



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC

**Avenue Winston Churchill
Bp 109
17500 Jonzac**

Juillet 2017

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	8
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT ».....	9
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »	13
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE ».....	17

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 JONZAC	
Adresse	Avenue Winston Churchill
Département / région	17500 Jonzac CHARENTE-MARITIME / POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN/AQUITAINE
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	170780050	CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC	Avenue Winston Churchill Bp 109 17503 Jonzac
Etablissement de santé	170017966	C. M. P. (CH JONZAC)	Rue Winston Churchill Centre hospitalier 17205 Royan
Etablissement de santé	170017982	APPART. RELAIS ROYAN (C.H. JONZAC)	3 rue amphitrite 17200 Royan
Etablissement de santé	170784847	CATTP - CAMPE - ACCUEIL EVEIL PARENTS ENFANTS LA LUCIOLE	1 avenue du nid d'aigle 17200 Royan
Etablissement de santé	170020960	CMP (CH JONZAC)	15 rue du maréchal Foch 17260 Gemozac
Etablissement de santé	170022735	CMP ARVERT	22 rue du bois du Rouilloux 17530 ARVERT
Etablissement de santé	170018030	C. M. P. (CH JONZAC)	17 route de Royan 17130 Montendre
Etablissement de santé	170020952	CENTRE DE SOINS AMBULATOIRES LA PASSERELLE	18 rue Felix Faure 17500 Jonzac

Etablissement de santé	170018006	C. M. P. (CH JONZAC)	17 rue de la Garenne 17500 Jonzac
Etablissement de santé	170017941	C. M. P. (CH JONZAC)	37 rue de la Seudre 17390 La Tremblade
Etablissement de santé	170020978	CMP (CH JONZAC)	1 route du chay 17600 Saujon
Etablissement de santé	170784839	C.A.M.P.E. + ACCUEIL EVEIL PARENTS ENFANTS LA LUCIOLE	R des poilus 17500 Jonzac
Etablissement de santé	170017933	C.M.P. - E.S.P.A.S. (CH JONZAC)	48 avenue de la grande conche 17200 Royan
Etablissement de santé	170783146	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE JONZAC	Rue Winston Churchill 17503 Jonzac
Etablissement de santé	170022743	CMP COZES	1 allée des soupirs 17120 COZES
Etablissement de santé	170019970	CDAG -CENTRE DEPISTAGE ET ANON GRAT	Rue Wilson Churchil 17503 JONZAC
Etablissement de santé	170020945	APPARTEMENT RELAIS ODYSSEE (CH JONZAC)	3 rue amphitrite 17200 Royan
Etablissement de santé	170018022	C.M.P. - C.A.M.P.E. (CH JONZAC)	17 rue nationale 17270 Montguyon
Etablissement de santé	170018014	C. M. P. (CH JONZAC)	37 rue Emile Combes 17800 Pons
Etablissement de santé	170018055	C.A.T.T.P. (CH JONZAC)	1 r du 8 mai 17500 Saint-Germain-De-Lusignan
Etablissement de santé	170000038	CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC	Avenue Winston Churchill Bp 109 17500 Jonzac

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	19	/	7
MCO	Médecine	65	4	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	84	43	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	15	/
SSR	SSR	50	5	/

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 prise en charge du patient en endoscopie
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
Parcours du patient
Dossier patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés

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 avril 2019.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

THÉMATIQUE « Management de la prise en charge médicamenteuse 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	Des risques sont identifiés sur toute la thématique de la prise en charge médicamenteuse. Tous les écarts du rapport de certification ont été pris en compte pour l'identification de nouveaux risques.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	Une analyse des causes et le choix des actions engagées sont décrits pour chaque risque en lien avec un écart.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Les dispositifs de maîtrise et les niveaux de maîtrise des risques ont été actualisés depuis la visite de certification et ce, en intégrant les actions d'amélioration finalisées.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	Le plan d'actions a été réactualisé depuis la visite initiale et les actions finalisées ont été identifiées en tant que tel.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	<p>La plupart des actions d'amélioration suivantes, en lien avec les écarts, sont réalisées ou en passe d'être finalisées :</p> <p><u>Intégration des actions dans le programme institutionnel :</u></p> <p>Depuis décembre 2015, le programme d'amélioration de l'établissement est informatisé avec intégration des plans d'actions assortis d'indicateurs et de calendrier au fur et à mesure.</p> <p><u>Médicaments à risques :</u></p> <p>La liste des médicaments à risques a été définie, validée par la CME, mise à disposition des professionnels sur l'intranet et les prescripteurs ont été sensibilisés lors de CME, du COPIL médicament et individuellement.</p> <p><u>Permanence pharmaceutique :</u></p> <p>En novembre 2015, en plus des dotations présentes dans les services, une armoire tampon a été installée au service des urgences après une évaluation des demandes en besoins urgents hors heures ouvrables de la pharmacie. Une procédure, en expliquant le recours à cette dotation, a été validée et diffusée aux professionnels. La sensibilisation des médecins lors d'une CME de juin 2016 sur l'évaluation du degré d'urgence des prescriptions le week-end a eu pour conséquence une forte diminution du nombre de prescriptions en cas d'urgence en dehors des horaires d'ouverture (passage de 155 en 2015 à 15 prescriptions en 2016). De ce fait, dans des cas très rares (médicament absent des armoires des services et de l'armoire tampon), l'administrateur de garde est appelé et contacte le pharmacien, seul habilité à entrer dans la PUI en dehors des horaires d'ouverture.</p> <p>Le Directeur de l'établissement a sollicité l'établissement support du GHT dans le but de formaliser une convention de prestation entre les 2 établissements afin d'assurer la fourniture</p>

		<p>de médicaments pour les besoins urgents en dehors des heures ouvrables de la pharmacie.</p> <p><u>Analyse pharmaceutique :</u></p> <p>Le nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique a légèrement augmenté en 2016 (+ 8% en 2016 : 60% pour les lits MCO et de 25% pour les lits totaux) et il est prévu qu'il continue sa progression en 2017 (+ 10% en 2017). Le nombre de lits et places MCO bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète suivent les objectifs du CBUM (458 en 2016).</p> <p><u>Informatisation HDJ chimiothérapie</u></p> <p>L'informatisation de la prise en charge du médicament de l'HDJ de chimiothérapie est effective. L'intégration des protocoles de chimiothérapie dans le logiciel de prescription qui est en cours depuis juillet 2016 est prévue jusqu'en décembre 2016.</p> <p><u>Déclaration des erreurs médicamenteuses :</u></p> <p>En juin 2016, des formations ont été réalisées concernant l'analyse des causes profondes des événements indésirables auprès des cadres, concernant la déclaration des événements indésirables graves auprès des médecins et cadres de santé. D'autres formations sont prévues auprès des paramédicaux.</p> <p><u>Il est prévu de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Automatiser la dispensation nominative journalière individualisée par l'achat de matériel de reconditionnement en décembre 2017. - Identifier dans le logiciel de prescription les fiches produits de la liste des médicaments à risque (en cours).
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Les échéances sont courtes et adaptées et la plus éloignée est en décembre 2017.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	En grande partie	Des modalités de suivi sont définies sur les actions finalisées (onglet vert) permettant de mesurer l'efficacité des actions mais peu sont identifiées dans le plan d'actions.

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 données ont été actualisées depuis la visite de certification d'octobre 2016 et en lien avec les écarts. Par contre, le nombre de déclarations d'erreurs médicamenteuses n'est pas précisé.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	En grande partie	Les résultats démontrent une amélioration concernant notamment : <ul style="list-style-type: none">- L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse qui est totale en MCO et donc en HDJ de chimiothérapie.- Le nombre de prescriptions en dehors des heures d'ouverture de la PUI a chuté (passage de 155 à 15).- En 2016, 48 déclarations ont été recensées sur le circuit du médicament dont 7 erreurs médicamenteuses. Par contre, on ne sait pas si le nombre d'erreurs médicamenteuses a augmenté ou pas.

THÉMATIQUE « Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire »

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	Des risques sont identifiés sur toute la thématique de la prise en charge du patient au bloc opératoire. Tous les écarts du rapport de certification ont été pris en compte pour l'identification de nouveaux risques.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	Une analyse des causes et le choix des actions engagées sont décrits pour chaque risque en lien avec un écart.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Les dispositifs de maîtrise et les niveaux de maîtrise des risques ont été actualisés depuis la visite de certification et ce, en intégrant les actions d'amélioration finalisées.

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	Le plan d'actions a été actualisé depuis la visite de certification d'octobre 2015 et avec des actions en lien avec les écarts du rapport. Les actions finalisées ont été déplacées dans l'onglet vert dédié. Certaines actions semblent finalisées dans les analyses écrites des risques ne sont pas retrouvées dans les actions finalisées et parfois sont encore dans le plan d'actions (ex : cas des travaux finalisés au bloc).
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	<p>La majorité des actions d'amélioration suivantes, en lien avec les écarts, sont finalisées :</p> <p><u>Respect des règles d'hygiène (changement de tenue et circuits) :</u></p> <p>Suite à l'audit de mars 2016, une sensibilisation des professionnels par l'EOHH sur le port des tenues lors des conseils de bloc et de chaque praticien par le médecin hygiéniste.</p> <p>Le passage au vestiaire central de l'hôpital est obligatoire avec port de tenues blanches puis des tenues spécifiques de couleurs différentes selon les services sont attribuées. Un accès différencié pour les professionnels du bloc et les intervenants extérieurs est identifié.</p> <p>L'entrée a été privatisée au bloc et la zone d'accès au bloc a été sécurisée par digicode. L'ouverture d'une porte permet de différencier les circuits logistiques et l'évacuation des DASRI et des déchets s'effectue par un circuit unique.</p> <p>En octobre 2016, une formation par un organisme externe a été réalisée sur la maîtrise du risque infectieux lié au bloc opératoire.</p> <p>En octobre 2016, les tuteurs étaient identifiés et les actions du déploiement du tutorat sont en cours (révision livret d'accueil ...).</p> <p><u>Utilisation check-list du bloc opératoire :</u></p>

		<p>Une évaluation de l'utilisation de la check-list a été réalisée auprès de tous les professionnels du bloc opératoire. Les résultats de l'utilisation de la check-list, réalisés en décembre 2015 et juillet 2016, sont globalement bons.</p> <p><u>Anticipation de la disponibilité des matériels :</u></p> <p>Le fichier de gestion du matériel du biomédical est partagé avec le responsable de bloc qui peut donc à présent disposer des fiches d'entretien et d'immobilisation du matériel.</p> <p><u>Déclaration des évènements indésirables :</u></p> <p>En avril 2016, une formation à la gestion des risques a été réalisée auprès de la direction qualité et de l'encadrement, elle aborde les risques a priori et a posteriori (évènements indésirables et RMM). En juin 2016, des formations ont été réalisées concernant l'analyse des causes profondes des évènements indésirables auprès des cadres, concernant la déclaration des évènements indésirables graves auprès des médecins et cadres de santé.</p> <p><u>Intégration du programme dans le système d'information du bloc :</u></p> <p>Le fichier du programme opératoire partagé a été complété et sécurisé en juin 2016 (écriture pour cadre de bloc et en lecture pour les services).</p> <p><u>Il est prévu :</u></p> <p>En décembre 2016, de réaliser un plan d'audit de la check-list et une sensibilisation des professionnels concernés sur les modalités de réalisation de la check-list.</p> <p>En 2017, de réaliser des ateliers gestion des risques et des formations à destination des professionnels, en complément des formations de juin 2016.</p> <p>En avril 2017, d'intégrer ces nouvelles organisations du bloc dans la charte de bloc, la formalisation des pratiques professionnelles relatives aux circuits logistiques, la formalisation de la procédure de bionettoyage des matériels biomédicaux introduits en salle d'intervention et l'amélioration de la signalétique (les affiches sont créées).</p> <p>En octobre 2017, de mobiliser les professionnels, de réviser le livret d'accueil, de réaliser des analyses de pratiques, de mettre en place des évaluations des pratiques professionnelles</p>
--	--	--

		ciblées. Converger les systèmes d'information à l'horizon 2020, dans le cadre du GHT, impose à l'établissement de reconsidérer son plan d'investissement dans le système d'information.
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Les échéances sont courtes et adaptées.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Partiellement	De rares modalités de suivi sont définies sur les actions finalisées (onglet vert) permettant de mesurer l'efficacité des actions mais aucune sont identifiées dans le plan d'actions.

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, elles sont en lien avec les écarts du rapport.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Oui	Des résultats montrent des améliorations ou un maintien des bonnes pratiques comme : le conseil de bloc se réunit régulièrement depuis 2013, le nombre d'évènements indésirables déclarés bloc-anesthésie augmente, les résultats de l'utilisation de la check-list, réalisés en décembre 2015 et juillet 2016, sont globalement bons (non précisés dans les données mais joints en éléments de preuve car non validés en institutionnel). Suite au lancement de l'EPP sur les circuits et la tenue du personnel au bloc opératoire en mars 2016, un plan d'action est en cours de mise en place et de nouveaux audits sont programmés.

THÉMATIQUE « Management de la prise en charge du patient en endoscopie »

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	Des risques sont identifiés sur toute la thématique de la prise en charge du patient en endoscopie. Tous les écarts du rapport de certification ont été pris en compte pour l'identification de nouveaux risques.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	Une analyse des causes et le choix des actions engagées sont décrits pour chaque risque en lien avec un écart.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Les dispositifs de maîtrise et les niveaux de maîtrise des risques ont été actualisés depuis la visite de certification et ce, en intégrant les actions d'amélioration finalisées.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	Le plan d'actions a été réactualisé depuis la visite initiale et les actions finalisées ont été identifiés en tant que tel.
Cohérence et déploiement du plan	En grande partie	La plupart des actions, en lien avec des écarts, sont finalisées ou en passe de l'être :

d'actions ?		<p>En octobre 2016, la cartographie a été révisée pour intégrer les risques en amont et en aval de la prise en charge. A cette même date, le plan d'actions associé à cette cartographie a été intégré dans le programme d'amélioration de l'établissement.</p> <p>En juin 2016, des formations ont été réalisées concernant l'analyse des causes profondes des événements indésirables auprès des cadres, concernant la déclaration des événements indésirables graves auprès des médecins et cadres de santé.</p> <p>La procédure présentant les modalités de prise en charge du patient au bloc endoscopique a été complétée concerne les patients venant de l'hôpital de jour et les patients hospitalisés dans les services de l'établissement et nécessitant une endoscopie.</p> <p><u>Il est prévu en décembre 2016 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2017, la réalisation d'ateliers gestion des risques et des formations à destination des professionnels en complément des formations de juin 2016 ainsi que la mise en place de CREX. - En décembre 2016, la rédaction des protocoles de prise en charge médicale et soignante sur les différents actes endoscopiques. - En décembre 2016, la réalisation d'un plan d'audits / EPP.
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Les échéances sont courtes et adaptées.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Partiellement	Les modalités de suivi sont peu précisées.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Partiellement	La seule donnée présente (nombre d'évènements indésirables) a été actualisée et est en lien avec un écart.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Partiellement	<p>En dehors du nombre d'évènements indésirables, aucune autre donnée n'est précisée par l'établissement. Ce nombre sur toute l'année 2016 sera en augmentation par rapport aux années précédentes (nombre jusqu'en septembre 2016 déjà supérieur ou égale aux années précédentes).</p> <p>Le plan d'audit et d'évaluation prévu en décembre 2016 comprend pour 2017 l'audit de la check-list en endoscopie, un audit annuel du processus, un programme d'EPP (une EPP en cours sur la préparation colique), le suivi des évènements indésirables et leur analyse en CREX ainsi que l'évaluation du programme d'amélioration. Les résultats de ces évaluations seront suivis par le COPIL Qualité Sécurité des Soins, le Conseil de Bloc et communiqués en CME, Conseils de pôle et à la CDU.</p>