



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

**Hôpital Max Fourestier**

**Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier de  
Nanterre**

403, avenue de la République

92014 NANTERRE

JUILLET 2018

# SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE .....	6
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE .....	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 Département / région	403, avenue de la République 92014 Nanterre Hauts-de-Seine – Ile-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
Entité Juridique	920110020	Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier de Nanterre	403, avenue de la République 92014 Nanterre
Établissement principal	920000577	Hôpital Max Fourestier	

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
MCO	Médecine	119	10	/
	Gynéco-Obstétrique	24	/	/
SSR	SSR à orientation orthopédique	39	/	/
Santé mentale	Psychiatrie adulte	39	40	/
SLD	/	40	/	/

# 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. Décisions

### RECOMMANDATION D'AMELIORATION

- Prise en charge des urgences et des soins non programmés

## 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 2018**.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

# Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

## 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'établissement a exploité les résultats de son rapport de certification pour identifier des risques. Ainsi, des risques ont été identifiés en regard de la maîtrise du risque infectieux en salle de naissance et quant à la sécurisation du matériel d'urgence.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	L'établissement a analysé les causes de ces dysfonctionnements pour identifier des actions pertinentes au regard des risques ; cette analyse devra être reportée dans le compte qualité. Les risques ont été hiérarchisés en fonction de leur criticité (fréquence x gravité) et de leur niveau de maîtrise.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Des éléments de maîtrise ont été mis en place pour chacun des risques identifiés, ceux-ci devront être reportés dans le compte qualité.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	Au regard des risques identifiés, l'établissement a révisé son plan d'action.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	<p>Le chariot de réanimation des nouveau-nés et le chariot d'anesthésie ont été sécurisés dès 2017.</p> <p>Concernant les locaux, le circuit de la salle d'intervention destinée aux césariennes passe par des portes en bois peintes abimées à ouverture manuelle. L'établissement a prévu de repeindre les portes en avril 2018. Concernant l'ouverture manuelle, un SHA a été installée à l'entrée et l'établissement sensibilise les intervenants quant à l'accès à cette zone. Par ailleurs, le secteur naissance va être mis à niveau d'ici la fin de l'année 2018.</p> <p>L'établissement a effectué un contrôle ponctuel de la surpression par une société de contrôle externe habilitée et trace la maintenance de l'unité mobile de traitement d'air. Les travaux prévus fin 2018 doivent permettre d'assurer un contrôle, en continu, de la surpression. Dans l'attente, le traitement d'air de cette salle de bloc est assuré par une unité mobile sans contrôle régulier de la sur pression</p>
Échéances définies et acceptables ?	Oui	L'établissement a mis en place des actions correctives rapidement pour réduire les risques. Des actions de plus grandes ampleurs sont prévues à moyen terme.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Les actions sont suivies par des instances : Comité de suivi, CODIR, CLIN, etc. L'établissement a identifié des modalités de suivi (indicateur, audit, etc.) qui lui permettent de s'assurer de l'efficacité des actions correctives, celles-ci devront être reportées dans le compte qualité.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Oui	Plusieurs évaluations ont été conduites (ISO Césarienne CCLIN paris nord, contrôle annuel traitement d'air, évaluations mensuelles conduites par la direction des soins portant notamment sur les chariots d'urgence et la prise en charge médicamenteuse. Les événements indésirables de la Maternité sont suivis. A noter que ce service réalise chaque deux mois une CREX. Ce service réalise systématiquement une RMM et participe au réseau 92 nord pour les CREX. Ces résultats devront être reportés dans le compte qualité en tant qu'indicateur d'efficacité (modalité de suivi) des actions mises en place.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Oui	L'établissement apporte la preuve d'une amélioration. A noter une amélioration de la classe de l'indicateur de « Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement » entre 2015 et 2017. Une stabilité de la classe B de l'indicateur « Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat » mais une baisse de la classe de l'indicateur « Surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement » entre 2015 et 2017.