



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT

Domaine des rebatieres

Bp 16

26760 Monteleger

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	4
PRESENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	6
PARCOURS DU PATIENT.....	7
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT.....	10

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 d'amélioration. Cette analyse porte sur l'ensemble des obligations 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	Domaine des rebatieres 26760 Monteleger DROME / RHONE-ALPES
Statut	CHS / EPSM
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINES	Nom de l'établissement	Adresse
Entité Juridique	260003264	CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT	Domaine des rebatieres Bp 16 26760 Monteleger
Établissement principal	260017728	CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT – SITE MONTELIMAR	Quartier beusseret Route du crest bp 249 26200 MONTELIMAR
Etablissement de santé	260010012	USLD CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT	Domaine des rebatieres C.h.s. le valmont 26760 Monteleger

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de places	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
Santé mentale	Psychiatrie générale	46	211	/
Santé mentale	Psychiatrie infantojuvénile	/	26	/
SLD	SLD	/	33	/

**DÉCISION
DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

PRESENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

PARCOURS 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	Le CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT a pris en compte les éléments du rapport de certification V2014 pour actualiser ses risques dans son Compte Qualité Supplémentaire. Les risques de l'établissement ont été mis à jour et intègre des actions correctives. De nouveaux risques ont été identifiés.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	Les risques intégrés dans le compte qualité supplémentaire font l'objet d'une analyse de résultats, qui permet d'expliquer les choix de l'établissement des actions mise en place pour les risques retenus.
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 définis 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 la formation des professionnels à la prise en charge des urgences vitales, l'établissement a mis en place une formation en interne supplémentaire sur les « gestes d'urgence et la prise en charge des urgences vitales » Cette formation est présente au plan de formation annuel depuis 2016 en complément de la formation AFGSU. 12 agents ont été formés en 2016, 15 personnes sont inscrites en 2017.</p> <p>Concernant les fiches de postes des cadres supérieurs de santé affectés au pilotage d'un pôle clinique, celles-ci ont fait l'objet d'une réactualisation intégrant les différents aspects des missions inhérentes à ce poste. La fiche de missions des chefs de pôle est actualisée, intégrant les objectifs contractualisés dans les contrats de pôle.</p> <p>Concernant l'hospitalisation systématique des détenus en chambre d'isolement ayant fait l'objet d'un écart lors de la visite, une réflexion s'est engagée dans l'établissement et le protocole « d'admission des détenus » a été modifié. Comme pour tous les autres patients la mise en chambre d'isolement n'est pas systématique et reste liée à une décision médicale. Ils peuvent bénéficier dans les unités fermées des activités thérapeutiques sur prescription médicale.</p> <p>Concernant l'évaluation initiale du patient et son volet somatique, l'établissement a mis en place des actions d'amélioration : renforcement de l'équipe de médecins somaticiens au sein de l'établissement permettant une meilleure prise en compte des comorbidités somatiques. ; mise en œuvre du protocole de "Prise en charge somatique des patients hospitalisés à temps complet" depuis 2016 ; mise en œuvre d'une EPP sur la réalisation de l'examen somatique d'entrée.</p> <p>Concernant la formalisation d'un projet de soins personnalisé, l'établissement a mis en place un audit dans le cadre d'une EPP avec objectif d'harmoniser la formalisation et la traçabilité du projet de soins personnalisé. L'audit a mis en évidence la multiplicité des onglets (anamnèse, synthèse et projet de soins) dans le DPI, ne permettant pas une lisibilité claire du projet de soins personnalisé. Un groupe de travail pluriprofessionnel a élaboré une trame de projet de soins personnalisé afin d'harmoniser les pratiques. Cette trame a été mise en test sur une unité de soins. Celle- sera intégrée dans le DPI fin 2017.</p> <p>Dans chaque unité de soins, une réunion clinique hebdomadaire a été mise en place. Le projet de soins personnalisé sera formalisé à l'aide de l'outil méthodologique élaboré en groupe de travail. Un tableau de bord permettant le suivi des réunions sera mis en place. Une formation au projet de soins personnalisé est inscrite au plan de formation institutionnel de 2018. Cette action de formation sera poursuivie sur les années à venir.</p> <p>Concernant le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, une organisation avec les secrétariats a été définie pour permettre de contrôler le délai. Des champs de fusion ont été créés pour faciliter sa rédaction.</p>
---	-------------------------	--

Échéances définies et acceptables ?	OUI	Les échéances définies pour la mise en œuvre des actions sont acceptables. Les différentes actions sont « en cours » au moment de l'envoi du compte qualité supplémentaire avec des échéances de réalisation prévues à la fin du 1 ^{er} semestre 2018.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	L'établissement a identifié des modalités de suivi permettant de mesurer l'efficacité des actions en lien avec les risques identifiés.

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

Axes d'analyse	Réponse	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. L'établissement recueille les indicateurs IPAQSS 2016. Plusieurs EPP sont réalisées par l'établissement : EPP « Audit sur le projet de soins personnalisé Adulte », EPP « Audit sur la conformité de la mise en chambre d'isolement » Etape 3 ; EPP « Réalisation et traçabilité de l'examen somatique dans les 24h suivant l'entrée » Etape 4.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	EN GRANDE PARTIE	Les nombreux indicateurs mis en place par l'établissement sur la thématique « Parcours » permettent d'attester d'une amélioration effective des pratiques (nombre d'isolement sans décision médicale : 0 en 2017 ; nombre de personnes formées à la prévention du risque suicidaire, Nombre d'agents formés aux gestes d'urgence et à la prise en charge des urgences vitales, nombre de suicide en intrahospitalier; taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions : 100% ; IPAQSS 2016 : Conformité de la rédaction du traitement de sortie : 98%). Néanmoins, les résultats des audits réalisés montrent qu'il subsiste des marges d'amélioration : audit mai 2016 sur la traçabilité de l'examen somatique d'entrée : 17%, 2ème audit août 2017 : 53% ; IPAQSS 2016 sur la présence des traitements médicamenteux dans le dossier: malgré une augmentation, le résultat de 2016 est à améliorer, sur la présence des antécédents somatiques, les résultats restent à améliorer ; 71 % des courriers de fin d'hospitalisations sont retrouvés dans les dossiers en 2017 au lieu de 41 % en 2014.

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	Le CENTRE HOSPITALIER LE VALMONT a pris en compte les éléments du rapport de certification V2014 pour actualiser ses risques dans son Compte Qualité Supplémentaire. Les risques de l'établissement ont été mis à jour et intègre des actions correctives. De nouveaux risques ont été identifiés.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	Les risques intégrés dans le compte qualité supplémentaire font l'objet d'une analyse de résultats, qui permet d'expliquer les choix de l'établissement des actions mise en place pour les risques retenus.
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 définis 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.

Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	OUI	<p>Les actions et les objectifs décrits sont clairs, les responsables désignés. Concernant la sécurisation du stockage des médicaments, l'établissement a mis en place plusieurs actions : L'étiquetage réglementaire dans les armoires à pharmacie est effective. Une solution technique a été trouvée. Des moyens ont été mis à disposition permettant d'assurer la sécurisation des médicaments dans les armoires à pharmacie (réparations des 3 armoires à pharmacie effectuées). Le protocole de suivi des températures et de secours en cas de panne des équipements de stockage des médicaments thermosensible a été mis à jour (mars 2016), afin d'assurer la sécurisation du stockage de ce type de médicaments. Le protocole stipule clairement le relevé journalier manuel systématique des températures des équipements de stockage. Le suivi des feuilles de traçabilité par les structures extra-hospitalière et pour les sites distants est assuré par la pharmacie. L'établissement a équipé 14 services d'une sonde permettant le relevé manuel des températures des réfrigérateurs de soins.</p> <p>Concernant le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses, l'établissement a mis en place la formation des professionnels (formation action auprès des équipes de soins dans les unités sur l'erreur médicamenteuses et sur la nécessité de déclarer ces événements). Cette formation action a concerné 55 agents. Elle est désormais intégrée au plan de formation et prévue annuellement. Un CREX pluriprofessionnel a été réalisé fin 2016, 2 en 2017. Le CREX se réunit tous les mois depuis avril 2017. Le nombre de signalement d'EIM est en augmentation.</p> <p>Concernant la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier, la validation de l'administration infirmière est informatisée dans le DPI. L'établissement a mis en place des actions de sensibilisation et de formation depuis septembre 2016 en détachant un IDE sur une mission de référent métier dossier patient. Un tableau de bord accessible à l'ensemble de l'encadrement sur le suivi de la traçabilité de l'administration médicamenteuse est en place pour tous les services. Il permet la visualisation et le suivi de cet indicateur par les cadres. La possibilité de la validation globale des traitements pour l'unité a été supprimée dans le logiciel (information par note de service en janvier 2016).</p>
Échéances définies et acceptables ?	OUI	<p>Les échéances définies pour la mise en œuvre des actions sont acceptables. Les différentes actions sont en grande partie finalisées. Une action est « en cours » de mise en œuvre au moment de l'envoi du CQS concernant la conciliation médicamenteuse, avec une échéance de réalisation prévue à la fin de l'année 2017.</p>
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	<p>L'établissement a identifié des modalités de suivi permettant de mesurer l'efficacité des actions en lien avec les risques identifiés.</p>

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

Axes d'analyse	Réponse	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. L'établissement recueille les indicateurs IPAQSS 2016. Une EPP « Conformité à l'administration des médicaments » est à l'étape 4, une autre relative à l' « Analyse des Prescriptions Potentiellement Inappropriées Chez la Personne Agée. » est à l'étape 3.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	OUI	Les nombreux indicateurs mis en place par l'établissement sur la thématique « Management de la prise en charge médicamenteuse » permettent d'attester de l'amélioration effective des pratiques (taux de médicaments non identifiables retrouvés lors des visites annuelles des armoires à pharmacie : 4% en 2017 ; taux de traçabilité de l'administration des médicaments : 70% en Aout 2017 (contre 64% en 2016) ; Taux de conformité des fiches de traçabilité : 95% ; Taux de séjour disposant de prescriptions de médicaments informatisées : 100% ; IPAQSS de 2016 (Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation : 100%))