



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION  
Centre Hospitalier de Decize**

74, route de Moulins – 58300 Décize

Février 2018

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION .....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE .....	7

# 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 Département / région	74, route de Moulins 58300 Décize Nièvre – Bourgogne Franche-Comté
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	5807800096	Centre Hospitalier de Décize	74, route de Moulins 58300 Décize Nièvre – Bourgogne Franche-Comté
Établissement principal	580972685		

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
MCO	Médecine	86	8	/
	Chirurgie	26	0	8
SSR	SSR Polyvalent	27	/	/

# 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,

## 2. Décisions

### RECOMMANDATION

- Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

## 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 octobre 2019.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

# Management de la prise en charge médicamenteuse

## 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 éléments de son rapport de certification pour identifier de nouveaux risques sur son circuit du médicament.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	La décision et les écarts mentionnés dans le rapport de certification ont été analysés et justifiés le choix des actions d'amélioration engagées. Ces risques ont été cotés en terme de fréquence et de gravité pour prioriser les actions à mettre en place.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	L'analyse réalisée par l'établissement permet de confirmer que les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise sont en cohérence.

## 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 défini, au regard des nouveaux risques identifiés, des plans d'action. Ces plans d'action précisent l'objectif, l'intitulé de l'action, le responsable, les échéances, les modalités de suivi et l'état d'avancement.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	L'établissement a identifié les médicaments à risque et formalisé une liste. Concernant les retranscriptions infirmières, en SSPI, un rappel de bonnes pratiques a été fait auprès des anesthésistes et un indicateur de suivi mis en place. En chirurgie, le chirurgien a été accompagné dans l'utilisation du logiciel par la référente « Dossier patient » au dernier

		trimestre 2016. Par ailleurs, un protocole a été rédigé et diffusé fin 2016. Un indicateur a également été mis en place. Pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse, l'établissement a acquis un reconditionneuse en juin 2017. Par ailleurs, l'établissement identifie désormais les piluliers et les injectables au nom du patient ; des actions avaient été entamées pendant la visite des experts-visiteurs. Début 2018, l'établissement prévoit de formaliser les modalités de dépannage avec la PUI du Centre Hospitalier de Nevers en dehors de heure d'ouverture de la PUI. Cette convention devrait être finalisée en mars 2018.
Échéances définies et acceptables ?	Oui	L'établissement a entamé, dès la fin de la visite, des actions visant à répondre aux risques les plus critiques identifiés par les experts-visiteurs. Les actions sont finalisées ou en cours et montrent déjà des améliorations.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Pour chaque action, l'établissement a identifié une modalité de suivi qui permet de suivre l'efficacité de l'action.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Partiellement	L'établissement n'a pas mis à jour les résultats d'évaluation dans son compte qualité. En effet, les résultats des indicateurs (retranscription, identification des piluliers et injectables, etc.) ne sont pas disponibles en tant que « Données » dans le compte qualité. Les seuls données disponibles sont les indicateurs du CBUM et le pourcentage d'EIAS déclarés/nombre d'EI. L'établissement a mis à jour les EPP : - Evaluation de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse - Evaluation du taux de retranscription des prescriptions médicales par les IADE en SSPI - Evaluation du taux de retranscription des prescriptions par les IDE en chirurgie.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	En grande partie	L'indicateur de suivi du taux de retranscriptions en SSPI permet d'attester d'une amélioration. Le taux moyen était de 12.5% en 2016, il tombe à 0% en 2017. Concernant la chirurgie, le taux de retranscription était de près de 52% en 2016, il tombe à près de 22% en 2017 attestant d'une amélioration des pratiques. Des actions sont en cours pour permettre de



		<p>poursuivre cette amélioration.</p> <p>Concernant l'identification des piluliers, en juillet 2017, 71% des services respectaient l'identification au nom du patient ; ainsi 81% des piluliers étaient identifiés correctement. Concernant l'identification des injectables, seuls 37% des injectables étaient identifiés au nom du patient, la majorité restant donc identifiée au numéro de chambre. Un rappel des bonnes pratiques a été réalisé et un second audit aura lieu en décembre 2017.</p>
--	--	---