>Ils sont majoritairement associés à des données disponibles dans le compte qualité.</p> |
| Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ? | OUI | <p>Les niveaux de maîtrise des risques sont cohérents au regard des dispositifs de maîtrise énoncés.</p> <p>Côtés de niveau 2 « plans d'actions en place avec indicateurs », les risques font l'objet d'un dispositif de maîtrise en place.</p> <p>Les risques les moins bien maîtrisés font l'objet d'actions toujours en cours, et notamment d'actions relatives à la formation et sensibilisation des professionnels et à la réalisation d'audits de pratiques.</p> |

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

| Axes d'analyse | Réponse | Constat |
|---|------------------|--|
| Actualisation du plan d'actions au regard des risques ? | OUI | <p>Le plan d'actions mis en place par l'établissement témoigne d'une prise en compte des écarts soulevés par le rapport de certification depuis la transmission du pré-rapport de certification.</p> <p>Des actions finalisées ou des actions en cours sont mentionnées pour chacun des risques identifiés par l'établissement.</p> |
| Cohérence et déploiement du plan d'actions ? | OUI | <p>En cohérence avec leurs objectifs, les actions structurantes de la sécurisation du circuit du médicament du patient ont été élaborées.</p> <p>Certaines actions ont visé la résolution des écarts constatés par la visite. Ainsi, on relève par exemple la standardisation du stockage dans les unités de soins et la PUI des médicaments à risque de la liste (étiquette jaune fluo) et la diffusion de la liste des médicaments à risque dans les classeurs pharmacie ; la sensibilisation au signalement des événements indésirables et nerver events et l'intégration d'un module e-learning sur le sujet ; la modification des procédures IDE concernant la remise des médicaments personnels à la sortie (tri selon la prescription de sortie ou destruction ou remise au patient avec mot de vigilance).</p> |
| Échéances définies et acceptables ? | EN GRANDE PARTIE | <p>Les actions réalisées ont principalement débutées en juin 2018 et ont été finalisées en septembre 2018, soit à l'occasion de la transmission du compte qualité supplémentaire, un an après la visite initiale.</p> <p>La plupart des actions encore en cours ont une échéance prévue avant la fin 2018.</p> <p>Des actions au long cours sont également prévues, notamment avec la poursuite du plan de formation des IDE au risque médicamenteux.</p> |
| Suivi de la mise en œuvre et efficacité | OUI | L'établissement assure le suivi de la mise en œuvre de ces actions. |

| | | |
|---------------|--|--|
| des actions ? | | <p>Des pilotes sont déterminés pour chacune des actions définies ainsi que des modalités de suivi permettant de mesurer l'avancée des actions et leur efficacité.</p> <p>Aussi, plusieurs actions mises en place vont bénéficier, dans les prochains mois, d'évaluation d'efficacité. Des actions sous forme d'évaluation et d'audits sont également prévues en routine.</p> |
|---------------|--|--|

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

| Axes d'analyse | Réponse | Constat |
|---|------------------|---|
| Actualisation des données suite au rapport de certification ? | OUI | Le compte qualité contient quelques données (indicateurs, autres résultats d'évaluation et EPP) élaborés au regard des sujets prioritaires identifiés par l'établissement suite au rapport de certification. |
| Présence de résultats démontrant une amélioration ? | En grande partie | <p>Les résultats présentés sur l'année 2018 démontrent une amélioration sur la plupart des dysfonctionnements relevés par le rapport de certification.</p> <p>Par exemple, le nombre de signalements d'évènements indésirables liés aux médicaments déclarés montre une forte croissance.</p> <p>L'établissement a également réalisé un audit en septembre 2018 sur l'ensemble des écarts soulevés lors de la visite de certification. Cet audit constate que les non conformités soulevés ont été levées. Seul le taux de déclaration des évènements indésirables sur le médicament par les IDE peut encore être amélioré.</p> |