



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION
CENTRE CHIRURGICAL DE CHANTILLY
CENTRE MÉDICO CHIRURGICAL DES
JOCKEYS**

12, avenue du Général Leclerc

60631 CHANTILLY

JUILLET 2019

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	5
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES	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

Raison sociale	
Adresse	12, avenue du Général Leclerc – 60631 Chantilly
Département / région	Oise – Hauts-de-France
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité Juridique	600010854	SAS Centre Chirurgical de Chantilly	12, avenue du Général Leclerc – 60631 Chantilly
Établissement principal	600010862	Centre Chirurgical de Chantilly	
Entité Juridique	600106629	Centre Médico-Chirurgical des Jockeys	
Établissement principal	600100168		

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
MCO	Médecine	35	23	/
	Chirurgie	51	/	26
	Chirurgie esthétique	/	/	/

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 recommandation d'amélioration.

2. Décision

RECOMMANDATION D'AMELIORATION

Management de la qualité et des risques

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 septembre 2021.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES

1. Engagement et pilotage

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans l'engagement de la Gouvernance ?	Oui	<p>L'établissement a pris en compte les éléments de son rapport de certification. Les conclusions ont été présentées au COPIL Qualité et en CME. L'objectif était d'établir et de faire valider un plan d'amélioration qualité sur les axes d'amélioration soulevés dans le rapport. Les principaux axes d'amélioration définis par l'établissement ont porté :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sur le souhait de faire évoluer les professionnels vers un renforcement de la culture Qualité et Gestion des Risques ○ Sur l'organisation de la démarche qualité pour établir et mettre à jour le Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). <p>Conformément au calendrier fixé en novembre 2018, la CME de mars 2019 a validé le PAQSS 2019 visant deux priorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la poursuite des actions d'amélioration pour le processus Qualité et Gestion des risques ○ le pilotage du Dossier Patient et notamment la réalisation de la Lettre de Liaison remise à chaque patient (suite aux résultats IQSS 2018).
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le pilotage de la démarche ?	Oui	<p>L'organisation de la démarche a été revue. Si l'organigramme reste le même, le rôle des pilotes de processus a évolué. Ils sont désormais en charge du Programme d'Action Qualité du processus. Un calendrier annuel de la démarche a été construit. Le premier trimestre est destiné à la clôture du PAQSS N-1 et à l'élaboration du PAQSS de l'année N. Pour ce faire, les pilotes procèdent à leur revue de processus. Cette revue est réalisée lors d'une réunion de travail entre les pilotes et la Responsable Qualité, qui peut être élargie à un groupe de travail ou à une instance. L'objectif est de s'interroger sur le fonctionnement du processus et sur les résultats associés pour s'assurer que son fonctionnement est toujours adapté et permet</p>

		<p>d'atteindre les résultats fixé au regard du contexte de l'établissement, de sa politique et de ses objectifs. Une fois la phase des revues de processus terminée, le service Qualité centralise l'ensemble des actions menées en 2018 et celles prévues en 2019. En mars 2019, le Service Qualité a présenté la clôture du PAQSS 2018 et le PAQSS 2019. Les membres du COPIL ont émis un avis favorable pour le PAQSS 2019. Le PAQSS 2019 a été présenté et validé par la CME du 18 mars 2019. Les COPIL Qualité de 2019 auront pour objectif de suivre la réalisation du PAQSS et sa mise à jour.</p>
<p>Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le management opérationnel de la démarche ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Le COPIL Qualité est l'instance en charge du suivi du plan d'amélioration post-visite de certification. En novembre 2018 le COPIL a établi un programme d'actions pour répondre aux obligations d'amélioration soulevées dans le rapport de certification. Ce programme d'actions porte sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Former le personnel à la culture Qualité et de Gestion des Risques ○ Organiser la tenue des RMM ○ Mettre en place d'un logiciel « Qualité » avec 3 objectifs principaux : ○ Organiser un comité des vigilances et un comité EPP se réunissant 1 fois par an ○ Réorganiser la démarche qualité pour centraliser un PAQSS annuel complet en lien avec les thématiques HAS et le valider en COPIL Qualité et par la CME.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions suite au rapport de certification ?	Oui	L'établissement a actualisé son plan d'action au regard des éléments du rapport de certification, de sa nouvelle organisation et des objectifs qu'il s'est fixé pour 2019.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	<p>Le compte qualité décrit plusieurs actions visant à faire évoluer la démarche qualité. Le PAQSS 2018 a été clôturé et un PAQSS 2019 a été construit à partir des revues de processus. Il a été validé en CME. Le programme des EPP 2019 a lui aussi été validé en mars 2019 – cinq nouvelles EPP ont été ajoutées.</p> <p>D'autres actions visent à développer la culture gestion des risques : former le personnel médical et paramédical à la gestion des risques en établissement de santé et le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. En 2019, des formations dispensées par des organismes extérieurs seront proposées aux professionnels (en mai « Culture des risques en établissement de santé » et en octobre « Signalement des événements indésirables »).</p> <p>Par ailleurs, il est prévu le déploiement d'un logiciel gérant le process des FEI pour améliorer le circuit et le traitement des FEI notamment le retour au déclarant, la tenue et la mise à jour du PAQSS et la gestion Documentaire. La commande du logiciel a été signée en mars 2019. La première réunion de lancement est prévue le 25 avril 2019. Le déploiement du logiciel se fera après la phase de paramétrage et de formation en juin 2019.</p> <p>L'établissement communique régulièrement sur les thèmes de la sécurité des soins, les plans d'actions, le suivi des indicateurs et les projets en lien avec la qualité et la sécurité des soins via son journal interne.</p> <p>En matière de vigilance, un COPIL des vigilances sanitaires a été organisé en mars 2019. Son programme d'actions pour 2019 a été intégré dans le PAQSS. L'établissement prévoit de nommer un nouveau titulaire</p>

		<p>pharmacovigilance et de renforcer l'organisation de l'hémovigilance (formation, revue des procédures, check-list réception des culots, sensibilisation à la déclaration des incidents transfusionnels et leur déclaration). L'objectif étant de centraliser le bilan 2018 des vigilances et communiquer sur les déclarations / vigilances.</p> <p>L'établissement prévoit, en juin 2019, de former le responsable Qualité à l'élaboration du plan de sécurité d'établissement pour qu'il soit élaboré, d'ici septembre 2019.</p>
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Dès la réception du rapport de certification en octobre 2018, l'établissement a revu son organisation et construit son plan d'action. Celui-ci s'étale sur l'année 2019 avec une concentration des actions sur le premier semestre 2019.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Partiellement	Pour l'ensemble des actions décrites dans le compte qualité des modalités de suivi ont été déterminées. Pour autant, celles-ci prennent rarement la forme d'indicateurs chiffrés qui permettraient de mesurer l'efficacité de l'action. Des actions dont l'état d'avancement n'a pas été renseigné sont des actions qui n'ont pas débuté. Les actions avec des échéances prévisionnelles dépassées sont des actions toujours d'actualité mais non réalisées à ce jour. Pour le suivi opérationnel, le PAQSS intégrant toutes les actions inscrites au compte-qualité est tenu à jour. Toutes les actions inscrites au PAQSS 2018 et non terminées ont été reportées sur 2019 avec de nouvelles échéances.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Partiellement	Certaines données ont été mises à jour dans le compte qualité (nombre de RMM et nombre FEI). Pour autant, les actions étant rarement liées à des indicateurs chiffrables, ceux-ci n'ont pas été intégrés dans le compte-qualité.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Partiellement	Le nombre de RMM pour l'année 2018 est de 13 (versus 3 en 2017) et le nombre de FEI rédigées entre 2017 et 2018 augmente fortement. Le déploiement a été acté pour le logiciel qualité, 14 revues de processus ont été réalisées en janvier et février 2019 et la liste des EPP définie pour 2019 (19 EPP dont 5 nouveaux sujets). Pour autant, en l'absence d'indicateur sur les autres domaines de la démarche qualité, très peu de résultats attestent d'une amélioration.