



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DU
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
D'ALENÇON - MAMERS**

**25 RUE DE FRESNAY
61014 ALENÇON CEDEX**

MAI 2006

**COMPORTANT LE SUIVI DES DÉCISIONS
DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

OCTOBRE 2007

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	
PARTIE 4		
SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ		
I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.17	
II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ		p.17
II.1 Rappel du libellé des réserves	p.17	
II.2 Appréciation et décisions de la Haute Autorité de santé concernant la première réserve	p.18	
Appréciation et décisions de la Haute Autorité de santé concernant la deuxième réserve	p.18	
Appréciation et décisions de la Haute Autorité de santé concernant la troisième réserve	p.19	
Appréciation et décisions de la Haute Autorité de santé concernant la quatrième réserve	p.19	
Appréciation et décisions de la Haute Autorité de santé concernant la cinquième réserve	p.20	
Appréciation et décisions de la Haute Autorité de santé concernant la sixième réserve	p.21	

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 ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

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.***

II. QU'APPORTE LA PROCEDURE 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 QUALITE 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 ETABLI 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 REFERENTIELS 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**

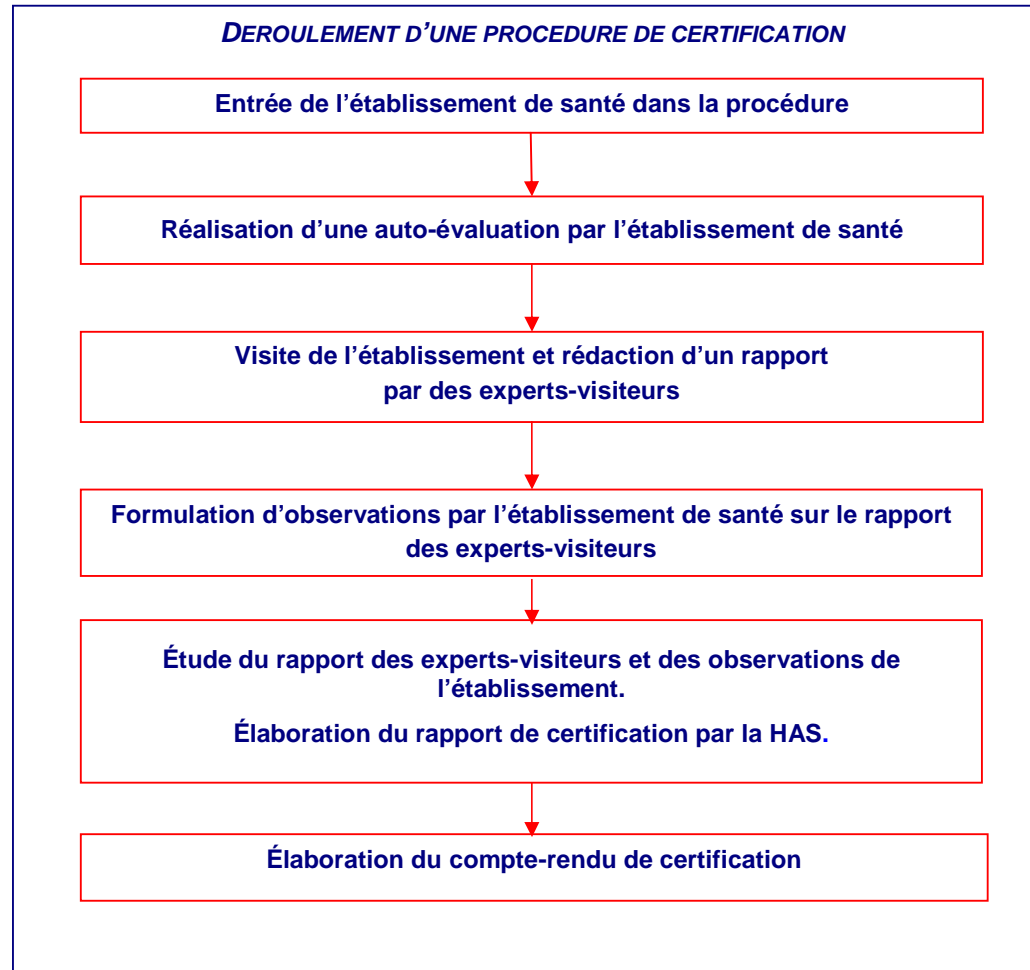
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants)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

APPRECIATIONS	MODALITES 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 certification 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	CHIC Alençon-Mamers	
Situation géographique	Ville : Alençon Département : Orne	Région : Basse-Normandie
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Centre hospitalier intercommunal (CHIC)	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	718 lits et places : - Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : 389 ; - hémodialyse : 8 ; - hospitalisation de jour (HDJ) médecine : 2 ; - chir. ambulatoire : 8 ; - néonatalogie : 6 ; - réanimation polyvalente : 8 ; - Soins de longue durée (SLD) : 220 ; - Soins de suite et réadaptation (SSR) : 66 ; - Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : 11.	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	3 sites : - CH Alençon ; - CH Mamers distant de 25 km ; - résidence Les Pastels distant d'1 km.	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) - Soins de suite et réadaptation (SSR) - Soins de longue durée (SLD)	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Service d'accueil des urgences (SAU) – Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) – soins ambulatoires de chirurgie – HDJ médecine – consultations externes – unité de consultations et de soins ambulatoires – espace santé tabac alcool et dépendances – équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs.	

Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	Multiples conventions avec le CH du Mans, le CHS du MANS le CHU de Caen, le CH de Flers. Réseau régional de lutte contre la douleur – Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) – Réseau régional de cancérologie de Basse-Normandie – Réseau de médecine Périnatale – Fédération des registres des tumeurs en Basse-Normandie – Groupement d'intérêt économique (GIE) imagerie Sud Normandie.
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	Département 61 : - Alençon et son agglomération ; - La Ferté-Fresnel ; - Le Mesle-sur-Sarthe ; - Carrouges ; - Bazoches-sur-Hoëne ; - Sées ; - Mortagne. Département 72 : - Fresnay-sur-Sarthe ; - Mamers ; - Saint-Paterne ; - Marolles-les-Braults ; - Oisseau-le-Petit.
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Réalisées : Fusion des hôpitaux d'Alençon et de Mamers par la création d'un CHIC en janvier 2004. Regroupement de l'activité de chirurgie sur le site d'Alençon. Ouverture de 14 lits de court séjour gériatriques et de 10 lits de postaval sur le site de Mamers. Mise en place de 11 lits d'hospitalisation de courte durée sur les 2 sites. À venir : transfert de l'activité Soins de suite et réadaptation (SSR) du pavillon Desgenettes vers le site de Mamers. Identification de lits de soins Palliatifs sur le site de Mamers. Ouverture de 2 unités accueillant des personnes souffrant de démence d'Alzheimer sur chacun des 2 sites. Renfort des capacités d'anesthésie réanimation. Création d'un pôle mère-enfant à l'horizon 2008.

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **Le Centre Hospitalier Intercommunal d'Alençon – Mamers, sis 25 rue de Fresnay, BP354, 61014 Alençon.**

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **1^{er} février 2005**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du **21 au 25 novembre 2005** par une équipe multiprofessionnelle de **5 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 **mai 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 ne sont pas inscrits dans la politique de l'établissement. La charte du patient hospitalisé est affichée dans l'ensemble des secteurs d'hospitalisation, mais les professionnels n'ont pas été sensibilisés à ses principes. Le CHIC ne dispose pas d'un livret d'accueil. Toutes les personnes sont accueillies au sein de l'établissement sans distinction de couverture sociale. Certains accès sont difficiles pour les personnes à mobilité réduite. Les patients sont informés tout au long de leur parcours par les équipes soignantes dans leur domaine de compétences respectives, mais cette information ainsi que le recueil de son consentement pour tout acte médical ne font pas l'objet d'un compte rendu écrit dans le dossier. Les pratiques dans ce domaine sont encore basées sur l'oral.

L'établissement a pris conscience de la nécessité de s'assurer de bonnes pratiques au cours de l'exercice professionnel afin de respecter au mieux l'intimité, la confidentialité et la dignité du patient, mais l'aménagement architectural dans certains secteurs d'activité doit être renforcé au regard du respect de ces principes. La confidentialité n'est pas un thème intégré au plan de formation.

La réflexion bénéfico-risque n'est pas engagée. La personne de confiance n'est pas désignée.

Le respect des droits des patients doit être évalué à partir d'enquêtes de satisfaction à la sortie d'hospitalisation ainsi qu'à travers la gestion des plaintes et des réclamations. De même la commission de relations avec les usagers et la qualité (CRUQ) doit être rapidement opérationnelle.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient n'est pas définie par l'établissement. Toutefois ce thème fait partie de ses objectifs prioritaires (voir contrat d'objectifs et de moyens (COM) signé en novembre 2005). Par ailleurs de nombreux professionnels concernés sont prêts à s'engager pour travailler sur ce thème. L'élimination des pièces du dossier doit être effectuée dans le respect des règles de confidentialité. Les professionnels doivent s'engager à ce que l'ensemble des prescriptions soit daté et signé.

Les informations permettant la continuité des soins doivent être transmises tout au long du séjour et à la sortie.

L'archivage doit bénéficier d'une organisation centralisée et d'une traçabilité.

Le dossier du patient doit faire l'objet d'un dispositif d'évaluation.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Le développement de la démarche qualité a été entravé par les difficultés liées à la fusion des établissements d'Alençon et de Mamers.

La dynamique d'amélioration de la qualité se traduit aujourd'hui par des actions de prévention et d'éducation à la santé dans certains secteurs d'activité (ESTAD, ESPACE Pédagogique) et des actions de travail en réseau.

La dimension transversale trouve sa traduction dans le développement de la prise en charge de la douleur, de l'accompagnement des patients en fin de vie, de la prévention des infections nosocomiales et des vigilances sanitaires ; ces actions sont confortées par de nombreuses formations.

Les points faibles mis en évidence par l'autoévaluation concernent :

- l'absence d'une véritable politique d'accueil traduite par l'absence de livret d'accueil du patient commun aux 2 sites du CHIC ;
- la faiblesse des coordinations entre les secteurs cliniques et médicotechniques ;
- l'insuffisance dans la prise en charge des personnes âgées ;
- la déficience du funérarium en contradiction avec la qualité de la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie ;
- et plus généralement l'absence presque totale de projets de service, de conseils de service et de chartes de fonctionnement.

La structure institutionnelle du CHIC est en adéquation avec la poursuite de l'amélioration de la qualité par la résolution de difficultés structurelles telles que :

- la restructuration architecturale des urgences ;
- l'ouverture d'un service de court séjour gériatrique ;
- la mise en œuvre imminente d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) en association avec le secteur libéral ;
- l'ouverture d'un service de chirurgie et anesthésie ambulatoire ;
- l'ouverture de 10 lits de soins palliatifs sur le site de Mamers dans le cadre du soins de suite et réadaptation (SSR) ;
- le projet d'extension de la réanimation polyvalente et du pôle mère-enfant ;
- la réorganisation et la mise en conformité réglementaire du bloc opératoire.

L'achèvement du processus d'amélioration du circuit du médicament et l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë sont le témoignage d'une implication certaine des personnels soignants et administratifs en dépit des difficultés liées à la fusion, à l'incertitude maintenant levée de la signature du contrat d'objectifs et de moyens (COM) et de la mise en œuvre de la T2A.

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

Le CHIC est constitué depuis le 1^{er} janvier 2004 par la fusion des établissements d'Alençon et de Mamers. Les orientations stratégiques reposent actuellement sur un contrat d'objectifs et de moyens (COM) qui vient d'être signé en novembre 2005 et sur un projet médical validé par les instances. Le projet d'établissement dans son ensemble n'a pas été élaboré.

Le rôle et la place des instances sont affirmés et un organigramme fonctionnel est diffusé.

La politique budgétaire repose sur le contrat d'objectifs et de moyens (COM). La comptabilité analytique reste exploitée à un niveau centralisé et les responsables des secteurs d'activité ne disposent pas d'outils pour évaluer leurs ressources. Le management interne repose sur un système de réunions classiques et très peu de conseils de service sont installés. La place et le rôle des professionnels sont peu identifiés et les fiches de poste non définies.

L'établissement doit finaliser un projet d'établissement dans ses différentes composantes et l'évaluer à périodicité régulière. La dynamique des professionnels peut être renforcée grâce à une décentralisation des éléments de pilotage et la généralisation des conseils de service.

I.5 Gestion des ressources humaines

La politique des ressources humaines n'est pas définie et le projet social n'est pas formalisé. La priorité lors de la fusion des deux établissements a été donnée à l'accompagnement social. Les instances représentatives des personnels remplissent leurs missions à l'exception de la commission du service de soins. Elles doivent cependant se doter d'un règlement intérieur.

La gestion prévisionnelle des ressources humaines est initiée.

La généralisation des fiches de fonction et des profils de poste est à poursuivre.

Une procédure d'accueil permettant l'intégration des nouveaux personnels n'est pas élaborée.

Les entretiens d'évaluation du personnel sont mis en place, mais le processus d'évaluation n'est ni formalisé ni structuré. La politique de formation est importante.

Le programme de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail est en cours de réflexion.

L'établissement n'a pas défini d'indicateurs de mesure permettant d'engager une dynamique d'amélioration de la qualité des ressources humaines. Aucune enquête de satisfaction n'a été réalisée auprès des personnels.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

La politique de la direction dans le domaine des fonctions logistiques est d'en structurer l'organisation et le fonctionnement. La direction des moyens logistiques est en cours de restructuration suite à la fusion des deux établissements. La négociation des conventions a été la priorité.

Une cellule d'étude des marchés publics a été créée en juin 2005, concourant à la formalisation de procédures d'achats et d'appels d'offre. Une redéfinition des liaisons fonctionnelles est en cours. La traduction dans le cadre de plans pluriannuels de l'expression des besoins des utilisateurs et du suivi des dépenses est un objectif à court terme.

L'établissement s'est organisé pour assurer l'approvisionnement. L'achat des équipements a connu une rupture, réactivée à ce jour, mais prenant en compte l'avis des professionnels de manière partielle.

Les maintenances préventives et curatives font l'objet de contrats externalisés chaque fois que de besoin et notamment en cas d'insuffisance de certains services.

La méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques) (HACCP) présente des points de rupture. Une planification d'actions à minima a été programmée en l'attente d'une UCP centralisée, en concertation avec les services vétérinaires.

La méthode RABC est l'un des objectifs fixés à court terme par la blanchisserie.

La fonction transport n'est pas définie à un échelon institutionnel.

Si l'établissement assure l'élimination sélective des déchets de soins, une mise en conformité pour les déchets des opérations funéraires est à réaliser. Les recommandations des organismes de contrôle sont prises en compte, répertoriées et suivies de plans d'actions ce qui permet d'assurer la sécurité et la maintenance des équipements et installations.

L'établissement a mis en place des organisations qui permettent d'assurer à la fois la sécurité des biens et des personnes, et la sécurité des personnes contre l'incendie. L'évaluation de l'ensemble des prestations logistiques reste à structurer.

I.7 Gestion du système d'information

L'établissement n'a pas défini de schéma directeur des systèmes d'information. Jusqu'à ce jour les actions ont été conduites de manière dispersée ; avec une scission entre le secteur administratif et le secteur médical et aussi entre les différents secteurs médicotechniques. Les professionnels sont prêts à s'engager dans un travail en commun sur le système d'information de l'établissement.

Le collège du département d'information médicale (DIM) n'a pas été constitué, et le règlement intérieur du département d'information médicale (DIM) non rédigé.

Même si une évaluation sous forme d'enquête vient d'être conduite par le service informatique, il reste à l'établissement à mettre en place un dispositif régulier de prise en compte des attentes et des besoins des utilisateurs pour développer des actions d'améliorations.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Le CHIC est constitué depuis 2004 et il n'a pas encore été élaboré de politique qualité et de gestion des risques. Néanmoins, des démarches qualité isolées et non coordonnées ont été initiées dans certains services ou secteurs d'activité comme en hygiène ou aux laboratoires et en imagerie, de même, l'établissement a mis en place les structures qualité : comité de pilotage et cellule qualité. Les professionnels sont informés et sensibilisés à la mise en place d'une démarche qualité. Une mobilisation et un niveau d'attente important en termes de démarche qualité chez les professionnels ont été constatés sans toutefois que les principes d'une telle démarche soient bien appropriés.

Il n'existe pas de dispositif organisé de gestion des besoins et de la satisfaction des patients. Les questionnaires de satisfaction ne sont pas remis aux patients. L'expression des correspondants externes n'est pas recherchée. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge n'est pas constituée. La gestion documentaire n'est pas structurée ni coordonnée. Il n'a pas été élaboré de programme de prévention des risques ni de système de signalement des événements indésirables de manière généralisée. L'établissement doit définir avec l'ensemble des professionnels sa politique qualité et de gestion des risques, la mettre en œuvre et l'évaluer.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique de vigilance sanitaire est essentiellement structurée dans le domaine de la sécurité transfusionnelle dont la dynamique d'amélioration doit s'orienter vers l'évaluation des pratiques transfusionnelles.

Les vigilances réglementaires sont pour la plupart installées et opérationnelles ; la matériovigilance, dont le correspondant a été nommé en 2004, est en cours de structuration et a développé sa première procédure de gestion des alertes.

La nomination d'un correspondant officiel en biovigilance, la structuration en cours de la réactovigilance doivent confirmer la volonté du CHIC d'organiser la mise en place en 2006 d'une coordination des vigilances permettant une sensibilisation plus efficace des professionnels à l'obligation de déclaration par la mise en œuvre d'une méthodologie commune et d'une politique commune d'amélioration de la qualité.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Depuis la fusion, il existe un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) unique et un programme d'actions décliné en fonction des orientations nationales et régionales. Cependant une politique coordonnée existait déjà avant la fusion. Depuis une harmonisation des différentes actions est développée.

Les professionnels paramédicaux sont impliqués dans la démarche. La stratégie de maîtrise de risque infectieux est définie à l'échelle du CHIC. Le CLIN est fonctionnel.

Des procédures existent et permettent aujourd'hui de s'inscrire dans la démarche d'évaluation.

Le développement du programme doit s'étendre sur d'autres champs : la restauration, la blanchisserie, la stérilisation, le pôle mère-enfant pour lesquels des projets de restructuration sont évoqués à court terme et pour lesquels l'avis du CLIN doit être recherché de façon anticipée, en termes de prévention du risque infectieux.

La procédure d'élimination des déchets doit s'étendre aux déchets et effluents des opérations funéraires.

La poursuite des actions et le suivi d'indicateurs s'imposent pour la pérennité de la démarche.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Formaliser, mettre en œuvre et évaluer une politique des droits et information du patient (DIP 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) ;
- Définir et mettre en œuvre un projet d'établissement dans toutes ses composantes (DIP 1, OPC 1, MEA 1, GRH 1, GSI 1, QPR 1) ;
- Généraliser les fiches de fonction, les profils de poste et mettre en place l'entretien d'évaluation périodique des personnels (MEA 7, GRH 5, 7).

Réserves formulées par la Haute Autorité de santé

- Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique du dossier patient (DPA 1, 2, 3, 5, 6, 7) ;
- Garantir le respect des bonnes pratiques en matière de prescriptions médicales (DPA 4, OPC 4, 9) ;
- Garantir la présence infirmière en permanence dans tous les secteurs (OPC 7) ;
- Garantir une organisation du bloc opératoire conforme à la réglementation assurant notamment la sécurité de tous les patients en surveillance post-interventionnelle (OPC 8) ;
- Assurer la mise en conformité du dépôt funéraire (OPC 13, GFL 7, SPI 9) ;
- Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique qualité et gestion des risques en incluant les risques professionnels (GRH 10, QPR 1, 2, 3, 4, 5).

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.

Cependant, la Haute Autorité de santé ayant émis des réserves sur les points mentionnés ci-dessus, **une visite ciblée** aura lieu sur les sujets concernés dans un délai de **1 an** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport des experts consécutif à la visite ciblée, la Haute Autorité de santé procédera à un réexamen de la situation de l'établissement.

PARTIE 4

SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Une visite ciblée a eu lieu le 29 mai 2007, conduite par une équipe de 2 experts-visiteurs.

A l'issue de la visite ciblée, un rapport des experts a été transmis à l'établissement qui a formulé ses observations à la HAS.

Ce rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement ont été communiqués à la HAS, pour délibération, en septembre 2007.

II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Rappel du libellé des réserves

- Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique du dossier patient (DPA 1, 2, 3, 5, 6, 7) ;
- Garantir le respect des bonnes pratiques en matière de prescriptions médicales (DPA 4, OPC 4, 9) ;
- Garantir la présence infirmière en permanence dans tous les secteurs (OPC 7) ;
- Garantir une organisation du bloc opératoire conforme à la réglementation assurant notamment la sécurité de tous les patients en surveillance post-interventionnelle (OPC 8) ;
- Assurer la mise en conformité du dépôt funéraire (OPC 13, GFL 7, SPI 9) ;
- Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique qualité et gestion des risques en incluant les risques professionnels (GRH 10, QPR 1, 2, 3, 4, 5).

II.2 Appréciation de la Haute Autorité de santé

Concernant la 1ère réserve :

- ✓ Appréciation de la Haute Autorité de santé

L'établissement a enclenché une dynamique importante autour de la politique du dossier patient. La mise en place du dossier patient unique est effective depuis mai 2007 à l'exception du service de maternité. Les prescriptions médicamenteuses sont rédigées sur un support unique de prescription et d'administration progressivement déployé depuis janvier 2006 pour un achèvement prévu en 2008. La traçabilité bénéfice/risque, l'identification de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont effectives. Le service de Maternité a choisi pour le moment de conserver son dossier de suivi de grossesse dont le support est commun à celui des gynécologues exerçant en ville. Un nouveau dossier est initié pour chaque grossesse et n'est jamais fusionné avec les dossiers de grossesse précédents. Le dossier d'anesthésie n'est pas systématiquement recherché lors des séjours suivants et ne bénéficie pas d'un archivage centralisé. L'archivage pour ce secteur n'est pas intégré à l'archivage central. Le service maternité n'utilise pas le support unique de prescription et dispensation. La personne à prévenir semble souvent renseignée mais la notion de personne de confiance n'est pas encore comprise et reste donc non renseignée. Le cahier des charges du dossier informatique est défini et l'appel d'offres est lancé. L'informatisation du service des urgences est prévue pour la fin 2007.

- ✓ Décisions de la Haute Autorité de santé

Au vu des éléments fournis par l'établissement aux experts-visiteurs et des constatations faites par les experts-visiteurs, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et émet la recommandation suivante :

- **Poursuivre la mise en œuvre et l'évaluation du dossier patient unique et généraliser l'archivage centralisé, en incluant la gynécologie obstétrique (DPA 1, 2, 3, 5, 6, 7).**

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

Concernant la 2ème réserve :

- ✓ Appréciation de la Haute Autorité de santé

L'établissement a mobilisé l'ensemble des professionnels concernés permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration du respect des bonnes pratiques en matière de prescriptions médicales :

- Les prescriptions médicamenteuses sont rédigées sur un support unique de prescription et d'administration en place depuis janvier 2006 et achevées en 2008. Elles sont datées et signées.

- Le praticien responsable reprend les éléments du traitement personnel qu'il juge nécessaire et y ajoute ses prescriptions personnelles.
- En cas de non disponibilité d'un traitement, la feuille de prescription est envoyée au pharmacien qui adapte le traitement personnel en fonction du livret thérapeutique et renvoie aussitôt la prescription.

Une analyse en continu des ordonnances nominatives est réalisée depuis janvier 2006. Les consommations d'antibiotiques font l'objet d'une analyse hebdomadaire et permettent de déterminer les profils d'antibiorésistance. Plusieurs audits ont été réalisés, l'établissement prévoit la continuité de ces audits.

✓ Décisions de la Haute Autorité de santé

Au vu des éléments fournis par l'établissement aux experts-visiteurs et des constatations faites par les experts-visiteurs, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et l'invite à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.

Concernant la 3ème réserve :

✓ Appréciation de la Haute Autorité de santé

Dans le cadre de la mise en œuvre de son projet médical, l'établissement, par opération de redéploiement, a renforcé, de manière pérenne les effectifs concernés. La restructuration des services de chirurgie avec fermeture d'une unité a permis la création du service d'ambulatoire anesthésie – chirurgie et le redéploiement des postes de nuit d'ide sur le secteur de SSR. La création récente d'une unité d'hospitalisation protégée (personnes souffrant de démence de la maladie d'Alzheimer) au sein du secteur USLD a permis de financer un poste d'ide supplémentaire pour la nuit.

✓ Décisions de la Haute Autorité de santé

Au vu des éléments fournis par l'établissement aux experts-visiteurs et des constatations faites par les experts-visiteurs, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et l'invite à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.

Concernant la 4ème réserve :

✓ Appréciation de la Haute Autorité de santé

L'établissement a pris la décision institutionnelle de garantir la sécurité anesthésique post interventionnelle. Des moyens budgétaires ont été dégagés et une organisation mise en place afin de créer une 2ème colonne d'astreinte des IADES affectés au bloc opératoire permettant ainsi une ouverture 24 H / 24 de la SSPI. Un suivi annuel de la traçabilité des prescriptions en SSPI a été mis en place.

✓ Décisions de la Haute Autorité de santé

Au vu des éléments fournis par l'établissement aux experts-visiteurs et des constatations faites par les experts-visiteurs, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et l'invite à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.

Concernant la 5ème réserve :

✓ Appréciation de la Haute Autorité de santé

L'établissement a défini deux objectifs principaux pour répondre à la mise en conformité du dépôt funéraire et améliorer la qualité de la prise en charge du décès et de l'accompagnement de l'entourage :

- Créer une chambre mortuaire respectant la réglementation et prenant en compte les spécificités des différents cultes.
- Transférer progressivement la prise en charge de la chambre mortuaire d'Alençon de la direction des services logistiques à la direction des soins.

Les actions mises en œuvre par l'établissement concernent :

- L'instruction d'un projet architectural en remplacement des locaux actuels (le dossier est au stade de l'APD avec dépôt de permis de construire).
- Le début des travaux est envisagé après l'été 2007 pour une durée estimée à 8 mois.

Des mesures conservatoires ont été prises pour :

- Garantir l'élimination des DASRI et raccorder les eaux usées au réseau de l'hôpital.
- Encadrer et former le personnel des brancardiers.

Durant la période des travaux, signature d'une convention avec les 2 entreprises de pompes funèbres de la ville, garantissant au total 7 places de dépôt mortuaire.

✓ Décisions de la Haute Autorité de santé

Au vu des éléments fournis par l'établissement aux experts-visiteurs et des constatations faites par les experts-visiteurs, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et l'invite à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.

Concernant la 6ème réserve :

✓ Appréciation de la Haute Autorité de santé

La réflexion sur la politique qualité s'est engagée de façon pluridisciplinaire et consensuelle avec validation par les instances des objectifs à atteindre et des actions à mettre en place :

- Définition d'une politique qualité et de gestion des risques.
- Mise en place de l'analyse des déclarations d'évènements indésirables, en coordination avec la cellule qualité.
- Appréciation du niveau de satisfaction des patients.

Les actions déclinées ont visé à :

- L'élaboration d'une politique qualité et de gestion des risques approuvées par les instances.
- L'analyse a posteriori des risques à partir du recueil des déclarations des événements indésirables qui permettra de hiérarchiser les différents risques.
- La distribution systématique des questionnaires de sortie par l'intermédiaire des livrets d'accueil. L'analyse des retours débute depuis mai 2007.
- La mise en place de la CRUQ depuis début 2006.

En revanche, le document unique n'est toujours pas établi 5 ans après la parution du décret, cette action n'a pas été jusqu'à présent jugée comme prioritaire par l'institution.

✓ Décisions de la Haute Autorité de santé

Au vu des éléments fournis par l'établissement aux experts-visiteurs et des constatations faites par les experts-visiteurs, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et émet la recommandation suivante :

- **Poursuivre la mise en œuvre de la politique qualité et de gestion des risques et mettre en place, sans délai de manière opérationnelle, le document unique portant sur les risques professionnels (GRH 10, QPR 1, 2, 3, 4, 5).**

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