



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**Groupe Hospitalier Public Sud de l'Oise
(GHPSO)**

Boulevard Laennec

60100 CREIL

OCTOBRE 2022

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DES RISQUES ».....	7
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE ».....	13

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

GHPSO - SITE DE CREIL	
Adresse	Boulevard Laennec 60100 CREIL
Département / région	OISE / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Etablissement de Sante	600107478	GHPSO CH SENLIS - SLD	4 avenue Paul rouge 60309 Senlis
Etablissement de Sante	600000467	GHPSO - SITE DE CREIL	Boulevard Laennec 60100 CREIL
Entité Juridique	600101984	GROUPE HOSPITALIER PUBLIC DU SUD DE L'OISE	Boulevard Laennec Bp 72 60109 CREIL
Etablissement de Sante	600000053	GHPSO - SITE DE SENLIS	4 avenue Paul rouge 60309 Senlis

Activités						
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de journées d'HAD
MCO	Médecine	297	25	/	17320	/
MCO	Chirurgie	46	/	23	/	/
MCO	Gynéco-Obstétrique	50	3	/	/	/
SSR	SSR	35	7	/	/	/
SLD	SLD	73	/	/	/	/

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(s) d'amélioration,

2. Décisions

RECOMMANDATION(S) D'AMELIORATION

Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Dossier patient
Gestion du système d'information

3. Suivi de la décision

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

THÉMATIQUE « Management de la qualité 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	A la suite du rapport de certification, le GROUPE HOSPITALIER PUBLIC DU SUD DE L'OISE a réactualisé l'engagement de la Direction dans la démarche qualité.
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le pilotage de la démarche ?	OUI	Suite à la visite de certification V2014 de septembre 2019 et aux écarts notifiés, 3 axes de travail ont été priorisés : 1er Axe : Renforcer la culture qualité au niveau des services ; 2ème Axe : Améliorer le circuit des événements indésirables ; 3ème Axe : Optimiser l'utilisation de la GED.
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le management opérationnel de la démarche ?	OUI	Depuis la visite de certification de septembre 2019, l'établissement s'est fortement mobilisé autour de la mise en œuvre d'actions d'amélioration permettant de répondre aux écarts identifiés. Le pilotage opérationnel de la démarche est assuré par le service QGR. Le service QGR coordonne et anime la dynamique QGR de l'établissement et veille à la mise en œuvre et au suivi du PAQSS institutionnel et du tableau de bord des indicateurs associés. Il assure un appui méthodologique au sein des structures ainsi que les actions de formation/sensibilisation sur ces thématiques. Il coordonne et met en œuvre le plan de communication QSS. Il fait le lien et l'articulation entre les diverses commissions et instances qui contribuent à la mise en œuvre de la démarche : Le Comité de Sécurité Transfusionnel et d'Hémovigilance (CSTH), la CRI, le Comité de coordination des vigilances et de la gestion des risques (COCOVIL), le Bureau d'analyse des événements indésirables, le COPIL Médicament sur la sécurisation du circuit du médicament et la Cellule d'identitovigilance. La plupart de ces commissions/comités rédige un bilan annuel qui est présenté aux instances de l'établissement et se fixe des objectifs. Les diverses actions de communication sont réalisées via le bulletin mensuel principalement, la page d'accueil des actualités de l'intranet et la mise en ligne de documents via

		l'onglet QGR de l'intranet revu en 2021.
--	--	--

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'analyse des résultats de la certification a permis à l'établissement d'identifier comme risques l'ensemble des écarts pointés dans le rapport de certification. A cet effet, les cartographies des risques des processus concernés ainsi que celles des autres processus ont été mises à jour. La criticité a été réévaluée et le dispositif de maîtrise en place renseigné pour chaque risque. Parallèlement à l'actualisation des cartographies des risques, les plans d'actions ont été réajustés.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	EN GRANDE PARTIE	<p>Dès novembre 2019, sur la base d'un groupe de consultants de l'EHESP, une semaine d'audit a permis de structurer un plan de communication Qualité Sécurité des Soins. (QSS). Ce plan 2020-2022, a été validé en COPIL QSS en juin 2020.</p> <p>La première phase du plan communication 2020-2022 s'est traduite par la mise en place des visites de services effectuées par le service Qualité Gestion des Risques fin 2020, avec un double objectif : le contrôle de critères précis en lien avec les écarts relevés dans le rapport, en particulier sur les réserves et une sensibilisation et contrôles auprès des professionnels de terrain sur : la gestion documentaire, le circuit des événements indésirables, les documents d'information portant sur la démarche Qualité Gestion des Risques. A l'issue de chaque visite de services, un plan d'actions a été déterminé sur les écarts relevés, intégré au PAQSS. Cette première étape a été réalisée en parallèle de la mission SRA (Structure Régionale d'Appui) qui s'est tenue sur l'établissement de juillet 2020 à septembre 2021.</p> <p>Depuis, ces visites sont réalisées régulièrement, au moins une fois par an et dans tous les services sur la base d'un support qui évolue.</p>

	<p>A compter de 2022 ; tenant compte du retour d'expérience de 2 cycles complets de visites de services, le plan de communication du GHPSO s'est déployé autour des fiches d'actions décrites dans le plan d'actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des « flash info Qualité » thématiques au sein des services (1 fois par mois, selon un calendrier annuel, sur la base des critères impératifs version V2020) - Déclinaison de l'identité visuelle du GHPSO et du service QGR sur les transmissions et les documents qualité (logo Qualité-Sécurité des Soins, liste des documents en lien avec la démarche qualité simplifié et mis à jour, comportant notamment les indicateurs du service et les IQSS tels que définis en COPIL QSS, un tableau d'affichage dédié) - Faire de la journée du nouvel arrivant un véritable levier de communication (présentation revue et adaptée, intervention lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants, lors de la journée d'accueil des internes et à l'arrivée d'un nouveau praticien, livret sur les essentiels de Qualité et Gestion des Risques disponible dans chaque service et sur intranet, accompagné dans sa présentation) - Repenser la communication autour des événements ponctuels : la semaine sécurité patient (anticiper l'organisation et définir des thèmes au-delà des thèmes nationaux) - Concevoir un Quali-trombinoscope (redéfinir les missions du référent qualité médical et paramédical) - Elaborer une charte qualité (formaliser avec la politique Qualité et Sécurité des Soins) - Créer un label qualité (recenser les actions innovantes, déployer le PACTE (programme d'amélioration continue du travail en équipe)) - Mieux cibler les informations par service, en lien avec les indicateurs définis en COPIL QSS, développer des indicateurs spécifiques à l'activité, et PAQ par service simplifié. - Améliorer le retour des événements indésirables - Optimiser la chambre des erreurs, en particulier lors de la semaine sécurité patient - Réaliser une communication spécifique à l'égard du personnel médical (intervention lors de la journée d'accueil des internes d'un nouveau praticien, renforcer la présence médicale au COPIL QSS et le rôle de relai). <p>A ce jour, 80% des actions du plan de communication sont mises en place. Les 20 % restant seront réalisés d'ici la fin de l'année 2022.</p>
--	--

	<p>Concernant l'amélioration du circuit des événements indésirables, dès la visite de septembre 2019, la déclaration de chutes a été intégrée au formulaire des déclarations d'événements indésirables. Afin de procéder à des analyses et des actions. Un groupe « chutes » a été mis en place en 2021.</p> <p>Fin 2019, a été acté au COPIL SIH l'achat d'un logiciel de déclaration des événements indésirables. Différents éditeurs ont été rencontrés, des choix ont été posés en juin 2020. La direction a opté fin 2020 pour l'achat d'un logiciel conjuguant différents modules dont la déclaration des événements indésirables et la gestion documentaire.</p> <p>Ce logiciel a été officiellement opérationnel en juin 2021. Sa mise en place a été accompagnée dans chaque service, permettant également de faire un rappel aux professionnels sur les étapes du circuit des événements indésirables.</p> <p>100% des services ont été accompagnés lors de la mise en place du logiciel.</p> <p>Le bilan des événements indésirables 2021 dénote d'une augmentation du nombre de déclarations.</p> <p>Des demandes ont été formulées à l'éditeur quant à l'amélioration des alertes sur les réponses apportées par les experts, permettant ainsi un retour plus réactif aux équipes par l'encadrement (1 des axes du plan de communication QSS 2020-2022).</p> <p>A ce jour une organisation est fixée par service quant aux retours aux équipes sur les réponses apportées lors d'une déclaration.</p> <p>En parallèle, le bureau d'analyse des événements indésirables a procédé à plusieurs réorganisations afin d'atteindre le 100% d'événements indésirables classés en priorité 1 analysés. Celle en vigueur depuis début 2022 porte ses fruits puisque l'établissement enregistre un meilleur taux d'analyse. Tous les événements indésirables classés en priorité 1 sont revus systématiquement en binôme (Qualité Gestion des Risques /soignant membre du bureau d'analyse par thématique) les points de difficultés sont revus en réunion plénière du bureau d'analyse. Si besoin des courriers institutionnels sont adressés aux services qui tarderaient à mettre en place leur analyse de causes.</p> <p>En parallèle de la mise en place du logiciel d'événements indésirables, via le même éditeur et la refonte de l'intranet, un nouveau logiciel de gestion documentaire a été mis en place en juin 2021. De la même façon, cette mise en place a été accompagnée service par service afin de s'approprier le nouvel outil et procéder à un rappel sur la maîtrise des</p>
--	---

		documents. 100% des services ont été accompagnés lors de la mise en place du logiciel. Ce logiciel permettant une recherche par mots clés apporte ainsi une meilleure accessibilité (plus simple et plus rapide) et de fait ne nécessite plus la tenue de classeur papier en parallèle au sein des services. Ce dernier point de vérification figure dans la prochaine grille de visite de service qui débutera en octobre 2022. Un système d'alerte est intégré pour la mise à jour des documents. Tout comme le circuit des événements indésirables, la gestion documentaire fait partie des items figurant au plan de communication QSS via les visites de services.
Échéances définies et acceptables ?	OUI	Pour chacune des actions des échéances sont fixées. Elles sont en cohérence avec la nature de l'action.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	EN GRANDE PARTIE	La majorité des actions est associée à une mesure de suivi de l'efficacité. Ces mesures de suivi prennent la forme d'un indicateur chiffrable qui permet d'en suivre l'efficacité (exemples : Nombre de services formés à l'utilisation du logiciel GED, Nombre CREX/ RMM/ REMED/ recensés par an, nombre de CREX et de RMM Réalisés suite à une FEI par an, Taux d'évènements indésirables ayant fait l'objet d'une présentation en bureau d'analyse, pourcentage d'actions réalisées PAQSS, Nombre d'EPP réalisées...).

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 » du compte qualité ont été actualisées au regard des écarts relevés dans le rapport de certification. Des audits ont été réalisés. Plusieurs EPP sont en place. Les indicateurs mis en place par l'établissement sur la thématique « Management de la Qualité et des

		risques » sont régulièrement suivis.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	EN GRANDE PARTIE	Les indicateurs disponibles dans le compte qualité démontrent une amélioration des résultats sur différents aspects. Le bilan des événements indésirables 2021 montre une augmentation du nombre de déclarations (1401 contre 1092 en 2020). Le taux d'événement indésirable (priorité 1) analysé est de 68,4% en décembre 2021. Un nouveau logiciel de gestion documentaire a été mis en place en juin 2021. 100% des services ont été accompagnés lors de la mise en place du logiciel. 278 communications /sensibilisations à la démarche qualité ont été réalisées en 2021. 115 agents ont été formés à la démarche QSS. 80% des actions du plan de communication visant à renforcer la culture qualité au niveau des services ont été mises en place.

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	Suite à la réception du rapport de certification, l'identification et la hiérarchisation des risques réalisés par l'établissement ont été revues. Les risques ont été actualisés au regard des résultats de la visite de certification de septembre 2019. L'établissement a priorisé dans son compte qualité : Le non-respect de la procédure surveillance air, des qualifications, du contrôle de la suppression des salles, le non-respect de la marche en avant au bloc opératoire, le non-respect de la marche en avant au bloc opératoire, le non-respect de l'objectif d'utilisation du SHA, le non-respect de la procédure « préparation de l'opéré » et le non-respect de la check-list.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	OUI	L'ensemble des risques identifiés ont été analysés. Cette analyse permet d'identifier la cause du risque et donc de choisir l'action d'amélioration qui paraît la plus pertinente pour agir sur la cause.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	OUI	Les risques communiqués apparaissent maîtrisés. Les dispositifs de maîtrise en place dans l'établissement traduisent ce constat. Les dispositifs de maîtrise 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 ?	EN GRANDE PARTIE	<p>Les plans d'actions apparaissent cohérents au regard des constats réalisés par les experts visiteurs lors de la visite initiale et doivent permettre l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques au bloc opératoire. La majorité des actions identifiées par l'établissement sont finalisées ou en cours de déploiement au moment de l'envoi du CQS.</p> <p>Concernant la procédure surveillance de l'air, des qualifications et du contrôle de la surpression des salles, à l'issue de la visite de certification, l'ensemble des salles a été équipée d'un déprimomètre. La mesure de la pression est effectuée et tracée à l'ouverture des salles. Les qualifications des salles sont réalisées annuellement et un calendrier prévisionnel est établi en lien avec les services techniques en tenant compte des niveaux d'activité du bloc opératoire.</p> <p>Concernant le respect de la marche en avant au bloc opératoire, à l'issue de la visite de certification l'ensemble de l'équipe paramédicale dispose d'un vestiaire primaire à l'extérieur du bloc opératoire. Tous les professionnels paramédicaux disposent également de tenues intermédiaires (blanches).</p> <p>Concernant le respect de l'objectif d'utilisation du SHA, le résultat de l'indicateur mis en place à l'issue de la visite de certification montre une amélioration dans l'atteinte de l'objectif.</p> <p>Concernant le respect de la procédure « préparation de l'opéré », le résultat de l'indicateur mis en place montre une amélioration dans le respect du temps de séchage du badigeon chirurgical sur le site de Senlis (salle n°2).</p> <p>Concernant le respect de la procédure de bionettoyage des salles, le résultat de l'indicateur mis en place montre une nette amélioration de la traçabilité du bionettoyage et du respect de la procédure.</p> <p>Concernant le respect de la mise en œuvre de la check-list, les résultats de l'indicateur mis en place à l'issue de la visite de certification montrent une nette amélioration dans le renseignement de la check-list. Il reste néanmoins un axe d'amélioration portant sur les signatures du corps médical. Des actions spécifiques sont menées, pilotées par le chef de bloc et appuyées par le conseil de bloc pour atteindre l'exhaustivité.</p>
Échéances définies et acceptables ?	OUI	Des échéances de réalisation sont communiquées pour chaque action. La majorité des actions est finalisée. Pour les actions actuellement en cours, les échéances de réalisation des plans d'actions s'étalent jusqu'en décembre 2022.

Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	L'établissement assure le suivi de la mise en œuvre de ces actions. Des pilotes sont déterminés pour chacune des actions définies ainsi que des modalités de suivi permettant de mesurer l'avancée des 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 » du compte qualité ont été actualisées au regard des écarts relevés dans le rapport de certification. Des audits ont été réalisés. Plusieurs EPP sont en place. Les indicateurs mis en place par l'établissement sur la thématique « Management de la prise en charge des patients au bloc opératoire » sont régulièrement suivis.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	EN GRANDE PARTIE	Les résultats d'évaluation montrent une amélioration des pratiques sur les écarts observés lors de la visite de certification d'Octobre 2019 notamment concernant le taux d'exhaustivité du renseignement de la check-list (Audit 2021 = 96% de conformité), l'équipement de l'ensemble des salles de BO d'un déprimomètre est effective les résultats de l'audit 2022 montre une nette amélioration de la traçabilité du bionettoyage et du respect de la procédure. Le taux de conformité de l'évaluation de la douleur en SSPI est de 100% (Audit Aout 2022). Le taux de conformité « signature du MAR pour la sortie SSPI » est de 100% (Audit Aout 2022). Toutefois, malgré les actions mises en place, des marges d'amélioration existent encore concernant le respect de la procédure « préparation de l'opéré » comme en témoignent les résultats de l'audit 2021 à 88%. Le taux de conformité de l'objectif consommation SHA (Bloc + SSPI) est de 78%.