



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER
DE VERSAILLES -
HÔPITAL ANDRÉ MIGNOT**

**177 rue de Versailles
78150 LE CHESNAY**

JUILLET 2017

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	6
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT	7
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE	11

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

CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES	
Adresse	177 rue de Versailles
Département / région	78150 Le Chesnay
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Établissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
		RESEAU DE PROMOTION POUR LA SANTE MENTALE DANS LES YVELINES SUD	177 rue de versailles 78150 LE CHESNAY
Entité juridique	780110078	CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES	1 rue richaud 78011 Versailles
Etablissement de santé	780000345	CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES-HOPITAL RICHAUD	1 rue richaud 78011 Versailles
Etablissement de santé	780018289	CH DE VERSAILLES-CMP ADOLESCENTS	50 rue berthier 78000 Versailles
Etablissement de santé	780001749	CH DE VERSAILLES-CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE	3 PLACE DE LA MAIRIE 78190 Trappes
Etablissement de santé	780800256	CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES-HOPITAL ANDRE MIGNOT	177 rue de versailles 78157 Le Chesnay
Etablissement de santé	780800413	CH DE VERSAILLES-CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE 78 G 10	50 rue berthier 78000 Versailles
Etablissement de santé	780018339	CH DE VERSAILLES-CATTP	50 rue berthier 78000 VERSAILLES

Etablissement de santé	780022703	MAISON DESPAGNE- HOPITAL DE JOUR	50 rue berthier 78000 VERSAILLES
Etablissement de santé	780018248	CH DE VERSAILLES-CMP ENFANTS	50 rue berthier 78000 Versailles

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	115	/	15
MCO	Gyneco-Obstétrique	34	/	/
MCO	Médecine	323	23	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	45	8	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	/	/
SSR	SSR	37	8	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

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

Gestion du risque infectieux

Droits des patients

Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle

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 octobre 2018**.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
<p>Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?</p>	<p>OUI</p>	<p>L'établissement a pris en compte 7 risques dans son compte qualité supplémentaire en lien avec les écarts identifiés dans le rapport de certification qui concernent essentiellement la gestion des médicaments périmés, les conditions de préparation des produits médicamenteux, le respect des bonnes pratiques relatives à la sécurisation de l'administration des médicaments dans tous les secteurs d'activités du Centre Hospitalier de Versailles.</p> <p>Au niveau de la thématique Management de la Qualité et des Risques, l'établissement a mis à jour ses données notamment au niveau des actions conduites en lien avec la démarche qualité.</p>
<p>Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?</p>	<p>OUI</p>	<p>L'établissement a réalisé l'analyse des décisions pour tous les risques identifiés et s'est également appuyé sur des résultats des indicateurs.</p> <p>On retrouve des actions comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'existence d'un groupe de travail pluri-professionnel et pluridisciplinaire "circuit du médicament" orienté plus spécifiquement sur le suivi de la certification V2014 depuis 2015, - la sensibilisation des professionnels par le biais d'enquêtes ou d'audits, - l'organisation de CREX ou de RMM et d'actions de sensibilisation suite à des évènements indésirables liés au circuit du médicament, - la formation des médecins et des soignants lors de la mise en place du logiciel de prescription-administration, - la mise en place d'armoires sécurisées dans les services, (acquisition progressive

		<p>d'armoires notamment pour la réanimation et la pédiatrie),</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'édition des étiquettes informatisées pour les injectables sur l'ensemble des services informatisés, - et la réalisation d'une étude du réseau WIFI par une entreprise extérieure en 2016 et validation du projet d'amélioration du réseau WIFI.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	Les 7 risques identifiés par l'établissement sont maîtrisés et les actions d'amélioration proposées ont permis de réduire la fréquence du risque.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	<p>L'établissement a actualisé son plan d'actions au regard des risques identifiés.</p> <p>On retrouve notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la délocalisation en 2015 de l'accueil des patients de l'HDJ hématologie qui se faisait auparavant dans la salle de soins (Etude en cours sur l'ouverture des droits aux IDE au logiciel de programmation d'HDJ hématologie afin d'éviter qu'elles n'aient à contacter le bureau central des rendez-vous), - la préparation centralisée des anticancéreux dans des locaux conformes (finalisation de la mise en conformité des locaux en 2015), - la préparation des produits radio pharmaceutiques dans des locaux conformes, - la préparation magistrale des doses pédiatriques par les préparateurs en pharmacie, - le reconditionnement unitaire des flacons vrac et certaines spécialités pour la DJIN,

		<ul style="list-style-type: none"> - la réalisation d'un audit sur les préparations des injectables en novembre 2016, - la rédaction et diffusion d'une procédure sur la gestion des flacons multi doses en pédiatrie en septembre 2016.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	OUI	Le plan d'actions comporte des actions claires avec des objectifs identifiés. Différents responsables d'actions sont cités comme la Direction QUARIS, la pharmacie, la Direction des Soins.
Échéances définies et acceptables ?	EN GRANDE PARTIE	<p>Les échéances sont définies et sont acceptables. Les actions sont pour la plupart toutes en cours.</p> <p>On peut citer la poursuite de l'informatisation du circuit du médicament (secteur de chirurgie), le déploiement du logiciel des prescriptions dès l'UHCD pour les patients hospitalisés, la poursuite de la formation au risque d'erreurs médicamenteuses (intégré dans le plan de formation 2015),</p>
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	Les modalités de suivi des actions présentes dans le compte qualité supplémentaire concernant les risques en lien avec les écarts du rapport de certification, sont pertinentes et permettent d'appréhender le dispositif d'évaluation qui est déployé : taux de lits informatisés en MCO en 2016, le nombre de professionnels formés par an, le suivi des EI, le taux de lits bénéficiant des étiquettes informatisées pour les injectables, le taux de lits en délivrance journalière avec les armoires sécurisées,

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 a actualisé des données suite au rapport de certification. Il a mis à jour des indicateurs comme le nombre d'IDE formées à l'erreur médicamenteuse en MCO, SSR et Santé Mentale, le nombre de RMM et de CREX, des audits de préparation des injectables, la mise en place d'un Groupe de travail sur les « nevers events » et présentation des travaux en CME, des préparateurs et pharmaciens référents définis pour chaque service, une information faite aux internes chaque semestre, des contrats de service signés avec les services de soins et la diffusion des procédures liées au circuit du médicament via le site intranet (accessibles à tous).
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	OUI	La présence des résultats présentés montre une amélioration. Au travers des résultats déposés, l'établissement prouve qu'il est dans une dynamique d'amélioration du management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

4. 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 8 risques dans son compte qualité supplémentaire en lien avec les écarts identifiés dans le rapport de certification qui concernent essentiellement des problématiques de locaux et de circuits des patients pris en charge au bloc opératoire au Centre Hospitalier de Versailles. Au niveau de la thématique Management de la Qualité et des Risques, l'établissement a mis à jour ses données notamment au niveau des actions conduites en lien avec la démarche qualité.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	L'établissement a réalisé l'analyse des décisions pour tous les risques identifiés et s'est également appuyé sur des résultats d'indicateurs. L'établissement a engagé un plan de travaux de rénovation des locaux et prévoit également une autre organisation pour l'accueil des patients en secteur de chirurgie ambulatoire.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	Les 8 risques identifiés par l'établissement sont maîtrisés et les actions d'amélioration proposées ont permis de réduire la fréquence du risque.

5. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	<p>L'établissement a actualisé son plan d'action au regard des risques identifiés.</p> <p>On retrouve notamment des travaux engagés sur une salle (6) et un projet de poursuivre ses travaux de rénovation.</p>
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	EN GRANDE PARTIE	<p>Le plan d'actions comporte des actions claires avec des objectifs identifiés. Différents responsables d'actions sont cités comme le Directeur, le Directeur des travaux et le Président du Conseil de bloc et ses composantes.</p> <p>Un plan de travaux est établi pour l'amélioration de l'état des locaux au bloc opératoire allant jusqu'en 2020. La décision d'une rénovation progressive des blocs a été actée (en fonction des priorités définies) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en juillet 2015 : les sols accédant au bloc ont été refaits (après la finalisation des travaux de la réanimation au même étage) - en 2016 : la salle 5 a été rénovée (été 2016), le plafond de la salle 6 refait - en 2017 : rénovation de la salle 8 - à partir de 2018 : rénovation de 2 salles par an (salles 6 et 7). <p>Il est également prévu la rénovation de l'espace d'attente en même temps que le projet ambulatoire (travaux en 2017, ouverture en 2018) ainsi qu'une réorganisation afin de limiter les attentes au niveau du bloc.</p> <p>Concernant les mesures prises pour réduire le risque infectieux, les locaux ont été sécurisés pour les DASRI du bloc. (Fermeture à clé de la porte du local actuel - Pose d'un distributeur de SHA à l'entrée du local - Traçabilité du nettoyage du local - Rappel de la procédure au personnel concerné).</p>

Échéances définies et acceptables ?	PARTIELLEMENT	Les échéances sont définies et sont partiellement acceptables. Les actions sont pour la plupart toutes en cours en ce qui concerne la mise en conformité des locaux. Si un plan de travaux est bien indiqué dans le compte qualité supplémentaire, les délais de réalisation sont lointains (2018 et 2020).
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	Les modalités de suivi des actions présentes dans le compte qualité supplémentaire concernant les risques liés au rapport de certification sont pertinentes et permettent d'appréhender le dispositif d'évaluation qui est déployé.

6. 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 a actualisé des données suite au rapport de certification. Il a mis à jour des indicateurs comme le suivi du tonnage des DASRI, le suivi des AES pour le risque infectieux, le nombre de conseil de bloc restreint...
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	OUI	La présence des résultats déposés montre une amélioration. Au travers de ces résultats, l'établissement prouve qu'il est dans une dynamique d'amélioration du management de la prise en charge du patient au bloc opératoire.