



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION  
HOPITAL ROBERT PAX**

**2 rue René François Joly  
BP 90619  
57211 SARREGUEMINES**

**FEVRIER 2019**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE.....	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

HOPITAL ROBERT PAX	
Adresse	2 rue René François Jolly BP 90619 57211 SARREGUEMINES
Département / région	MOSELLE / GRAND - EST
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	570000158	CH DE SARREGUEMINES - HOPITAL ROBERT PAX	2 rue René-François Jolly BP 90619 57211 SARREGUEMINES
Établissement principal	570000901	CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	2 rue René-François Jolly BP 90619 57211 SARREGUEMINES

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
HAD	HAD	/	13	/
MCO	Chirurgie	66	/	24
MCO	Gyneco-Obstétrique	21	/	/
MCO	Médecine	177	18	/
SLD	SLD	30	/	/
SSR	SSR	30	/	/

# 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 recommandation d'amélioration.

## 2. Décisions

### RECOMMANDATION D'AMELIORATION

Dossier 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 septembre 2020.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

## 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	Suite à la visite de certification de mars 2017 et à la réception du rapport de certification, le Centre Hospitalier Robert Pax a identifié et hiérarchisé de nouveaux risques dans son compte qualité permettant d'établir un lien avec les écarts constatés dans le rapport de certification.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	Les risques intégrés dans le compte qualité font l'objet d'une analyse de résultats, permettant d'expliquer les choix des actions mise en place pour les risques retenus par l'établissement.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Le niveau de maîtrise a été défini pour chaque risque retenu. L'établissement présente, pour chacun de ces risques, le dispositif de maîtrise mis en place au regard du niveau défini.

## 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	Les plans d'actions de l'établissement ont été actualisés au regard des risques, en lien avec les écarts constatés en visite par les experts visiteurs.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	Oui	Les actions sont décrites de façon précise et cohérente au regard des constats du rapport de certification. Elles répondent à des objectifs clairs. Des pilotes chargés du suivi des actions sont identifiés.

		<p>En juin 2018, le manuel qualité du médicament a été actualisé par le pharmacien responsable de la prise en charge médicamenteuse. La politique Achats ainsi que les recommandations spécifiques de la prise en charge médicamenteuse concernant les sujets âgés et la pédiatrie ont été ajoutées. Le manuel est diffusé dans la gestion documentaire à l'ensemble des professionnels de l'établissement.</p> <p>Depuis la visite de certification, en mars 2017, l'établissement poursuit le déploiement de l'informatisation, selon un schéma directeur des SI. Le déploiement complet est prévu pour décembre 2020.</p> <p>Afin d'améliorer les pratiques de prescription du médicament et d'arrêter les retranscriptions, les règles d'utilisation des supports de prescriptions informatiques et papier ont été formalisées et définies dans les guides de prescription existants, en mai 2018.</p> <p>Le déploiement de la prescription informatisée dans le service de chirurgie a permis de réduire considérablement les supports de prescriptions papier. Le service de pédiatrie dispose désormais d'un support unique de prescription informatisé. L'informatisation totale des prescriptions aux unités sanitaires devait être effective en septembre 2018. Dans l'attente, un rappel aux prescripteurs a été fait, en avril 2018, pour que soit mentionnée la date de naissance du patient sur l'ordonnance. Le projet d'informatisation du service de réanimation doit démarrer en décembre 2018. Le guide d'utilisation des supports de prescriptions spécifiques en réanimation a été mis à jour en mai 2018.</p> <p>Le circuit des déchets a été repensé afin que les containers déchets ne transitent plus par les locaux de stockage des armoires de transport des dispositifs médicaux stériles et solutés. Depuis mars 2018, le stockage des containers DASRI et DAOM est réalisé dans le local déchets dédié et respecte les règles de maîtrise du risque infectieux.</p> <p>Les locaux de la radiopharmacie situés sur le site de Freyming- Merlebach seront transférés en fin d'année 2019, sur le site Robert Pax, dans des nouveaux locaux en cours de construction. Dans cette attente et pour ce motif, l'établissement dispose d'une autorisation de fonctionnement de l'ASN, malgré que certaines dispositions concernant les règles techniques minimales de conception d'exploitation et de maintenance ne soient pas atteintes. La validation du projet architectural de la médecine nucléaire sur le site de Robert Pax a été transmise à l'ASN.</p> <p>Afin d'améliorer et d'harmoniser les bonnes pratiques d'administration du médicament, le protocole « administration du médicament » a été révisé (identification du médicament,</p>
--	--	--

		<p>traçabilité de l'administration et de l'autonomie du patient) et un plan d'actions de communication et de sensibilisation des règles en interne a été mis en œuvre. Il touche à la formation régulière des professionnels des services sur le circuit du médicament (risques d'erreurs médicamenteuses, les never events, médicaments à risques, risques identifiés en CREX, ...), à la transmission d'informations lors des réunions des référents pharmacie ainsi qu'à la diffusion régulière de « flash info » sur les armoires à pharmacie.</p> <p>Un groupe de travail a révisé le protocole de gestion du traitement personnel des patients pour permettre leur retrait à l'admission et leur stockage dans l'armoire à pharmacie du service. Le protocole prévoit qu'à l'entrée du patient, le médecin réévalue systématiquement le traitement du patient et trace dans le dossier l'arrêt, la poursuite ou toute modification du traitement. En parallèle, une prescription est effectuée. Dans certains cas, le traitement personnel peut être utilisé pour pallier à une interruption ponctuelle d'approvisionnement, ou si le médicament n'est pas substituable ou est hors livret thérapeutique de l'établissement. L'actualisation du protocole a été largement diffusée auprès des professionnels médicaux et paramédicaux par l'encadrement. Des évaluations sont régulières et leurs résultats sont communiqués aux professionnels.</p>
Échéances définies et acceptables ?	Oui	<p>Les échéances de réalisation sont définies et acceptables pour chaque action. La grande majorité des actions est « finalisée » au moment de l'envoi du compte qualité. 2 actions, liées au transfert de la radiopharmacie du site de Freyming sur le site de Robert Pax et au déploiement de l'informatisation seront finalisées l'une en décembre 2019 et l'autre en décembre 2020.</p>
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Partiellement	<p>L'établissement n'a pas identifié dans son compte qualité de modalité de suivi pour chaque action retenue alors que des évaluations sont menées pour suivre l'efficacité des actions.</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	<p>L'établissement a actualisé les données de son compte qualité, depuis la visite de certification, en ajoutant des résultats d'évaluations internes et des indicateurs. Les données disponibles dans le compte qualité sont en lien avec les actions définies.</p> <p>L'établissement a défini dans son compte qualité la pérennité d'audits réguliers concernant les bonnes pratiques de prescription et d'administration.</p>
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Oui	<p>Les indicateurs disponibles dans le compte qualité démontrent une amélioration sur différents aspects, notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'informatisation des unités : en avril 2018, 83,33 % des services étaient informatisés contre 71,50 %.Après une structuration des services, 15 sur 18 sont informatisés,</li> <li>- les pratiques de prescription et d'administration : conformité de 94,10 % en juin 2018 contre 51,60% en janvier 2017 ; conformité de la traçabilité de l'administration : 100 % en juin 2018,</li> <li>- la prescription aux unités sanitaires : l'audit de conformité démontre une amélioration de 42% entre avril et juin 2018 (passage de 43 % de conformité à 85%),</li> <li>- la conformité de la gestion du traitement personnel : audit réalisé auprès de 56 patients sur la prescription et l'administration des médicaments : 89,30 % de conformité en juin 2018</li> <li>- la traçabilité de l'autonomie du patient dans le dossier au niveau de la prescription médicamenteuse : passage de 3 patients en janvier 2018 à 201 patients en juillet 2018,</li> <li>- la vérification de l'identité du patient : 89,30% de conformité en juin 2018.</li> </ul> <p>Tout séjour de chirurgie hébergé en pédiatrie a une prescription informatisée depuis mai 2018.</p> <p>Une EPP sur l'évaluation de la phase d'administration des médicaments après actions correctives est à l'étape 4.</p> <p>En complément, le rapport annuel de la pharmacie présente l'indicateur de suivi des personnels formés au circuit du médicament. Ils sont au nombre de 70 en 2017, sur différents sujets (présentation de la PUI, les étapes du circuit du médicament, les produits pharmaceutiques, l'organisation autour du circuit du médicament, le risque médicamenteux</p>

		(règle 5 B, never events, CREX...).
--	--	-------------------------------------