

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION
DE LA POLYCLINIQUE DE BLOIS**

**1, rue Robert-Debré
41260 BLOIS**

Octobre 2006

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION	p.10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
 SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.11
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé	p.16
II.2 Modalités de suivi	p.16

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »

Le « compte-rendu de certification » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par la Haute Autorité de santé (HAS). Cette procédure vise à développer les actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins au sein de chaque établissement.

Ce compte-rendu présente les résultats de la procédure engagée par l'établissement. Pour en faciliter la lecture quelques informations vous sont proposées ci-dessous.

I. QU'EST-CE QUE LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

La certification est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure de certification est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS LA CERTIFICATION

- ***Elle n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.***
- ***Elle ne note pas les médecins, les soignants ou les services.***
- ***Elle ne décide pas de l'attribution de moyens supplémentaires.***

QU'APPORTE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler.

dans le but de :

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. encadré) et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

APPORT POUR LA QUALITÉ DES SOINS

- ***L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.***
- ***L'amélioration de la sécurité des soins.***
- ***Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.***
- ***La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.***

III. COMMENT EST ÉTABLI LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel* de certification proposé par la HAS. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* Le manuel de certification est disponible sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr.

LES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION

- 1. Droits et information du patient**
- 2. Dossier du patient**
- 3. Organisation de la prise en charge du patient**
- 4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité**
- 5. Gestion des ressources humaines**
- 6. Gestion des fonctions logistiques**
- 7. Gestion du système d'information**
- 8. Qualité et prévention des risques**
- 9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle**
- 10. Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux**

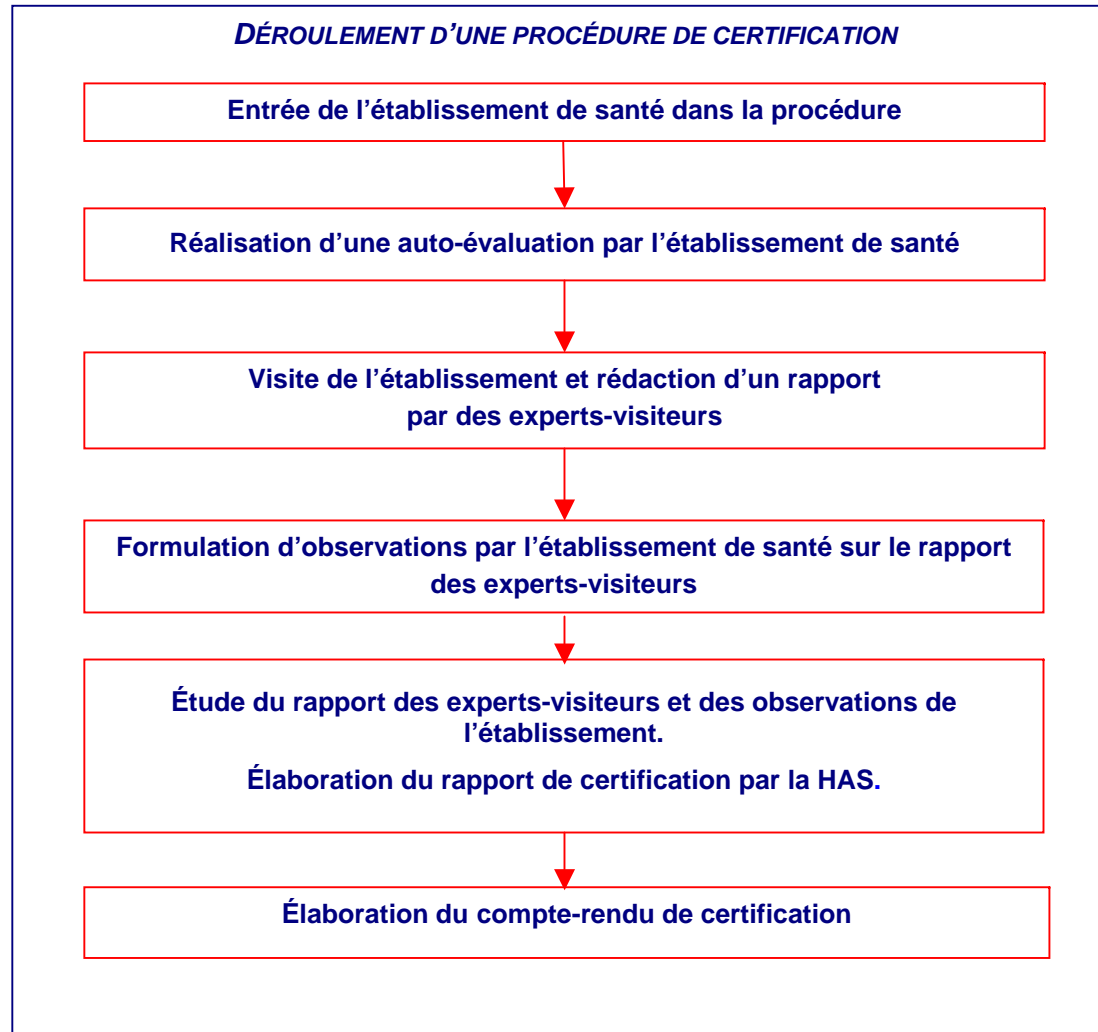
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés par la HAS.

Pour garantir l'indépendance de la procédure de certification, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé établit un «rapport de certification» qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH).

Le compte-rendu de certification est élaboré à partir du rapport de certification.



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

Le compte-rendu de certification contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure de certification,
- les conclusions de la HAS sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, la HAS peut émettre :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure ;
- des réserves : constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et absence de dynamique de progrès ;
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

Les décisions de la HAS peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRÉCIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandation	La HAS encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par la HAS en vue de la prochaine procédure.
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par la HAS.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par la HAS.

* *

*

Les comptes rendus de certifications des établissements de santé ayant conclu leur procédure de certification sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr

PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom de l'établissement	Polyclinique de Blois	
Situation géographique	Ville : La Chaussée-Saint-Victor Département : Loir-et-Cher	Région : Centre
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Établissement privé à caractère commercial	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	Médecine : 35 lits – 20 places (chimiothérapie) Chirurgie : 133 lits – 20 places (chirurgie ambulatoire) Gynécologie obstétrique : 19 lits	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	1	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	MCO	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Hémodialyse 30 places Oncologie – hôpital de jour Chirurgie ambulatoire	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Nombreuses conventions avec CH Blois : urgences, réanimation, maternité, néonatalogie, obstétrique Convention avec CHRU Rours « Clocheville » : obstétrique et néonatalogie Convention avec centre de réadaptation fonctionnelle et d'appareillage de Beaugency Réseau Oncologie Centre Réseau soins palliatifs Centre Réseau régional de suivi des transplantés rénaux Réseau clinique diététique Claude-de-France	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	93 % Loir-et-Cher 58 % Blois 34 % Sud Blois, Sologne, vallée du Cher	

Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Réunification en début d'année 2006 sur 1 nouveau site des 2 anciens sites : Saint-Côme – Saint-Damien et Florimond Robertet Regroupement sur le site des activités de laboratoire (futur proche) et d'imagerie (réalisé pour la radiologie conventionnelle et l'IRM ; scanner en cours d'installation). Dossier activité SSR en cours.
---	---

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **La Polyclinique de Blois**, sise 1 rue Robert Debré 41260 BLOIS.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **7 février 2006**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 11 au 14 avril 2006 par une équipe multiprofessionnelle de **4 experts-visiteurs** mandatée par la Haute Autorité de santé.

A l'issue de cette visite un rapport des experts a été communiqué à l'établissement qui a formulé ses observations auprès de la HAS.

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués à la HAS pour délibération en **octobre 2006**.

Après avoir pris connaissance :

- **du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'auto-évaluation et de la visite, de la mise à disposition des documents de synthèse sur la sécurité et du suivi des recommandations faites par les organismes de contrôle,**
- **des observations et informations complémentaires au rapport des experts fournies par l'établissement,**

la Haute Autorité de santé décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure de certification.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I APPRECIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

Les droits et l'information du patient sont inscrits dans le projet d'établissement dont les objectifs s'appuient sur les principes et les valeurs de la charte du patient hospitalisé. La réalisation du nouvel établissement, avec une majorité de chambres seules et des box fermés, montre bien la volonté de l'ensemble des différentes catégories professionnelles, à vouloir respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité du patient ; cependant il reste à améliorer certains endroits tels que le couloir de la salle de réveil et la consultation anesthésie. Le souhait du personnel de transmettre au mieux les informations au patient est réel, en revanche il reste à sensibiliser les praticiens à la notion bénéfice-risque et à informer le personnel sur la personne de confiance.

Une formation sur les droits et l'information du patient est prévue pour 2006.

Il conviendra aussi de mettre en place une procédure d'évaluation, plus ciblée sur le respect des droits des patients, et de finaliser le projet d'audit en partenariat avec l'institut de formation en soins infirmiers.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient mise en place et suivie depuis plusieurs années se traduit aujourd'hui par l'existence d'un dossier du patient unique et uniforme dans tous les services de la polyclinique. Chaque patient se voit attribuer un numéro identifiant permanent. Une procédure écrite de tenue du dossier, validée par les instances et la direction des soins, a été diffusée. Les responsabilités des différents intervenants sont définies, mais pas toujours bien connues ou respectées : les prescriptions médicales écrites devront être systématiquement validées, l'établissement devra bannir toute transcription infirmière, la réflexion bénéfice-risque devra être développée et tracée, le suivi évolutif de l'état clinique devra être retrouvé dans le dossier.

Des mesures ont été prises afin de sécuriser les informations concernant le patient.

Il existe une procédure d'accès et de consultation du dossier par le patient ou ses ayants droit.

Dans l'attente d'une organisation globale des archives à laquelle la direction doit réfléchir, le service de gestion des dossiers permet une optimisation du circuit, du classement et de l'archivage du dossier du patient.

Une évaluation réalisée par des médecins, des cadres soignants et un membre de la direction a été entreprise il y a quelques mois. Il conviendra de la mener à terme et de l'analyser.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Les professionnels médicaux et paramédicaux associés à la direction ont défini la politique de prise en charge du patient et les modalités à mettre en œuvre dès début 2006 dans les nouveaux locaux. L'accès de l'établissement et aux différents secteurs d'activité est organisé et fait l'objet d'une signalétique claire et adaptée. L'aménagement des locaux a permis de réaliser des conditions d'accueil optimales notamment en oncologie ambulatoire. Une programmation prévisionnelle des hospitalisations permet réduire les temps d'attente dans le processus de prise en charge. La clinique s'est inscrite dans une politique d'établissement de santé sans tabac. L'organisation des services permet une évaluation de l'état de santé des patients et des réajustements quotidiens de la prise en charge. Cependant, dans certains services il est nécessaire d'assurer la traçabilité des évaluations médicales dans le dossier du patient. Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et leur prise en charge est assurée. Les coordinations interprofessionnelles et pluridisciplinaires sont structurées autour du dossier médical et infirmier. La mise en œuvre d'astreintes opérationnelles dans chaque spécialité assure une permanence des soins. L'information des médecins traitants est performante. L'organisation du bloc opératoire est complètement structurée dans des locaux adaptés, l'intégralité des procédures opératoires est tracée. Afin que le circuit du médicament soit totalement sécurisé, les règles de prescription médicale devront être respectées. La démarche d'actualisation du livret thérapeutique devra être poursuivie. Les liaisons avec les secteurs medicotechniques sont clairement définies et répondent aux attentes des utilisateurs. La sortie est planifiée. L'accompagnement des fins de vie et des décès est géré dans le respect des personnes. L'évaluation des pratiques professionnelles doit être initiée.

I.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

Les orientations stratégiques de la polyclinique sont définies. Un contrat d'objectifs et de moyens a été signé avec l'ARH pour la période 2002-2007. Une note synthèse regroupe les projets retenus pour l'activité médicale, les soins infirmiers, le système d'information et la gestion des ressources humaines.

Les instances de l'établissement (assemblée générale, conseil de surveillance, directoire) exercent leurs attributions. Elles se réunissent périodiquement, sur des questions préalablement définies. Des comptes rendus de séance sont rédigés.

Une communication interne et externe existe. Celle-ci est relayée par différents supports (lettre d'information, articles de presse, logo, charte graphique).

Au sein du conseil de surveillance une commission est chargée de définir et de mettre en œuvre la politique financière de l'établissement en collaboration avec le directoire.

L'organisation mise en place contribue à garantir une continuité dans la prise en charge des patients. Les plannings de présence des personnels soignants sont définis, ils sont suivis par secteur d'activité. Les astreintes médicales sont organisées sur plusieurs semaines.

La place et le rôle des professionnels sont en partie définis. Des fiches de poste existent dans certains domaines, elles doivent être généralisées à l'ensemble des secteurs d'activité.

Le degré de réalisation des orientations stratégiques est évalué. Un bilan des actions inscrites dans le contrat d'objectifs et de moyens a été réalisé en juillet 2005.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement a élaboré un projet social. Celui-ci porte sur la formation des professionnels, la mise en place d'entretiens individuels de progrès, le développement de l'actionnariat ouvert aux personnes intéressées. La connaissance du projet par le personnel est inégale, la communication sur son contenu est à améliorer.

La représentation du personnel est assurée par deux instances (délégués, comité d'entreprise). Ces instances sont régulièrement informées sur les projets et l'activité de la clinique.

Une commission médicale d'établissement est créée. Elle se réunit de façon irrégulière ; son fonctionnement et ses prérogatives doivent être renforcés.

Les questions relatives à la gestion des ressources humaines sont suivies avec attention par le comité de direction qui dispose d'informations pertinentes concernant les prévisions de départ en retraite, les candidatures, et les démissions.

Une procédure d'évaluation des personnels a été engagée auprès des cadres de santé et des infirmières. Elle est à généraliser à l'ensemble des professionnels.

Les besoins en formation continue sont recueillis. Toutes les actions retenues sont regroupées dans un plan annuel chiffré.

Des actions d'amélioration des conditions de travail ont été réalisées et le CHSCT se réunit réglementairement ; le document unique recensant les risques professionnels devra être actualisé et adapté à la nouvelle structure.

La gestion administrative du personnel est organisée. La sécurité des informations contenues dans les dossiers est à renforcer.

La polyclinique n'a pas mené d'enquête de satisfaction auprès de ses salariés.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

En l'absence de procédure unique et formalisée, les différents secteurs s'organisent pour recueillir les besoins des services utilisateurs. Les approvisionnements sont effectués selon des dotations déterminées en concertation et des modalités définies tant en routine qu'en urgence.

La maintenance préventive et curative fait appel à l'équipe technique qui assure une astreinte dont les horaires sont connus des services et aux prestataires externes dont les contrats sont référencés et dont les interventions sont préparées et tracées.

La restauration, la blanchisserie et le bionettoyage sont sous-traités à des prestataires certifiés ISO, qui garantissent l'application et la traçabilité d'un système d'assurance qualité globale.

Le transport des patients en interne vient d'être confié à une équipe de brancardiers, le plus souvent AS et placés sous la responsabilité du directeur des soins.

Un certain nombre de mesures sont mises en place, ou en cours d'installation, pour assurer la sécurité des biens et des personnes.

La commission de sécurité est passée préalablement à l'ouverture de la structure et a émis un avis favorable. La direction intensifie les formations sur le risque incendie ; elles sont obligatoires et concernent toutes les catégories professionnelles.

Plusieurs prestations logistiques sont évaluées ; il conviendra d'étendre la démarche à l'ensemble des fonctions, auprès de tous les utilisateurs.

I.7 Gestion du système d'information

Les orientations de l'établissement en matière de système d'information sont définies. Elles concernent :

- la création d'un maillage informatique permettant l'interconnexion des services entre eux et l'échange de données avec les prestataires réguliers (radiologie, laboratoire) ;
- la mise en place d'un logiciel de soins infirmiers.

Le respect de la confidentialité est une préoccupation de la direction. Une mention figure sur ce thème dans chaque contrat de travail. La lettre d'information interne rappelle les obligations des professionnels dans ce domaine.

Deux médecins ont en charge le secteur d'activité chargé de l'information médicale. Les attributions des personnes chargées de la collecte et du traitement des données sont à définir dans un règlement intérieur qui est à élaborer.

Tous les traitements informatisés ont été déclarés à la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les besoins et l'avis des utilisateurs du système d'information sont recueillis de façon informelle par le biais de fiches de dysfonctionnement.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La démarche qualité a été initiée sur les sites constitutifs de la polyclinique depuis plusieurs années et a abouti notamment à la certification de la stérilisation. Cette démarche s'est dynamisée et formalisée en 2003 avec la constitution d'une direction qualité dont l'organigramme a été diffusé, dont les responsabilités ont été définies et qui a exposé des objectifs clairs et prioritaires : harmoniser les pratiques, réussir la fusion et mener à bien la démarche d'accréditation. Des évaluations, dont certaines originales, de l'efficacité de la politique de gestion de la qualité sont réalisées et analysées.

La gestion documentaire est organisée et maîtrisée.

Le document unique recensant les risques professionnels a été rédigé et devra être actualisé dans le cadre des nouvelles conditions de travail.

L'obligation de signalement est connue des professionnels. Les fiches de signalement des événements indésirables, recensant tous les

dysfonctionnements y compris informatiques, sont effectivement utilisées depuis 2 ans. Un comité analyse ces fiches, ce qui permet de mener ponctuellement des actions correctives. Reste à élaborer un programme formalisé de prévention des risques dont il faudra évaluer l'efficacité.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Le dispositif de vigilance sanitaire et sécurité transfusionnelle, établi selon la politique de l'établissement, associe les professionnels concernés. Les structures sont opérationnelles et les missions des différents vigilants sont définies. Les procédures liées aux vigilances et aux déclarations sont diffusées. L'alerte sanitaire est organisée 24 heures/24. L'établissement dispose d'un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Une procédure transfusionnelle décrivant toutes les étapes du processus est à la disposition du personnel. L'information préalable à la transfusion des patients n'est pas tracée et celle des médecins traitants mériterait d'être systématisée. En hémovigilance, des procédures d'évaluation sont initiées ; reste à étendre la démarche d'évaluation au dossier transfusionnel, et à l'ensemble des vigilances.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux repose sur des instances particulièrement actives (comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité du médicament et des dispositifs médicaux), à souligner la forte implication du comité de lutte contre les infections nosocomiales dans la lutte contre le risque infectieux.

Une équipe opérationnelle d'hygiène et des référentes en hygiène concourent à la réalisation des missions du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Des dispositions sur le bon usage des antibiotiques sont mises en place. Elles devront aboutir à la corrélation entre consommation des antibiotiques et la résistance bactérienne.

L'implication des sociétés de sous-traitance permet des contrôles réguliers au niveau de la restauration, du linge et de l'entretien.

La démarche de signalement des accidents d'exposition au sang est connue des professionnels et affichée clairement dans les services. La réflexion en cours, prenant en compte la notion constatée de sous déclaration de ces accidents, devra être concrétisée.

L'installation dans la nouvelle stérilisation entraîne une réactualisation du processus qui est, à ce jour, en bonne voie de finalisation.

De nombreux indicateurs permettent un suivi du programme de maîtrise du risque infectieux.

Des formations sont prévues chaque année pour l'ensemble du personnel, il est prévu en 2006 des formations par un organisme extérieur.

La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées annuellement, un rapport d'activité est réalisé et diffusé au sein de l'établissement.

II DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques ;
- veiller au respect des bonnes pratiques en matière de prescriptions médicales et supprimer leur transcription ;
- systématiser la traçabilité du suivi de l'évaluation médicale du patient dans son dossier ;
- formaliser et évaluer le programme de gestion des risques ;
- veiller à l'information du médecin traitant en matière de suivi post-transfusionnel.

II.2 Modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, la Haute Autorité de santé décide que l'établissement a satisfait à la procédure de certification.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

L'établissement met en œuvre les actions correctives et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure de certification.