



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DE VENDOME

98 Rue Poterie

Bp 108

41106 Vendôme

DECEMBRE 2017

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	5
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	7
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES ».....	8
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX.....	11
DOSSIER PATIENT	15
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE.....	18

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 DANIEL CHANET (COURT SEJOUR ET SSR)	
Adresse	98 rue poterie
Département / région	41106 Vendome LOIR-ET-CHER / CENTRE
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	410000095	CENTRE HOSPITALIER DE VENDOME	Hopital daniel chanet 41106 Vendome
Établissement principal	410000038	HOPITAL DANIEL CHANET (COURT SEJOUR ET SSR)	Hopital daniel chanet 98 rue poterie - bp 108 41106 Vendome

Activités			
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places
MCO	Médecine	89	6
Santé mentale	Psychiatrie générale	40	20
SSR	SSR	80	/

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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(s) d'amélioration,

2. Décisions

RECOMMANDATION(S) D'AMELIORATION

Parcours du patient
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 **30/09/2019**.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

THÉMATIQUE « Management de la qualité et des risques »

1. Engagement et pilotage

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans l'engagement de la Gouvernance ?	Oui	L'établissement a pris en compte les éléments du rapport de certification V2014 de la visite de mars 2016.
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le pilotage de la démarche ?		Sous l'égide du directeur et du président de CME, un plan d'actions a été élaboré par la cellule opérationnelle qualité-gestion des risques et proposé aux membres du COQUAVIRIS, aux chefs de pôle et aux pilotes/co-pilotes des processus concernés. Ce plan d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins a été présenté aux Instances et validé par celles-ci.
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le management opérationnel de la démarche ?		La cellule opérationnelle qualité-gestion des risques a accompagné la mise en place du plan d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en organisant des réunions avec les différents responsables et instances concernés (COQUAVIRIS, commission de gestion du dossier patient, président du CLIN, équipe opérationnelle d'hygiène et correspondants hygiène dans les services, RSMQ de la prise en charge médicamenteuse et présidente du COMEDIM). Un travail de centralisation des actions d'amélioration et des éléments de mesure a été effectué dans le cadre du PAQSS institutionnel. Les plans d'actions au regard des décisions prononcées sont actualisés au sein du compte qualité supplémentaire.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions suite au rapport de certification ?	Oui	Le plan d'actions a été actualisé suite au regard des constats du rapport de certification V2014.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Le plan d'actions mis en place est cohérent avec les risques identifiés. - Le programme qualité intègre les éléments issus de la réglementation, l'analyse des événements indésirables, les plaintes et réclamations, les résultats des audits internes et externes - Les contrats de pôles comprennent les objectifs qualité – sécurité et les indicateurs de suivi - L'établissement mène plusieurs actions afin d'impliquer d'avantage les professionnels à la démarche qualité (accompagnement spécifique des pilotes, communication via des tableaux de bord, démarche participative aux EPP, formation à l'audit clinique...) - Des actions ont été mises en œuvre afin d'améliorer l'utilisation du

		<p>logiciel de gestion documentaire (présentation du logiciel aux nouveaux arrivants, formation du personnel à l'outil, audit des services pour supprimer les documents « hors GED »...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement assure maintenant le suivi de toutes les démarches EPP par le COQUAVIRIS et les centralisent - L'interface entre les plaintes / réclamations et les EI est assurée
Échéances définies et acceptables ?	Oui	<p>Les échéances des actions ont été définies et sont acceptables. L'ensemble des actions est d'ailleurs finalisées.</p>
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	<p>L'établissement suit la mise en œuvre des actions mises en place et en mesure l'efficacité par le biais de plusieurs modalités de suivi (indicateurs, audit, suivi de tableau de bord...).</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>La partie « Données » est actualisée. L'établissement assure le suivi de son plan d'action via plusieurs indicateurs de suivi : nombre de personnes formées aux outils qualité / gestion des risques, indicateur suivi gestion documentaire, nombre de RMM, CREX, taux de documents qualité avec</p>

		une date limite dépassé...
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Oui	Le compte qualité présente les résultats des actions mises en place notamment via des indicateurs de suivi qui démontrent une amélioration pour la majeure partie des actions.

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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	L'établissement a identifié ses risques en exploitant les données du rapport de certification V2014. Ainsi les risques liés à l'organisation interne (formation des professionnels sur le bon usage des antibiotiques, détection précoce d'un patient porteur de BMR, dispositif de pilotage), à la disponibilité des ressources (conformité des locaux) et à la mise en place des actions d'amélioration ont été intégrés pour la mise à jour du compte qualité.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	L'établissement a analysé la décision pour en identifier les causes et décrire le choix des actions engagées. Ainsi, la hiérarchisation des risques a été faite au regard des écarts du rapport de certification.

Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Le niveau de cotation de la maîtrise indiqué par l'établissement est en cohérence avec les dispositifs de maîtrise mis en place.
--	-----	--

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	L'établissement a mis à jour son plan d'action au regard des risques identifiés. Pour chaque action, il existe un pilote, des échéances et l'état d'avancement.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	Oui	Les plans d'actions sont cohérents au regard des écarts soulevés par le rapport de certification. Ainsi l'établissement a réalisé une formation sur le bon usage des antibiotiques, les professionnels concernés par la démarche sont maintenant associés à l'analyse des risques, des mesures permettant de sécuriser les locaux à DASRI ont été prises et les actions sont maintenant regroupées dans un plan d'actions unique.
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Les échéances définies dans le plan d'action de l'établissement sont en cohérence avec la hiérarchisation des risques. Les actions sont presque toutes finalisées.

Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Pour chaque action identifiée, l'établissement a identifié des modalités de suivi (indicateurs (audit) qui visent à suivre l'avancement des actions et leur efficacité (nombre de personnes formées au bon usage des antibiotiques, audit de conformité des locaux...)).
---	-----	--

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Oui	Les données ont été actualisées suite à la visite de certification de mars 2016. L'établissement s'est approprié le compte qualité en actualisant la partie « Données » en lien avec la partie « Analyse et plans d'actions » permettant ainsi de s'assurer que les actions sont suivies, pertinentes et efficaces.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Oui	Les données mises à disposition dans le compte qualité permettent d'attester de la sécurisation des organisations et des pratiques.

DOSSIER 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	L'établissement a identifié ses risques en exploitant son rapport de certification. Ainsi, les risques liés à l'organisation du dossier patient et à la traçabilité de certains éléments constitutifs de la prise en charge ont été intégrés à la mise à jour du compte qualité.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	L'ensemble des risques liés aux constats du rapport de certification V2014 a été analysé et expliqué. Les indicateurs que l'établissement suit sont également rattachés aux différents risques dans le but d'appuyer leurs constats.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	En grande partie	Les dispositifs de maîtrise décrits dans le compte qualité sont pour la plupart cohérents au regard de la hiérarchisation qui a été faite. En revanche, le niveau de maîtrise du risque de « perte d'information dans la prise en charge due au dossier multisupport (support informatique et papier) » est côté 2 alors que l'action associée est relative à un projet en cours d'uniformisation à échéance fin 2017. Le risque est donc encore latent. De même, le risque relatif à la non traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge du patient est côté 2 alors que l'action mise en place relève pour l'instant de l'information des professionnels. L'évaluation de la traçabilité n'étant prévue que fin 2017, le niveau de maîtrise est surcoté.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	En grande partie	<p>L'établissement a actualisé son plan d'actions pour prendre en compte les constats du rapport de certification. En revanche, on ne retrouve pas d'actions spécifiques pour la traçabilité dans le dossier de l'observation médicale, du suivi somatique, du risque suicidaire, de l'évaluation de la douleur, de l'identité patient...</p> <p>D'autre part, l'établissement s'appuie uniquement sur les résultats des IQSS Dossier patient de l'itération de 2016, un audit est prévu fin 2017. Pour les risques identifiés sur le manque de traçabilité dans le dossier du risque suicidaire et du suivi somatique, des groupes de travail ont été mis en place, ils ont défini de nouvelles organisations formalisées dans des procédures écrites qui ont été transmises en éléments de preuve. A titre d'exemple, un médecin du service de médecine se déplace désormais en psychiatrie pour réaliser des consultations auprès de patients hospitalisés.</p>
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	<p>Globalement, le déploiement du plan d'actions est cohérent avec les risques identifiés. Toutefois, certaines actions sont considérées comme étant finalisées alors que la plupart sont réellement « en cours » ex : projet de mise en place du dossier patient unique, le projet est initié mais indiqué comme étant finalisé.</p>

Échéances définies et acceptables ?	Oui	Les échéances définies dans le plan d'action de l'établissement sont en cohérence avec la hiérarchisation des risques.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Les actions du compte qualité comprennent des modalités de suivi et sont suivies par la commission du dossier patient.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Oui	Les données ont été actualisées suite à la visite de certification de mars 2016. La partie « Données » a été complétée par les évaluations de l'année 2016.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Partiellement	Le compte qualité ne permet pas de mesurer la mise en œuvre effective des actions mises en place. Des évaluations permettant de mesurer l'efficacité sont prévues pour la fin de l'année 2017.

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	L'établissement a pris en compte l'ensemble des constats du rapport de certification V2014 et a identifié les risques correspondants dans son compte qualité supplémentaire. Aussi, les risques liés aux modalités de reconstitution des cytotoxiques, l'analyse pharmaceutique, aux rangements des armoires à pharmacie ont été mis en avant dans l'actualisation du compte qualité.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	L'ensemble des risques liés aux constats du rapport de certification V2014 a été analysé et expliqué. Les évaluations que l'établissement réalise sont également rattachées aux différents risques dans le but d'appuyer leurs constats.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Le niveau de maîtrise des risques est en cohérence avec les dispositifs de maîtrise mis en place par l'établissement.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	L'établissement a actualisé son plan d'actions au regard des risques identifiés et hiérarchisés.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	Oui	<p>Les plans d'actions sont en cohérence avec les risques prioritaires.</p> <p>L'établissement a mis en œuvre un plan d'actions permettant de répondre à l'écart relevé sur les modalités de reconstitution des médicaments anti-cancéreux piloté par un groupe de travail spécifique (mise en place d'un vestiaire URCC, travaux d'aménagements des locaux opérationnels et conformes depuis fin 2016).</p> <p>Concernant la mobilisation des professionnels, l'établissement a inscrit les objectifs et plans d'actions opérationnels aux contrats de pôles.</p> <p>Des actions sont en cours pour la mise en conformité du rangement des armoires à pharmacie (utilisation de la DCI).</p> <p>Concernant l'analyse pharmaceutique aux urgences, le personnel est en cours de formation au logiciel dans un contexte de renforcement des effectifs d'urgentistes.</p>
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Les échéances fixées pour les actions encore en cours sont acceptables.

Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Les actions définies sont mises en œuvre et leur efficacité est mesurée via plusieurs indicateurs de suivi : taux de prélèvements bactériologiques conformes pour l'URCC (100% avril 2017), Taux de lits et places avec prescription médicamenteuse informatisée transmise à la pharmacie et avec analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (94 en décembre 2016)...
---	-----	--

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Oui	L'établissement s'est approprié le compte qualité notamment en actualisant les données suite à sa visite de certification.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Oui	Les indicateurs mis à jour permettent de suivre l'avancée des actions et notamment de noter les améliorations. On peut noter notamment les indicateurs suivants : taux d'EI sur le circuit du médicament, taux de prélèvements bactériologiques, taux de lits et places avec prescriptions médicamenteuses informatisée transmise à la PUI avec analyse pharmaceutique de la prescription complète...