



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON**

**1 route de Chateau
45400 FLEURY-LES-AUBRAIS**

Décembre 2017

SOMMAIRE

| | |
|--|---|
| SOMMAIRE | 2 |
| INTRODUCTION..... | 3 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT..... | 4 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE..... | 6 |
| THÉMATIQUE «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

| CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON | |
|--|------------------------------------|
| Adresse | 1 route de Chanteau |
| Département / région | 45400 Fleury-Les-Aubrais LOIRET |
| 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 | 450002423 | CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON | 1 route de Chanteau 45400 Fleury-Les-Aubrais |
| Établissement principal | 450000930 | CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL GEORGES DAUMEZON | 1 route de Chanteau 45400 Fleury-Les-Aubrais |

| Activités | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------|----------------------------------|
| Type de Prise en charge | Activités | Nombre de places | Nombre de lits d'hospitalisation |
| Santé mentale | Psychiatrie générale | 194 | 241 |
| Santé Mentale | Psychiatrie infanto-juvénile | 43 | 6 |

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

Parcours du patient

Dossier patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

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 août 2019.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

THÉMATIQUE «Droits des Patients»

1. Engagement et pilotage

| Axes d'analyse | Réponse | Constat |
|--|---------|--|
| Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ? | Oui | <p>L'établissement a pris en compte l'ensemble des constats du rapport de certification V2014 lié aux droits des patients.</p> <p>L'établissement a identifié ses risques dans son compte qualité supplémentaire au regard de ces constats, notamment le dispositif d'hospitalisation sans consentement (non-respect des libertés individuelles concernant le recours à l'isolement), les modalités spécifiques de signalement des cas de maltraitance ainsi que le non-respect de la dignité et de l'intimité du patient.</p> |
| Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ? | Oui | <p>L'établissement a également priorisé ses risques au regard de la qualification des écarts (non-conformité et point sensible).</p> <p>L'ensemble des risques liés aux constats du rapport de certification V2014 a été analysé et expliqué. Les évaluations que l'établissement réalise sont également rattachées aux différents risques dans le but d'appuyer leurs constats et d'évaluer la mise en œuvre de ces actions.</p> |
| Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ? | Oui | <p>Les niveaux de maîtrise sont cohérents avec le dispositif de maîtrise en place et prouve que l'établissement s'est saisi rapidement des problématiques.</p> |

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

| Axes d'analyse | Réponse | Constat |
|---|------------------|---|
| Actualisation du plan d'actions suite au rapport de certification ? | Oui | <p>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 la plupart sont finalisées.</p> <p>Les plans d'actions ont été actualisés et les échéances sont pour certaines postérieures à la visite de certification.</p> |
| Cohérence et déploiement du plan d'actions ? | En grande partie | <p>Pour répondre à la problématique, l'établissement a actualisé les plans d'actions au regard des risques. Certains plans d'actions sont finalisés, d'autres sont en cours.</p> <p><u>Dispositif d'hospitalisation sans consentement et organisation et pratiques respectant les libertés individuelles :</u></p> <p>Les actions suivantes sont finalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - améliorer la pratique de l'isolement et de contention - Suivre et évaluer les pratiques de MCI et de contention conformément à la loi du 26 janvier 2016 - Garantir le respect des principes de surveillance liés aux restrictions de liberté d'aller et venir - réaliser un état des lieux sur les pratiques relatives à la gestion des biens et des valeurs des patients <p>Les actions planifiées et non finalisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - informatiser le registre d'isolement et de contention extrait du dossier patient informatisé : échéance septembre 2017 - Systématiser la prescription médicale des restrictions de liberté des patients d'aller et venir (Module consigne médicale dans le DPI redéfini en terme de restriction de liberté) : échéance septembre 2017 - Analyser annuellement les indicateurs de suivi des pratiques d'isolement et de contention au niveau de l'établissement et au |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>niveau des pôles : échéance janvier 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir un cahier des charges définissant les critères de construction et d'aménagement des chambres d'isolement et de mise à disposition du matériel/équipement améliorant la dignité, l'intimité et la sécurité du patient : échéance juin 2017. <p><u>Modalités spécifiques de signalement des cas de maltraitance :</u></p> <p>Les actions suivantes sont finalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le traitement des situations de viol ou tentative de viol - Mettre en place un dispositif spécifique de déclaration et de traitement des situations de maltraitance - Améliorer le respect de l'intimité du patient et sa dignité lors de son parcours en Unité HTC - Promouvoir la bientraitance et prévenir les actes de maltraitance - mise en place du registre d'isolement sous forme papier par l'établissement en novembre 2016 répondant ainsi aux exigences réglementaires. <p>Les actions planifiées et non finalisées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontrer les équipes pour leur communiquer la procédure, informer de la mise en ligne de la FEI spécifique maltraitance et pour échanger sur ce thème : échéance juin 2017. <p><u>Dispositif permettant de garantir les conditions d'hébergement le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédiger un guide de bonnes pratiques pour respecter l'intimité et la dignité du patient à partir des moments sensibles identifiés par le groupe (réalisé en Juin 2017) - Communiquer auprès des équipes d'hospitalisation à temps complet sur ce guide (réalisé courant 1^{er} septembre 2017) <p>Définir un cahier des charges définissant les critères de construction et d'aménagement des chambres d'isolement et de mise à disposition du matériel/équipement améliorant la dignité, l'intimité et la sécurité du patient (réalisé en Juin 2017)</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|------------------|---|
| Échéances définies et acceptables ? | Oui | <p>Les échéances des actions ont été définies et sont acceptables.</p> <p>Elles sont fixées entre mars 2017 et mars 2018.</p> |
| Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ? | En grande partie | Des modalités de suivi sont systématiquement 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 | <p>Quelques indicateurs ainsi que des outils d'évaluation internes ont été renseignés depuis la dernière visite de certification.</p> <p>De nouvelles données sont mentionnées pour quelques risques identifiés, elles sont issues des évaluations des actions mises en œuvre suite au rapport de certification.</p> <p>Il reste à l'établissement à renforcer cette partie de son compte qualité en présentant notamment les résultats des évaluations menées et permettant d'apprécier le respect des droits des patients.</p> |
| Présence de résultats démontrant une amélioration ? | Partiellement | <p>L'établissement a réalisé le recueil des indicateurs IQSS Nationaux.</p> <p>En février 2016, l'établissement a réalisé un audit dans les unités d'hospitalisation à temps complet.</p> <p>Le pourcentage de soins réalisés dans la salle de soin est de 100%.</p> <p>Le nombre de FEI relatives à des incidents liés à la mise en chambre d'isolement en hospitalisation complète est de 5.</p> <p>Il n'est pas retrouvé d'audit concernant le pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement.</p> <p>Il en est de même concernant la durée moyenne des mesures d'isolement et du nombre de patients mis en chambre d'isolement.</p> |