



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION  
HÔPITAL DE CREPY EN VALOIS**

**16, rue Saint Lazare  
60800 CREPY EN VALOIS**

**DÉCEMBRE 2018**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
DROITS DES PATIENTS .....	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

HOPITAL DE CREPY EN VALOIS	
Adresse	16, rue saint lazare
Département / région	60800 CREPY EN VALOIS OISE / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Hôpital Local

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS2128	GCS PHARE	Chu de d'amiens Place victor pauchet 80054 AMIENS
Entité Juridique	600100085	HOPITAL DE CREPY EN VALOIS	16 rue saint lazare Bp 336 60800 CREPY EN VALOIS
Etablissement de santé	600107890	HL CREPY EN VALOIS - SLD	16 rue saint lazare Bp 336 60800 CREPY EN VALOIS
Etablissement de santé	600000020	HOPITAL DE CREPY EN VALOIS -SSR	16 rue saint lazare Bp 336 60800 CREPY EN VALOIS

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
SSR	SSR	30	/	/
SLD	SLD	30	/	/

# 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.

## **2. Suivi de la décision**

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé au plus tard le 31 mai 2019.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

# DROITS DES PATIENTS

## 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'Hôpital de Crepy en Valois a pris en compte les éléments du rapport de certification V2014 pour mettre à jour l'identification de ses risques concernant la thématique « Droits des patients ». Les risques de l'établissement ont été mis à jour et intègrent des actions correctives.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	L'établissement a réalisé une analyse des causes dans le Compte Qualité Supplémentaire et explique le choix des différentes actions engagées.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	Les niveaux de maîtrise des risques sont exprimés pour l'ensemble des risques identifiés. Les dispositifs de maîtrise sont renseignés. Ils sont cohérents avec les niveaux de maîtrise affichés par l'établissement.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	OUI	Depuis la visite initiale V2014, le plan d'actions a été actualisé au regard des risques hiérarchisés. Les plans d'actions comportent des actions qui permettent de répondre aux écarts relevés dans le rapport de certification V2014 et en lien avec les risques.

<p>Cohérence et déploiement du plan d'actions ?</p>	<p>EN GRANDE PARTIE</p>	<p>Les actions et les objectifs décrits sont clairs, les responsables désignés. Concernant le respect de l'intimité des patients, un certain nombre d'éléments en lien avec l'intimité des patients n'était pas tracé dans le dossier patient (ouverture porte de la chambre, nom sur la porte). Afin de tracer ces informations, qui étaient recueillies oralement au sein des services, des modifications du formulaire « macro-cible d'entrée » ont été apportées pour ajouter les deux items manquants :- « Le patient accepte-t-il que la porte de sa chambre reste ouverte ? Le résident accepte-t-il que son nom figure sur la porte de sa chambre ? »</p> <p>Les résultats des deux audits de traçabilité réalisés en 2018 montrent que les professionnels commencent à s'approprier ces deux nouveaux items bien qu'ils ne soient pas encore systématiquement remplis.</p> <p>Concernant l'amélioration des conditions d'hébergement (salle de bain en USLD), une réflexion a été menée afin d'améliorer l'intimité des patients lors des baigns. Le service possède deux salles de bain. Il a été décidé de dédier une salle de bain uniquement à cette fonction et de transformer la deuxième en local de stockage. Ce changement sera effectif en décembre 2018.</p> <p>Concernant l'absence de formalisation du projet thérapeutique dans le service de SSR, l'établissement a mis en place une nouvelle trame de projet thérapeutique. Celle-ci est remplie lors de chaque staff.</p> <p>Enfin, concernant le non-respect des bonnes pratiques de contention au sein des services de SSR et USLD, la CME s'est emparée de la problématique en déterminant une stratégie d'amélioration du recours à la contention physique passive. Plusieurs objectifs sont poursuivis : améliorer la pertinence du recours à la contention, sensibiliser les professionnels, mieux informer les patients sur la contention.</p> <p>Plusieurs actions ont déjà été mises en œuvre : modification du formulaire de prescription contention informatisé, informatisation de toutes les prescriptions de contention, mise en place de groupes de travail dans les services sur le sujet de la contention, construction d'un guide de bonnes pratiques de la contention physique passive à destination des professionnels, révision du protocole mise en place et levée des contentions physiques passives, création d'un formulaire de refus de la contention et création d'un triptyque d'information à destination des patients et de leur entourage. Il reste à diffuser le guide et le triptyque créés (échéance prévue : Novembre 2018).</p>
---	-------------------------	---



Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les échéances définies pour la mise en œuvre des actions sont acceptables. Les écarts les plus significatifs sont couverts par des actions finalisées. Les actions « en cours » de mise en œuvre au moment de l'envoi du compte qualité supplémentaire ont toutes une échéance prévisionnelle de réalisation.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	Les modalités de suivi des actions planifiées sont systématiquement renseignées pour l'ensemble des actions. Elles correspondent pour certaines à une modalité « effective » de mise en œuvre (exemples : Triptyque. Compte rendu CME, Protocole contention formalisé; Affectation des locaux). Les autres modalités de suivi sont « chiffrables » par le biais d'un indicateur (résultat indicateurs IPAQSS, résultat audit de traçabilité dossier). On retrouve un lien systématiquement entre ces modalités de suivi et la rubrique « Données » du compte qualité supplémentaire.

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

Axes d'analyse	REPONSE	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	OUI	La partie « données » du compte qualité supplémentaire a été actualisée au regard des écarts relevés dans le rapport de certification, les indicateurs renseignés sont cohérents. De nombreuses données relatives aux informations données aux patients et à leurs satisfactions ont été analysées.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	OUI	Les résultats issus des analyses font ressortir une amélioration des pratiques. Concernant le respect de l'intimité et de la dignité, le taux de traçabilité de l'accord du résident à l'affichage de son nom sur la porte de la chambre est de 76 % en SLD. Le taux de traçabilité de l'accord du patient à l'ouverture de sa porte de chambre est de 64% en SSR et de 76% en SLD - Octobre 2018). Les résultats des questionnaires de satisfaction patients font apparaître des résultats satisfaisants concernant l'information qui leur est donnée pendant le séjour sur la prise en charge (80% en SSR - Décembre 2017).

		<p>Concernant l'adhésion du patient à son projet thérapeutique, le taux de traçabilité de retrouvé dans le dossier est de 93% en SSR (octobre 2018). Plusieurs audits de traçabilité ont été réalisés afin de vérifier le remplissage du nouvel outil mis en place. En octobre 2018, 90% des patients concernés avaient un projet thérapeutique rempli et on retrouvait la traçabilité de la participation des patients à hauteur de 93%. Concernant les bonnes pratiques de contentions, plusieurs audits ont été réalisés. On observe que l'ensemble des prescriptions de contention sont désormais informatisées. Les contentions papier ont été supprimées des services. Le recours à la contention est en diminution dans les services. Par ailleurs, on retrouve dans la majorité des dossiers, la traçabilité de l'accord du patient à la mise en place d'une contention. Le taux de contention physique passive a diminué passant de 48% à 20% entre juillet et octobre 2018.</p>
--	--	---