



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE VICHY**

**Boulevard deniere  
Bp 2757  
03201 Vichy  
NOVEMBRE 2016**

# SOMMAIRE

## **PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

### **DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE**

1. DÉCISION DE CERTIFICATION
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
5. SUIVI DE LA DÉCISION

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

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE VICHY	
Adresse	Boulevard deniere 03201 Vichy
Département / région	ALLIER / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	030006936	GCS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE L'ALLIER	Boulevard deniere Bp 2757 03201 VICHY
GCS de moyens	GCS1367	GCS-IFSI-AUVERGNE	Drh avenue winston churchill 63000 CLERMONT FERRAND
Entité juridique	030780118	CENTRE HOSPITALIER DE VICHY	Boulevard deniere Bp 2757 03201 Vichy
Etablissement de santé	030000087	CENTRE HOSPITALIER DE VICHY	Boulevard deniere Bp 2757 03201 Vichy
Etablissement de santé	030785885	CH DE VICHY-HOPITAL DE JOUR - PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE	8 rue du chateau d'eau 03200 Vichy
Etablissement de santé	030785877	CH DE VICHY-CENTRE DE POST CURE POUR MALADES MENTAUX	Delocalisation au ch de thiers Route de fau 03300 Cusset
Etablissement de santé	030785042	CH DE VICHY-HOPITAL DE JOUR VICHY-OUEST	19 rue jeanne d'arc 03200 Vichy
Etablissement de santé	030785869	HOPITAL DE JOUR - CMP ET CENTRE DE POST CURE VICHY	Rue binto 03200 Vichy

Etablissement de santé	030783583	CH DE VICHY-SLD	Boulevard deniere 03201 Vichy
------------------------	-----------	-----------------	----------------------------------

Activités						
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	89	/	14	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	28	/	/	/	/
MCO	Médecine	219	3	/	7153	15129
Santé mentale	Psychiatrie générale	110	35	/	/	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	10	/	/	/
SLD	SLD	160	/	/	/	/
SSR	SSR	92	5	/	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS cardiologie interventionnelle de l'Allier avec le CH de MOULINS-YZEURE Convention entre le GCS de cardiologie interventionnelle de l'Allier et le CH de Montluçon Accord-cadre de partenariat avec le CHU de Clermont-Ferrand Accord-cadre de partenariat avec le CH de Thiers – Ambert Fédération des structures d'urgence 03 (CH de Vichy, Moulins et Montluçon) GIP blanchisserie CH Vichy, Hôpital Cœur du bourbonnais, Maison de retraite de Gannat
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Antenne HAD sur Thiers - Ambert (juillet 2010)

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandations d'amélioration

Prise en charge des urgences et des soins non programmés  
Droits des patients  
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

## 4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

## 5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.  
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé au plus tard le 30 septembre 2018.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

## 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. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le processus est établi en fonction de l'évaluation structurée des risques, les mesures de traitement sont arrêtées, les ressources et modalités de suivi définies. Cette politique, validée par les instances, intègre des objectifs de juste prescription chez le sujet âgé et est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. La cartographie des risques a été menée à partir de l'outil INTERDIAG, renseigné par tous les services. A cette occasion, de mars à juin 2013, chaque service était rencontré et, en groupe pluriprofessionnel avec un accompagnement méthodologique de l'ingénieur qualité, le fichier était renseigné. Un plan d'action Interdiag a ainsi pu être élaboré en septembre 2013, chaque service ayant eu connaissance de ses propres résultats. Cette auto-évaluation a permis de cibler les différents processus de la prise en charge médicamenteuse sur lesquels des actions devaient être mises en place. Elle a été présentée aux instances, et avec le contexte réglementaire, les objectifs du CBUM et la déclaration des événements indésirables a permis d'élaborer le plan d'action du compte qualité.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes des professionnels. Un pharmacien a été nommé responsable de la sécurité du médicament et de la qualité de la prise en charge, cette nomination a été validée en CME. Il est membre du COMEDIMS et travaille en étroite collaboration avec le service qualité, il participe au comité qualité et au CREX institutionnel. Au regard des besoins et des risques, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires. Le déploiement de l'informatisation est programmé et intégré au système d'information. Le dépannage informatique est organisé. Le pharmacien responsable de la PUI est particulièrement en charge du circuit du médicament en HAD et de la gestion globale de son service, un quatrième pharmacien s'occupe de l'unité de reconstitution des cytostatiques (URC). La permanence pharmaceutique est organisée, les pharmaciens travaillent tous les soirs de la semaine à partir de 18 heures et le samedi à compter de 17 heures en astreinte, ainsi que les dimanches et jours fériés. Ils peuvent traiter des demandes en urgences, ils répondent alors à l'ensemble des demandes quel que soit le secteur d'intervention. L'organisation mise en place au sein de l'URC est conforme à la réglementation, avec un pharmacien qui réalise l'analyse pharmaceutique de la prescription et valide cette dernière avant reconstitution. Un des objectifs est de développer dans les services l'approvisionnement en plein/vide ; actuellement, la grande majorité des services travaille de cette manière, les autres sont en approvisionnement global. Les principaux protocoles (protocoles d'administration, nombreux protocoles concernant la dispensation et l'organisation de la PUI, ceux ayant trait aux stockages des toxiques et à leur délivrance, ceux concernant l'approvisionnement en urgence et en programmée, ceux sur la prise en compte du traitement personnel, le bon usage des médicaments) sont rédigés. La liste de médicaments à risque est arrêtée et validée en COMEDIMS. Les règles et les supports de prescription sont validés et permettent, dans le cadre de la prescription manuscrite, d'administrer sans retranscrire. Les règles et les supports de prescription ils sont rédigées. Depuis la visite initiale, les règles de prescription et d'administration sont définies dans tous les services. A l'hôpital de jour de pédopsychiatrie, les règles du circuit du médicament sont définies en cohérence avec les règles institutionnelles. Une procédure pour la prescription des juniors, une sur la prescription et ses règles dans le logiciel de prescription, une suivante sur les prescriptions orales et enfin sur la prescription des solutés de dilution des médicaments sont en place et validées. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments sont établies, particulièrement pour les médicaments à risque. Un groupe de travail, avec deux gériatres et le RSMQ, a élaboré des recommandations relatives à la juste prescription chez le sujet âgé. Depuis la visite initiale, elles sont validées et diffusées. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteur d'activités. Des rencontres ont lieu entre la PUI et les services, la mise en place de référent permet d'instaurer un dialogue soutenu. Les relations avec le service qualité sont fréquentes car le responsable de la sécurité du circuit du médicament est membre du comité qualité qui suit l'ensemble des événements indésirables ; par ailleurs, il participe au CREX institutionnel.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. La déclinaison de la démarche institutionnelle est organisée. Deux référents pharmacie par services ont été désignés et ont été réunis plusieurs fois par le responsable de la sécurité

du médicament. A cette occasion, un point leur est fait sur la réglementation (arrêté RETEX), sur le plan d'action sur l'amélioration du circuit du médicament, et sur les principales procédures rédigées. Ces professionnels ont des fiches de postes et sont les relais de la PUI. Ils participent aux visites de service par la PUI. Dans les services "plein/vide", le préparateur référent passe toutes les deux semaines ; pour les autres, il y a au moins une visite annuelle. Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'action. La sensibilisation aux erreurs médicamenteuses a donné lieu à l'envoi, avec la fiche de paye, d'un document intitulé "Qualité directe" qui décrit de manière les erreurs médicamenteuses, cette démarche est complétée par le rôle des référents pharmacie qui doivent promouvoir le signalement des erreurs médicamenteuses. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Le personnel est formé. 35 personnes ont été formées à la méthode d'analyse ORION en 2013 et 63 en 2014, dont neuf praticiens hospitaliers ; tous les pharmaciens sont formés. La formation au logiciel de prescription est assurée en interne et en continue pour les nouveaux arrivants et les services dans lesquels elle est déployée. Dans le cadre du déploiement dans les services du dispositif plein/vide, des formations ont lieu à la gestion des armoires, elles sont renouvelées une fois par an afin de toucher les nouveaux arrivants. Un binôme médecin/pharmacien est en charge de la promouvoir la liste de médicaments à risque. Une documentation qualité est disponible dans une gestion documentaire informatisée qui permet aux services et aux professionnels de la PUI de prendre connaissance des principales procédures du circuit du médicament. Les protocoles sont connus. Dans les services, de nombreux tableaux de correspondances (en DCI) et autres modes opératoires permettant de sécuriser l'administration sont affichés. La liste des prescripteurs est disponible à la PUI. L'informatisation de la prescription se développe. En mars 2015, 71% des services sont informatisés et le calendrier de déploiement doit se poursuivre jusqu'à fin 2015. A chaque service déployé, un accompagnement est mis en œuvre par un pharmacien assistant présent dans le service, il forme aussi à la demande tout nouveau médecin intégrant l'établissement, en ce qui concerne les IDE, c'est une IDE spécialisée du service informatique qui intervient pour les nouveaux arrivants. En cas de problème quant à l'accès au logiciel de prescription, les référents du service informatique sont disponibles en semaine de jour et la nuit et weekend et jours fériés, un informaticien est d'astreinte et permettra cet accès ou pour le moins imprimera et remettra au service les dernières prescriptions. Dans l'URC, est utilisé un logiciel de prescription spécifique à cette unité communiquant avec les services de soins.

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

Les organisations prévues pour la prise en charge médicamenteuses sont mises en œuvre. Les règles de prescription, dispensation et administration sont, dans la majorité des cas, respectées. Les prescriptions sont validées et signées par les professionnels. Néanmoins, les règles d'administration des médicaments ne sont pas respectées dans tous les secteurs. Depuis la visite initiale, l'établissement a poursuivi sa politique de déploiement du reconditionnement. Depuis la visite initiale V2014, dans les services de dialyse, l'informatisation de la prescription permet désormais la traçabilité de l'administration sur le même support que celui de la prescription. Enfin, l'établissement a déployé les armoires plein/vide dans le service de réanimation. Depuis, la pharmacie du service de réanimation est rangée selon les règles institutionnelles. L'informatisation permet l'analyse pharmaceutique systématique. Le respect des bonnes pratiques en matière de préparation des anticancéreux est effectif. Le double contrôle est mis en œuvre aux différents temps de la préparation et permet de sécuriser la reconstitution. Les règles d'hygiène et la marche en avant sont respectées. Les réfrigérateurs des services sont nettoyés régulièrement avec une traçabilité de ces actions, une vérification et enregistrement de la température, avec traçabilité est effectuée. Dans le livret d'accueil, remis au patient, un triptyque intitulé "Mes médicaments personnels à l'hôpital" rappelle les règles de précautions devant être mises en œuvre. Pour certaines spécialités médicamenteuses (AVK), des informations sont données au patient.

### **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. De nombreux indicateurs sont suivis par la PUI et le COMEDIMS et porté à la connaissance des services et des pôles, par exemple sur les consommations médicamenteuses, et sur les molécules onéreuses. Le bilan du CBU est un autre temps de coordination et de diffusion d'indicateurs. Les formations mises en œuvre concernant le circuit du médicament et les outils nécessaires à cette prise en charge sont évaluées systématiquement. Des audits sont menés régulièrement sur le rangement des armoires à pharmacie. La déclaration des erreurs médicamenteuses est réalisée sur les fiches d'événements indésirables et suit le parcours de ces fiches, elles sont analysées par des experts et suivies dans le cadre du dispositif mis en place. 33 déclarations ont été faites en 2013 et 20 en 2014. Certaines

de ces déclarations sont revues en CREX institutionnel. Le responsable de la sécurité et de la qualité du circuit du médicament participe aux CREX institutionnels, 8 ont eu lieu en 2014 dont quatre concernant les erreurs médicamenteuses. L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives. Les résultats sont communiqués aux professionnels.

## **A / AGIR**

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

L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs. Les actions sont suivies par les responsables identifiées dans un calendrier tenu à jour permettant une réactualisation. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. L'établissement participe chaque année à la semaine sécurité du patient et à cette occasion, met en œuvre différentes manifestations permettant d'informer les patients sur les risques liés au médicament.

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

## 2. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique a été élaborée sur la base d'une identification des besoins (gestion de lits d'aval, protocoles de prises en charge par filières notamment cardiologique, etc.) et d'une analyse des risques (transmission d'informations, parcours patients en aval des urgences, etc.). Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse de ces risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Il n'y a qu'un secteur identifié qui reçoit des urgences, hors la maternité pour les parturientes connues du service. L'établissement a rédigé un projet qui comprend un volet sur les urgences notamment dans l'axe n°2 sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces objectifs sont déclinés dans un programme d'action validé par les instances. Le service adhère à la fédération des services d'urgence avec le CH de Moulin. Il participe à un projet de territoire notamment pour la prise en charge des AVC.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. L'organisation du service des urgences n'est pas formalisée. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés (chef de service et cadre supérieur). Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources matérielles, documentaires et des ressources humaines. Il existe un plan de formation pour adapter les compétences des professionnels aux patients reçus notamment pour la réception des enfants. Il existe un règlement intérieur de l'UHCD. Depuis la visite initiale V2014, l'établissement a validé en avril 2016 la Charte de fonctionnement du SAU. Elle précise les modalités de prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins. Par ailleurs, l'établissement a rédigé une annexe à la Charte sur les urgences pédiatriques. L'organisation du service permet de connaître en temps réel le taux d'occupation et les lits vacants dans l'hôpital. Des actions de communication et de sensibilisation des professionnels sont organisées au sein du service sur les risques identifiés.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du service des urgences a organisé la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation avec l'équipe IDE et médicale. Elle favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment par rapport aux protocoles, ou aux check-lists de vérification. Le cas échéant, des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et documentaires sont disponibles. L'encadrement s'assure des ressources en compétences notamment et par la formation sur la prise en charge des enfants et l'accueil et l'orientation. Ces formations sont effectives et suivies par la majorité des professionnels. En dehors des urgentistes, des praticiens spécialistes peuvent intervenir, ils sont soit de garde sur place soir d'astreinte. Pour les AVC, la nuit, il existe une correspondance de télé-médecine avec le CHU de Clermont-Ferrand. La documentation est accessible dans l'Intranet, elle est actualisée et connue. Le matériel nécessaire correspond aux besoins des professionnels. Il est possible d'obtenir des examens biologiques ou des examens d'imagerie médicale 24/24. Une salle d'attente et un box pour l'examen des enfants est prévues. Toutefois, les locaux ne permettent pas d'assurer l'intimité des patients et la confidentialité des informations délivrées. En effet, les locaux sont exigus : il n'y a pas de salle d'attente pour les malades couchés en attente de résultats d'examen ou de spécialistes. Le schéma directeur immobilier de l'établissement et le compte-qualité prévoient des travaux pour 2016. Compte-tenu de contraintes financières ceux-ci n'ont pas été réalisés.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Il y a schématiquement deux circuits qui sont utilisés : un circuit pour une prise en charge longue pour des pathologies lourdes et un circuit court pour les pathologies plus légères. Les interfaces avec les secteurs d'hospitalisation sont opérationnelles. Le projet de service/secteur traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques aux urgences. Les professionnels y sont associés. La traçabilité des prescriptions/ administrations est assurée sur le même support.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre ont été effectués récemment (en janvier 2015) par le pilote du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Les résultats sont communiqués aux professionnels. Depuis la visite initiale V2014, l'établissement suit les temps de passage en fonction de la gravité, il est également prévu de confronter ces indicateurs à un autre indicateur en lien. L'exploitation des indicateurs a permis à l'établissement d'identifier de nouveaux risques pour lesquels des actions d'amélioration sont envisagées.

## A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration a été effectué afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.