



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE**

**11 Boulevard Ambroise Paré  
17108 Saintes, CHARENTE MARITIME**

**Mars 2018**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION .....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	7
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT .....	8
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

Raison sociale	
Adresse Département / région	11 Boulevard Ambroise Pare 17108, Saintes Charente Maritime
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	170780175	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE	11 Boulevard Ambroise Pare 17108, Saintes Charente Maritime
Établissement principal	170000103	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE	11 Boulevard Ambroise Pare 17108, Saintes Charente Maritime

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
MCO	Médecine	211	16	/
	Chirurgie	78	/	19
	Gynéco Obstétrique	32	/	/
SSR	SSR	30	4	/
Santé Mentale	Psychiatrie générale	52	15	/
	Psychiatrie infanto juvénile	5	34	/

SLD	SLD	45	/	/
HAD	HAD	14549 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,

## 2. Décisions

### RECOMMANDATION(S)

- 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 mai 2020.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

# 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 l'ensemble des constats du rapport de certification V2014 liés au management de la prise en charge médicamenteuse du patient et notamment sur la traçabilité de l'administration, les règles de prescriptions, la confidentialité des données du patient à travers le logiciel de prescription-administration, la formation et les erreurs médicamenteuses. 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) ?	EN GRANDE PARTIE	L'ensemble des risques liés aux constats du rapport de certification V2014 a été analysé et expliqué. Le choix des actions engagées est cohérent.
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.



## 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 beaucoup sont finalisées.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	EN GRANDE PARTIE	Les plans d'actions sont cohérents au regard des écarts soulevés par le rapport de certification. Aussi pour répondre aux risques liés au non-respect des règles de prescription et notamment le risque lié à la retranscription, l'établissement a informatisé la prescription/administration des secteurs d'activité comme l'USLD depuis décembre 2016, la chirurgie depuis janvier 2017 ou encore l'HMCJ pour faire cesser la retranscription depuis Avril 17. Ce déploiement de l'informatisation de la prescription-administration dans l'ensemble des secteurs permet également de répondre aux risques liés au non-respect de la traçabilité de l'administration. L'établissement attendait l'obtention du support unique de prescription/administration en HAD en décembre 2017. Concernant la confidentialité qui ne pouvait pas être assurée du fait du logiciel de prescription/administration, l'établissement a paramétré, en septembre 2017, la mise en veille automatique de l'écran au bout de 10 minutes avec la possibilité pour l'utilisateur de mettre en veille l'écran avant ce délai. Enfin, concernant le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses ainsi que les formations spécifiques à la prise en charge médicamenteuse, l'établissement a lancé une campagne institutionnelle de sensibilisation axée sur les erreurs médicamenteuses auprès de chaque service, mais aussi sur les événements indésirables en septembre 2017. Les professionnels ont également eu une information sur la fiche de déclaration des EI en juin 2017.
Échéances définies et acceptables ?	OUI	L'établissement a fait preuve d'anticipation. Il avait, dès la fin de la visite, commencé à travailler sur les problèmes identifiés par les experts. Les échéances sont définies et cohérentes avec les actions mises en place. La majorité des actions se finalise dans le courant de l'année 2018.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	EN GRANDE PARTIE	L'établissement a identifié les modalités de suivi pour la plupart des actions. Elles permettent ainsi de suivre l'avancée des travaux engagés et l'efficacité des actions menées.

### 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	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 de certaines évaluations des actions mises en œuvre suite au rapport de certification. L'établissement a mis en place un CREX médicaments en octobre 2017. Il a prévu d'auditer les dossiers en USIC, un jour donné, pour s'assurer de l'absence de retranscription de traitement sur la macro cible. Il n'a toutefois pas intégré de données ni de résultats d'audit sur la traçabilité de l'administration, ni sur le nombre de professionnels formés ou encore le nombre de FEI informatisées.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	PARTIELLEMENT	Les résultats des évaluations ne permettent pas encore de démontrer une amélioration.

# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

## 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 des risques dans son compte qualité supplémentaire au regard de ces constats (risques liés aux locaux et notamment liés à la porte d'accès des patients au bloc opératoire qui n'est pas fermée et permet un accès libre sans contrôle, risques liés au circuit et notamment liés au décartonnage se faisant dans l'enceinte du bloc opératoire et enfin les risques liés au non-respect du remplissage de la check list).
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	EN GRANDE PARTIE	L'ensemble des risques liés aux constats du rapport de certification V2014 a été analysé et expliqué. Le choix des actions engagées est cohérent.
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

## 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	Les plans d'actions sont actualisés au regard des risques qui ont été identifiés.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	EN GRANDE PARTIE	Les plans d'actions sont cohérents au regard des écarts soulevés par le rapport de certification. Tout d'abord, pour répondre aux risques liés aux locaux. L'établissement a installé un lecteur de badge avec restriction de personnel pouvant accéder au bloc pour sécuriser la porte d'accès en juillet 2017 et a installé une signalétique au niveau des portes du SAS octobre 2017. Concernant, les check-lists qui sont incomplètement remplies, ou signées par une partie seulement des intervenants, l'établissement a sensibilisé le personnel médical à l'utilisation de la check list. Une campagne de sensibilisation est à nouveau lancée et l'établissement suit de près l'indicateur sur le pourcentage de conformité de la check list. Par ailleurs, dès janvier 2017, l'établissement a totalement supprimé le décartonnage dans l'enceinte du bloc. Un état des besoins en termes de panières a été réalisé avec le chef de bloc et une armoire à pharmacie équipée de panières médimat devait être achetée. Enfin, pour répondre au risque lié au non-respect de la traçabilité du nombre de prélèvements histologiques récupérés par le coursier du laboratoire, l'établissement en visite avait rédigé une procédure relative à cette traçabilité et un audit a été réalisé en novembre 2017.
Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les échéances sont définies et courtes. De nombreuses actions sont finalisées sur les risques en lien avec les écarts mais aussi sur les autres risques.
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 ?	PARTIELLEMENT	Les données ont été actualisées depuis la première transmission du compte qualité. Toutefois, l'établissement n'a pas intégré de nouvelles données issues des évaluations des actions mises en œuvre suite au rapport de certification.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	NON	Aucun résultat ne permet de mesurer l'efficacité des actions mises en place.