



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DE LA
POLYCLINIQUE DES ALPES-DU-SUD**

**36, avenue du Commandant-Dumont
05000 GAP**

Mars 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.9
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.10
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé	p.15
II.2 Modalités de suivi	p.15

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**

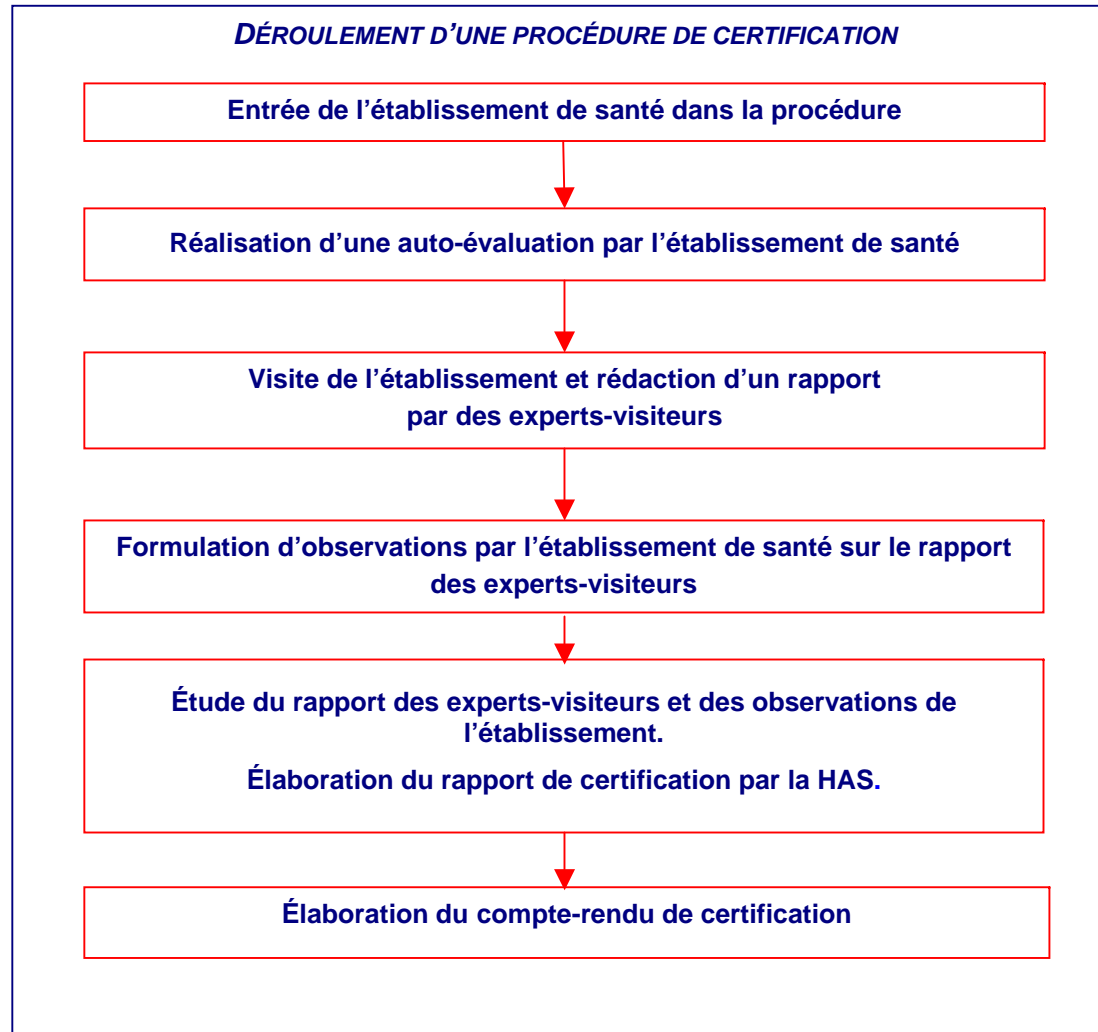
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) 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 des Alpes-du-Sud	
Situation géographique	Ville : Gap Département : 05	Région : PACA
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 but lucratif	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	75 lits et 11 places (MCO) 25 lits de médecine, 50 lits et 11 places de chirurgie	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	Un seul	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Médecine et chirurgie	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Chirurgie et chirurgie ambulatoire avec places d'anesthésie, médecine avec chimiothérapie	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Centre hospitalier de Gap, centre hospitalier d'Embrun, centre de rééducation fonctionnelle Rhône Azur, de Haute-Provence « l'Eau Vive », de médecine et de soins de suite « La Source », le « Rio Vert », l'EFS-AM, et le cabinet de radiologie libéral.	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Départements : 04, 05, 06, 13,26, 38, 69, 83 et autres, majoritairement de 05, ensuite 04, minoritairement pour les autres.	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	La réalisation d'un établissement neuf sur un nouveau site a été décidée par les actionnaires, validée par les tutelles et encadrée par un accompagnement budgétaire. Le début des travaux a été prévu pour le dernier trimestre 2003 et la fin des travaux pour le dernier semestre 2005 avec un retard effectif à ce jour.	

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **La Polyclinique des Alpes du Sud** sise 36, avenue du Commandant Dumont – 05000 GAP.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **1 janvier 2005**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 15 au 18 novembre 2005 par une équipe multiprofessionnelle de **3 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 Mars 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

L'établissement met en œuvre une politique favorisant l'information des patients et de leurs familles, ainsi que le respect de leurs droits. Le consentement éclairé, l'information et le respect de l'intimité sont les axes développés par les professionnels soignants. Les médecins et l'ensemble des équipes se sont engagés dans une volonté d'information et de consentement toujours recherchée après une information « claire et loyale » réalisée de manière progressive, orale ou à l'aide de supports dont la généralisation est en cours. Il en est de même pour la réflexion bénéfice-risque. Le patient et sa famille sont prévenus de la date de sortie théorique dès la consultation chirurgicale où la décision opératoire est fixée. L'analyse des réclamations et/ou des plaintes se fait par l'étude des fiches de satisfaction remises au patient dans son livret d'accueil.

I.2 Dossier du patient

Même si la politique du dossier du patient n'est pas formalisée, l'amélioration de la qualité du dossier du patient a donné lieu à la mise en service de la troisième version de ce dossier accompagnée de son guide d'utilisation. Le dossier administratif reste toujours séparé du dossier de soins pendant toute la durée du séjour. Les dossiers des hospitalisations antérieures sont systématiquement mis à disposition des soignants à chaque nouvelle hospitalisation.

Les dossiers sont stockés dans les offices de soins dans des chariots non sécurisés et les portes des offices, même si elles sont fermées, ne peuvent pas pour l'instant être verrouillées en l'absence des équipes soignantes.

Les médecins ont engagé des actions de sensibilisation pour parvenir à la généralisation des prescriptions datées et signées et pour transcrire eux-mêmes les transcriptions des traitements personnels des patients. Un document a été élaboré pour supprimer la retranscription des prescriptions médicales par les infirmières.

Le suivi des patients par les médecins est régulier, mais les organisations actuelles rendent difficile la communication de la traçabilité entre les médecins et les équipes soignantes.

L'effort doit maintenant porter sur la systématisation de l'évaluation du dossier du patient.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La qualité de la prise en charge du patient est au cœur de la démarche qualité que conduit l'établissement.

Les nouvelles orientations stratégiques liées aux modifications des missions de la clinique ont été à l'origine de modifications dans l'organisation des prises en charge.

L'organisation et la planification du séjour du patient sont au cœur des actions entreprises par la clinique.

Des actions et des moyens ont été engagés par l'établissement pour optimiser le circuit du patient au cours de son séjour, par la création d'une cellule de gestion des lits, travaillant de manière étroite avec l'ensemble des secteurs de la prise en charge.

Des idées originales ont été développées pour permettre d'optimiser le suivi et la traçabilité périopératoire par la mise en place d'un document partagé par l'ensemble des acteurs du secteur opératoire.

Les moyens actuels alloués à la pharmacie n'ont pas encore permis d'aménager la distribution nominative des médicaments et l'étude de faisabilité est en cours dans le cadre du contrat du bon usage des molécules onéreuses. La mise en place du guide de l'antibiothérapie, le suivi des Bactéries multirésistantes, et l'implication des divers acteurs du Comité de lutte contre les infections nosocomiales et du COMEDIMS sont une garantie de bonnes pratiques.

Les secteurs d'activité clinique se sont engagés dans des actions systématisées d'évaluation de leurs pratiques professionnelles.

Certains médecins ont déjà entrepris des actions individuelles d'Evaluation des pratiques professionnelles.

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

L'arrivée récente d'un nouveau directeur a eu comme priorité de relancer la construction de la clinique en faisant un montage financier pérenne.

Dans ce contexte, les orientations stratégiques sont définies, un Contrat d'objectifs et de moyens a été signé en 2000 et couvre la période jusqu'en 2006.

Le style de management a changé et s'oriente vers la participation.

La politique financière est en place, mais la procédure budgétaire doit être élaborée.

Pour une meilleure implication des secteurs d'activité, des outils de pilotage appropriés aux missions de la clinique, sont à définir.

Pour l'instant certains domaines sont évalués, la généralisation de l'évaluation périodique des objectifs est à mettre en place.

I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social n'est pas formalisé ; pour autant des valeurs fortes sont véhiculées par la direction, dont la résultante est un bon climat social.

Un organigramme fonctionnel existe, est connu des professionnels.

Le plan de formation est proposé au regard des orientations stratégiques de l'établissement ; il est soumis pour avis à la délégation unique. Certaines formations sont qualifiantes.

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est associé aux décisions le concernant.

La planification des présences des personnels est en place.

Le responsable du personnel et la Direction du service de soins infirmiers se partagent les missions de la gestion des ressources humaines ; leur fiche de poste est définie.

Les délégués du personnel, le comité d'entreprise et la Conférence médicale d'établissement se réunissent de façon réglementaire ; des comptes rendus sont faits, diffusés ou affichés.

La Conférence médicale d'établissement exerce pleinement ses missions, les médecins sont fortement impliqués dans le fonctionnement de la clinique.

L'intégration du personnel est une priorité, mais il n'existe pas de bilan d'intégration.

Les entretiens d'évaluation des personnels sont en projet.

Le document unique est en cours d'élaboration.

L'évaluation de la politique des ressources humaines est à développer.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Des pôles d'achats existent. Les demandes exceptionnelles sont évaluées par le responsable de service ou le directeur. L'avis des professionnels est sollicité pour l'achat de certains produits.

L'établissement répond rapidement aux recommandations des organismes de contrôle.

Un logiciel récemment acquis permet de faire l'inventaire des matériels, d'assurer la traçabilité des interventions de maintenances préventives et curatives.

Les fonctions de restauration, blanchisserie et bionettoyage sont en partie externalisées.

Les circuits sont définis et connus des professionnels.

Le tri et le circuit des déchets sont respectés. L'agent d'entretien est informé des protocoles, mais n'a pas bénéficié de formation relative à l'élimination des déchets. Le local de stockage des Déchets d'activité de soins à risque infectieux est sécurisé.

Des actions ponctuelles d'évaluation sont réalisées.

I.7 Gestion du système d'information

Le schéma directeur du système d'information n'est pas formalisé, mais en projet pour l'informatisation de la nouvelle clinique.

La formalisation d'une procédure de recueil des besoins du personnel permettra de l'associer au changement de système d'information.

La communication interne fonctionne de façon adéquate, un journal trimestriel relaye les différentes orientations de la direction et les différentes avancées des professionnels.

La communication externe est efficace et fait partie de la culture de la clinique.

Un médecin Département d'information médicale consacre son temps au suivi du Programme de médicalisation du système d'information pour la mise en place de la nouvelle tarification et s'adresse à un cabinet externe pour une vérification des données.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

L'établissement est engagé dans une politique qualité depuis 1998. La responsable de l'assurance qualité a été recrutée en 2004, a initié la démarche d'accréditation et a formé l'ensemble du personnel de la clinique à la démarche.

Des groupes d'auto-évaluation pluridisciplinaires ont été constitués et des axes d'amélioration ont été mis en évidence et hiérarchisés.

L'information de l'avancée de la démarche à l'ensemble du personnel a été relayée par le journal interne.

Un questionnaire de sortie a été élaboré. Les plaintes orales sont traitées en temps réel au cas par cas et les plaintes écrites font l'objet d'une réponse de la part du directeur. La Commission de relations avec les usagers et la qualité est constituée.

Des procédures et protocoles ont été rédigés, validés, diffusés et sont accessibles dans les postes de travail.

Des évaluations ponctuelles sont réalisées, quelques indicateurs de suivi définis.

La prévention de certains risques est effective et l'évaluation est amorcée, toutefois la fiche d'événements indésirables a été abandonnée et doit être revue ; un programme de prévention des risques doit être défini, puis évalué.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les activités de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle sont en place. Les correspondants sont nommés et un organigramme est diffusé dans les services.

Le traitement des alertes sanitaires est organisé 24 heures/24.

L'acquisition d'un logiciel a permis de recenser le matériel de la clinique et assure la traçabilité des maintenances préventives et curatives.

Les règles de sécurité transfusionnelle sont établies et connues des professionnels. Les infirmières ont bénéficié d'une formation. Les médecins sont informés par courrier individuel de l'évolution de la réglementation, mais n'ont pas bénéficié d'une formation.

Des évaluations ponctuelles sont réalisées.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Le programme de maîtrise du risque infectieux est élaboré. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales est opérationnel. Les instances sont associées à cette définition du programme. L'ensemble du personnel est informé de ce programme ainsi que le public. En effet il est diffusé sur le site Internet de la clinique pour dispenser l'information. L'information des actions est relayée dans les services par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales et la pharmacienne collaborent afin d'assurer le suivi des Bactéries multirésistantes.

Un guide des prescriptions des antibiotiques est rédigé. Un projet de prescription nominative des antibiotiques onéreux est en cours.

Le service de stérilisation a mis en place un système d'assurance qualité depuis quelques années.

Le prestataire du service de restauration a mis en application la démarche *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques).

Les surveillances sont maîtrisées (eau, air, surfaces...)
Le programme d'évaluation est réalisé.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Mettre en place une évaluation périodique du personnel ;
- Définir, mettre en œuvre et évaluer un programme de prévention des risques.

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.