



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE**

**43 rue de l'Isle
80142 ABBEVILLE**

Décembre 2017

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX.....	7
DOSSIER PATIENT.....	10
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT.....	13

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	43 rue de l'Isle
Département / région	80142 Abbeville SOMME
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	■800000028	CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE	43 rue de l'Isle 80142 Abbeville SOMME
Établissement principal	800000143	CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE	43 rue de l'Isle 80142 Abbeville SOMME

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
MCO	Médecine	201	20	/
MCO	Chirurgie	62	/	5
MCO	Gynéco Obstétrique	30	/	/
SSR	SSR	47	/	/
SANTE MENTALE	Psychiatrie générale	60	12	/
SANTE MENTALE	Psychiatrie Infanto Juvénile	/	15	/
HAD	HAD	8060 journées	/	/

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 d'amélioration,

2. Décisions

RECOMMANDATIONS D'AMELIORATION

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

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 31/03/2019.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

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	Le compte qualité supplémentaire de l'établissement n'a que très partiellement été actualisé sur cette thématique. L'établissement avait préalablement, dans son compte qualité de préparation de visite, identifié la majorité des risques qui ont été retrouvés lors de la visite de certification. Il a ainsi repris les mêmes risques liés à la gestion du risque infectieux notamment sur les problématiques de la gestion de l'air et du bon usage des antibiotiques. Il a toutefois ajouté deux risques, comme un risque lié à la gestion des déchets et à l'infection du site opératoire. L'établissement a actualisé l'ensemble des dispositifs de maîtrise en place. Certains niveaux de maîtrise n'ont pas fait l'objet de modifications mais ont tous été réévalués.
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.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	EN GRANDE PARTIE	Les niveaux de maîtrise sont restés les mêmes que dans le compte qualité préparation de visite. Ils sont de niveau 1 ou 2, c'est-à-dire bien maîtrisés par l'établissement. Bien qu'ils n'aient pas évolué, les niveaux de maîtrise sont cohérents avec le dispositif de maîtrise en place et prouve que l'établissement s'est saisi rapidement des problématiques.

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	Les écarts constatés lors de la visite font l'objet d'une intégration dans le compte qualité en tant que risques. Les plans d'actions n'ayant pas été directement rattachés à un risque sont inscrits dans les dispositifs de maîtrise de ces derniers. Les actions étant finalisées, l'établissement aurait dû les intégrer dans l'onglet « actions finalisées ou abandonnées ».
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	EN GRANDE PARTIE	Les plans d'actions ne sont pas tous cohérents au regard des écarts soulevés par le rapport de certification. Cependant, l'établissement a fourni l'ensemble des documents de preuve nécessaire à l'évaluation des actions d'amélioration engagées et finalisées. Ils permettent d'assurer que les risques sont maîtrisés. Aussi pour répondre aux risques liés à la non-conformité des locaux de stockage des déchets, l'établissement a réalisé la signalétique « stockage DASRI » sur toutes les portes des locaux déchets. Un état des lieux du matériel existants a été réalisé en Janvier 2017. L'établissement nous a notamment transmis le document s'intitulant « Recensement des locaux temporaires déchets et linge sale et du nombre de conteneurs dans les services de soins. L'établissement a aussi retravaillé sur le circuit d'évacuation des déchets et du linge sale. Par ailleurs, pour répondre aux risques liés à la gestion de l'air et notamment à la présence d'aspergillus fumigatus (origine extérieur), l'établissement a mené une batterie d'actions. Des réunions « Cellules aspegillaire » ce sont mises en place. Un bionettoyage complet du service a été réalisé en mars avec une désinfection par voie aérienne (Aérosept). L'établissement a acquis à titre permanent des machines performantes qui permettent un nouveau système d'extraction. Des prélèvements sont régulièrement effectués et ont confirmé la maîtrise du risque. Le deuxième risque lié à la gestion de l'air (présence de germes dans l'air dans les salles de bloc) a conduit l'établissement à réaliser des travaux de mise en conformité. Il a également mis en place des rencontres régulières entre l'EOH et le prestataire. Enfin, pour répondre aux risques liés à l'absence de traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et 72ème heure, la pharmacie s'est saisie du problème. Un logiciel est en cours de développement depuis avril 2017 permettant de rendre obligatoire la traçabilité de la réévaluation via une alerte bloquante au prescripteur.
Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les échéances sont définies et cohérentes avec les actions mises en place.

Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	Des modalités de suivi sont systématiquement définies pour mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre.
-------------------------------------------------------	-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	EN GRANDE PARTIE	Dans la thématique Gestion du risque infectieux de son compte qualité supplémentaire, l'établissement a actualisé ses données suite au rapport de certification.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	OUI	L'établissement a fourni dans son compte qualité, l'ensemble des documents de preuves, audits, résultats d'indicateurs, permettant de mesurer l'efficacité de ses plans d'actions, comme la gestion des déchets (affiche local DASRI, circuit déchets/linge sale, recensement des locaux des déchets), un rapport normatif sur l'ensemble des salles d'opération et un rapport de contrôle aérobiocontamination des salles propres et environnements maîtrisés en établissement de santé, un rapport sur la surveillance UMCA, calendrier du déploiement du logiciel PHARMA, etc.

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 pris en compte l'ensemble des constats du rapport de certification V2014 liés au dossier patient et notamment sur l'absence de formalisation des règles de gestion du dossier, sur la non sécurisation des données dans les lieux d'archivage des dossiers, sur le non-respect des délais règlementaire ou encore sur un problème de traçabilité dans le dossier. Il a identifié ses risques dans son compte qualité supplémentaire au regard de ces constats.
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 et d'évaluer la mise en œuvre de ces actions.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maitrise ?	OUI	Les niveaux de maîtrise sont cohérents avec le dispositif de maîtrise en place et prouve que l'établissement s'est saisi rapidement des problématiques. Dans le cas où il avait préalablement identifié un risque dans son premier compte qualité et indiqué un niveau de maitrise, aujourd'hui pour le même risque, il a réévalué son niveau de maitrise.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	Les écarts constatés lors de la visite font l'objet d'une intégration dans le compte qualité en tant que risques. Ces risques font l'objet d'une déclinaison en plan d'actions dont certaines sont finalisées.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	EN GRANDE PARTIE	<p>Les plans d'actions sont cohérents au regard des écarts soulevés par le rapport de certification. L'établissement est en cours de déploiement d'un dossier informatisé unique. Ce projet doit se finaliser au mois de novembre 2017. Aussi pour répondre aux risques liés à l'absence de formalisation de règles de gestion du dossier, l'établissement a mis en place un groupe de travail et a élaboré un guide sur l'utilisation du dossier patient définissant les règles de gestion et tenue du dossier. Ce guide n'est pas encore diffusé, il doit être intégré au logiciel de gestion documentaire (ENNOV) dans le courant du mois de mai 2017. Concernant la problématique de locaux d'archivage, la solution à court terme qu'a pris l'établissement, a été de sensibiliser les professionnels à la fermeture à clé des portes de salle de soins lesquelles sont entreposés les dossiers. A long terme, avec l'objectif de l'informatisation, l'action identifiée et non initiée à ce jour est de formaliser la procédure de gestion des accès au dossier patient informatisé par profil de métier. Par ailleurs, pour répondre aux risques liés à l'absence de traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge, l'établissement a informé les professionnels sur l'obligation de tracer et sur les risques engendrés. L'indicateur Tenue du Dossier Patient a évolué de façon positive depuis les deux derniers recueils et le déploiement de l'informatisation tend à réduire la perte d'information. Les dossiers psy sont désormais fondus dans le dossier informatisé unique. L'établissement souhaite mettre en place des audits trimestriels de contrôle à partir de juin 2017. Enfin, pour respecter les délais réglementaires des demandes d'accès du patient à son dossier, l'établissement a informatisé, dès le début de l'année 2016, le circuit de traitement interne des demandes de dossiers médicaux. Cela a permis de réduire les délais de gestion. Des échanges hebdomadaires sur le suivi des demandes sont réalisés et els secrétaires travaillent en étroite collaboration.</p>

Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les échéances sont définies et cohérentes avec les actions mises en place. Cependant, la majorité des actions en cours ne sont pas encore initiées.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	Des modalités de suivi sont systématiquement définies pour mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre.

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 indicateurs ainsi que les outils d'évaluation internes ont été renseignés de manière continue depuis la dernière visite de certification. De nouvelles données sont mentionnées, elles sont issues des évaluations des actions mises en œuvre suite au rapport de certification.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	EN GRANDE PARTIE	En attendant le déploiement de l'informatisation du dossier patient sur l'ensemble des secteurs, l'établissement a évalué les premières actions mises en place. Les résultats ont permis de mesurer leur efficacité. L'établissement a également fourni des documents de preuve comme le guide d'utilisation du dossier patient, le rapport d'activité de la CDU permettant de voir comment ils fonctionnent notamment sur le suivi des demandes de dossiers, etc.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE 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	L'établissement a pris en compte les constats du rapport de certification V2014 liés au management de la prise en charge médicamenteuse du patient et notamment sur les problématiques de médicaments à risque, de règles de prescription et de préparation des médicaments. Il a identifié ses risques dans son compte qualité supplémentaire au regard de ces constats et les a hiérarchisé en tenant compte de la qualification des écarts.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	L'établissement a actualisé son compte qualité. L'ensemble des risques liés aux constats du rapport de certification V2014 a été analysé et le choix des actions mises en œuvre est expliqué. En dehors de ces risques ciblés V2014, l'établissement a travaillé sur les autres risques qu'il avait identifié.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	Les niveaux de maîtrise sont cohérents avec le dispositif de maîtrise en place et prouve que l'établissement s'est rapidement saisi des problématiques. En effet, le niveau de maîtrise est de 2 pour les risques en lien direct avec les constats du rapport V2014. Les niveaux de maîtrise peuvent aller jusqu' à 3 ou 4 pour les risques identifiés en continue dans leur démarche. Le dispositif de maîtrise en place pour le risque ayant un niveau 4 est le recrutement d'un poste d'internet.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	Les écarts constatés lors de la visite font l'objet d'une intégration dans le compte qualité en tant que risques. Ces risques font l'objet d'une déclinaison en plan d'actions dont certaines sont finalisées.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	EN GRANDE PARTIE	<p>Les plans d'actions sont cohérents au regard des écarts soulevés par le rapport de certification. Aussi pour répondre aux risques liés à l'absence d'identification et de gestion des médicaments à risque, l'établissement a formalisé la liste des médicaments à risque et les précautions particulières. Cette liste a été validée par la SCOMEDIMS et diffusée à l'ensemble des professionnels. Une communication a été réalisée sur les médicaments à risque via les cadres et les IDE référents en janvier 2016 (action finalisée). Pour répondre aux risques liés à l'absence de procédure formalisant les règles de prescription sur format papier et en règle générale le non-respect des règles de prescriptions, l'établissement a établi une procédure et un mode opératoire sur les bonnes pratiques de prescription qu'il a diffusé dans ENNOV (gestion documentaire). L'établissement a fait l'acquisition du nouveau logiciel « PHARMA », qu'il déploie dans tous les services depuis avril 2017 jusqu'en septembre 2017. Ce logiciel permet d'avoir un support de prescription unique et surtout identique pour toutes les spécialités, de standardiser les prescriptions de sortie avec toutes les mentions réglementaires, alerte saisie de la voie d'administration, limiter la prescription hors livret, alerte pour la réévaluation des antibiotiques. En attendant, l'établissement a élaboré un formulaire en mode dégradé pour la prescription qui a été validé en mars 2017. Il a prévu d'intégrer la traçabilité de l'administration au document de la CPA (mode dégradé) fin en septembre 2017. L'établissement a également prévu des sessions de formation pour l'utilisation du logiciel, mais le plan d'action n'est pas indiqué dans le compte qualité. Aucune indication n'est apportée sur le début de ses formations et l'échéance. Par ailleurs, afin de pallier aux risques liés à l'absence de traçabilité de la réévaluation des prescriptions d'antibiotiques, l'établissement a déjà intégré dans le logiciel « PHARMA », l'alerte pour la réévaluation des prescriptions d'antibiotiques. Une sensibilisation des médecins en SCOMEDIMS et CME a été réalisée. En lien avec la prescription en pédiatrie, l'établissement a formé les professionnels (notamment sur la nécessité d'inscrire systématique du poids et</p>

		de la voie d'administration sur l'ordonnance) en décembre 2016 (action finalisée). En revanche, l'établissement n'a pas identifié de plans d'actions permettant de répondre au risque de non prise en compte du traitement personnel du patient, identifié dans le rapport V2014. Enfin, pour répondre aux risques liés au non-respect des bonnes pratiques de préparation des médicaments en néonatalogie, l'établissement a tout de suite installé des ordinateurs en néonatalogie dans le local dédié à la préparation des médicaments.
Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les échéances sont définies et cohérentes avec les actions mises en place. Les actions doivent être finalisées pour septembre 2017.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	EN GRANDE PARTIE	Des modalités de suivi sont majoritairement définies pour mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	EN GRANDE PARTIE	L'établissement a intégré des résultats d'évaluation qui font ressortir une dynamique comme le nombre de FEI, le nombre d'audits réalisés sur le circuit du médicament, le nombre de CREX médicamenteux ou encore le nombre de réunions du groupe PECM.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	PARTIELLEMENT	L'établissement a fourni des documents de preuve comme les règles de prescriptions formalisées, la procédure sur les bonnes pratiques d'administration des médicaments, le calendrier du déploiement du logiciel pharma, etc. En revanche, il n'y a pas encore de résultats d'évaluation permettant de démontrer une amélioration suite à la mise en place d'actions.