



## **Gestion des risques dans les établissements et sécurité du patient**

### **Table ronde animée par le Docteur LEROUX (DIM UGECAM Ile de France)**

Avec le Docteur BENEZET (Responsable du département évaluation en santé, qualité et information médicale UGECAM PACA Corse), Marie-Antoinette CHAPLAIN (Directeur de l'UGECAM Ile de France), M. LAFORET (Pharmacien UGECAM Bretagne), M. PALTRIE (Ingénieur sur l'environnement, les moyens, la prévention UGECAM Ile de France)

Gérer le risque, c'est gérer la distribution de médicaments, l'infection nosocomiale à l'intérieur de bâtiments espérés sains, assurer des soins de qualité, manager, diriger. Il convient de tenir compte des contraintes des textes, sous la responsabilité du Directeur d'UGECAM.

En effet, la loi hospitalière de 1991 avait donné pour mission aux établissements de privilégier la distribution nominative des médicaments et ce, quelque soit l'importance de l'équipe soignante. La loi du 26 décembre 2000 autorise l'aide des infirmières, sous la responsabilité du pharmacien.

Le responsable immobilier a un rôle prépondérant, en gérant le risque du bâtiment. En effet, les bâtiments sont porteurs et créateurs de maladies, tant pour les patients accueillis que pour le personnel y travaillant.

Quelques risques sont ici listés :

- contamination des sols par les eaux usées, entretien insuffisant, débordements d'eaux d'orage
- eau potable : saturnisme lié à l'utilisation du plomb dans la distribution de l'eau
- légionellose : due à des températures de stockage trop faibles ou d'entretiens insuffisants
- air intérieur : intoxication au CO et au CO<sup>2</sup> - asthme – allergies – fumées de tabac
- perturbations liées au radon
- nuisances sonores : surdité – nervosité – distraction
- matériaux utilisés : métaux lourds (plomb – nickel)
- équipements : champs électro magnétiques des écrans informatiques

Un diagnostic doit être réalisé afin de tenter de réduire les risques.

Il convient donc d'adopter une démarche globale de la prévention et de la sécurité afin d'appliquer les textes, sous la surveillance de la police sanitaire. En cas de non respect de ces textes, le retrait de l'autorisation de fonctionner est appliqué, d'où mise en péril de l'offre réalisée au bénéfice des patients accueillis.

Trois compétences sont à retenir sur le plan médical :

- le Président de la CME
- la direction des soins infirmiers
- le directeur de l'établissement

Cette politique globale doit être affichée, mise en œuvre. Des étapes à caractère pédagogique, informatives, communication, doivent être respectées afin d'obtenir l'adhésion des acteurs afin de travailler de manière transversale.

Par les procédures d'accréditation et de qualité, des pratiques transverses de travail sont appliquées et permettent d'aborder ces différents champs de la gestion de la prévention et de la sécurité pour réduire le risque, avec pour objectif de le faire totalement disparaître. Il convient en effet d'être vigilant car les patients, le personnel, sont concernés par la sécurité de l'activité et par la prévention de ces actions qui sont en attente d'un niveau de sécurité maximum. La sécurité est la résultante d'un état de confiance, reposant sur des actions recensées, vérifiées au travers de plans d'actions.

Le CLIN de chaque établissement est chargé de la surveillance des infections nosocomiales et a l'obligation d'organiser 3 réunions annuelles et un rapport.

Une des formes d'approche du risque lié à l'information médicale est faite à travers le dossier du patient. C'est un élément clé de la prise en charge du patient. Le dossier doit contenir tous les éléments qui permettront une prise en charge de sécurité.

Cet élément est régi par des textes du Code de la santé publique (article R 710 2-1) et par une démarche qualité et d'accréditation. Comme indiqué dans le référentiel du dossier patient, la référence 7 précise que le dossier du patient doit faire l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue.

Cette évaluation est donc réalisée au fil du temps pour valider cette sécurité de l'information, concernant le patient.

Le dossier, principalement dans les établissements de soins de suite et de réadaptation, est un ensemble de sous-composé du dossier médical, de soins infirmiers, de kinésithérapie, d'ergothérapie, social..., éléments qui permettent de retrouver la prescription médicale...

Ces données sont évaluées au fil du temps grâce aux grilles développées par l'ANAES, par tirage au sort de 30 dossiers de patients sortis pendant le semestre précédent, sur des échantillons sur les unités fonctionnelles, contenant des patients ayant des problématiques différentes, la grille d'analyse correspondant aux dossiers étudiés.

Les critères examinés sont d'ordre général, appliqués à tous les éléments du dossier, mais aussi aux questions posées pour chaque dossier d'échantillon, avec une notion de la sécurité de la prise en charge.

Les résultats ont permis de procéder à l'évaluation du dossier médical depuis 1998, du dossier de soins infirmiers depuis 2000, soins kinésithérapie en 2001. En 2002, l'évaluation du dossier de soins en ergothérapie débute.

Grâce à ces résultats, un rapport est établi sur l'état du dossier dans l'établissement visité, d'où découlent des recommandations pour l'amélioration du dossier et de l'information qu'il contient.

Un état des lieux peut ainsi être réalisé et l'évolution du dossier, dans le temps, peut être observée.

Il convient donc de mettre en place des indicateurs de qualité : questionnaires de satisfaction, analyse des événements indésirables (CLIN, pharmacovigilance).

L'information médicale et la qualité sont deux éléments indissociables : l'évaluation de cette information permet de vérifier la qualité d'une partie des éléments de la prise en charge du patient. Grâce à l'informatique, une amélioration de la sécurité et le partage de l'information est à signaler.

Il est signalé que la gestion des risques apparaît à l'intérieur d'une structure d'établissement, en mettant en perspective les textes réglementaires qui contraignent, mais aussi avec une organisation la meilleure possible.

***Comment réaliser l'accès du patient au dossier, suite à l'application du nouveau décret lié à l'accès direct ?***

Il n'y a pas de propriétaire unique de l'information médicale. En effet, il est rappelé que la tradition de la prise en charge en réadaptation est d'avoir des échanges sur le contenu du dossier, sur les objectifs de la prise en charge, avec le patient qui assiste à des réunions de synthèse. Le partage des informations, des objectifs, avec le patient, largement pratiqué, va faciliter cet accès au dossier tel que devenu obligatoire par la loi et les décrets d'application. La propriété est donc partagée entre le médecin traitant et le patient.

***Qu'en est-il des réflexions menées au niveau des UGECAM, voire même au niveau de la CNAMTS ?***

Il ne relève pas du niveau de la Caisse Nationale de se préoccuper de ce qui incombe, en terme de responsabilité, aux UGECAM, au niveau local, en matière de prévention et de sécurité. La Caisse Nationale peut, par contre, être sollicitée pour une aide financière en terme de moyens, pour engager telle ou telle action ou aider sur la partie patrimoine. En effet, cette dernière participe pour la mise en sécurité des bâtiments, les restructurations immobilières, afin de les adapter aux exigences de prises en charge et d'améliorer la qualité du bâtiment et de l'aspect hôtelier. Au niveau du management, toutes les UGECAM sont concernées. Un travail de coopération est à réaliser pour partager les difficultés, les pratiques à mettre en œuvre (mutualisation de l'information, des expérimentations, des démarches de mise en œuvre et de structuration). Il convient donc que tous les métiers transverses s'approprient cette problématique de prise en charge de la prévention et de la sécurité. Le management doit être réalisé au plus près de l'opérationnalité.

***Les associations de patients viennent-elles en appui pour réfléchir et pour aller plus loin dans ce type de démarche, pour autant que, dans les unités de soins de l'Assurance Maladie, les associations de patients soient aussi intervenantes que dans le milieu hospitalier traditionnel ?***

Le dialogue avec les partenaires associatifs sera un moyen à développer. Certaines associations sont déjà très présentes dans les établissements de soins de suite et de réadaptation (associations de personnes handicapées : association française de lutte contre les myopathies, association française des paralysés de France, association française des familles de traumatisés crâniens...). A travers les informations qui sont données aux familles et aux patients, cela facilite l'accès à l'information et au dossier médical.

***N'y a-t-il pas un risque, du fait que les patients aient accès à l'information, que les plannings des médecins puissent être communiqués par la Cour de Cassation, que, par internet, les bonnes pratiques puissent être indiquées, que l'on puisse alors mesurer la perte de chance que l'on peut avoir eu dans un établissement ? Comment alors prendre la bonne décision, au bon moment, pour le bon médicament, dans le bon programme de soins ?***

Il convient de se réunir et de permettre d'arriver à un consensus au sein de l'établissement qui doit être respecté. Le patient est tenu au courant des choix des décisions prises collectivement.

***Comment doit agir une petite structure spécialisée avec un besoin de savoir du pharmacien, et qui n'a pas les moyens d'en avoir un parmi ses effectifs ?***

La loi de décembre 2000 instaure la présence du pharmacien dans les établissements, à raison de 5 demi-journées par semaine (soit un mi-temps, tous les jours). Pour les établissements

n'ayant pas la possibilité budgétaire d'avoir de pharmacien, la solution va être soit la mutualisation, soit la sollicitation d'une pharmacie de ville proche de l'établissement.

***Dans le cadre de la prise en charge du patient et de l'information inter-sectorielle le concernant, qu'en est-il du secret médical dans un établissement de santé ?***

Le secret médical est entouré de textes réglementaires, de la déontologie. Dans un établissement de soins, le secret médical est partagé : sont concernées le patient, l'équipe multidisciplinaire. En effet, le patient a droit à une information claire, loyale, intelligible, tel que exigé par le Conseil de l'Ordre. L'information doit donc être accessible. Son partage doit être défini afin d'assurer une bonne prise en charge du patient.

Il est précisé qu'en médecine de rééducation, la possibilité est donnée de s'appuyer sur une classification qui différencie le déficit, l'incapacité ou le handicap.

A souligner que le secret absolu est contraire à l'intérêt du malade : il est interdit de dévoiler des informations lorsque cela peut nuire à ce dernier.

***Les financements devenant "délicats", comment peut-on justifier un développement durable ?***

En tant qu'établissements de santé, leur vocation est de soigner et de maintenir en l'état, à la fois les patients, les personnels, l'environnement extérieur. Deux objectifs sont à atteindre : réduire l'impact des bâtiments sur l'environnement intérieur (éviter tous les risques liés aux nuisances sonores, aux équipements, aux matériaux) ; dans le cadre de la rénovation ou de la construction, veiller à l'environnement extérieur (déchets des bâtiments, hospitaliers).

Le coût doit être pensé globalement et ensemble. Un programme doit être arrêté qui permette d'avoir des bâtiments sains, de qualité sans que leur prix de revient soit supérieur à celui d'un bâtiment classique.