



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DE
DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
MARCEL-SEMBAT**

**105, avenue Victor-Hugo
92100 BOULOGNE-BILLANCOURT**

Janvier 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.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 ?

L'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**

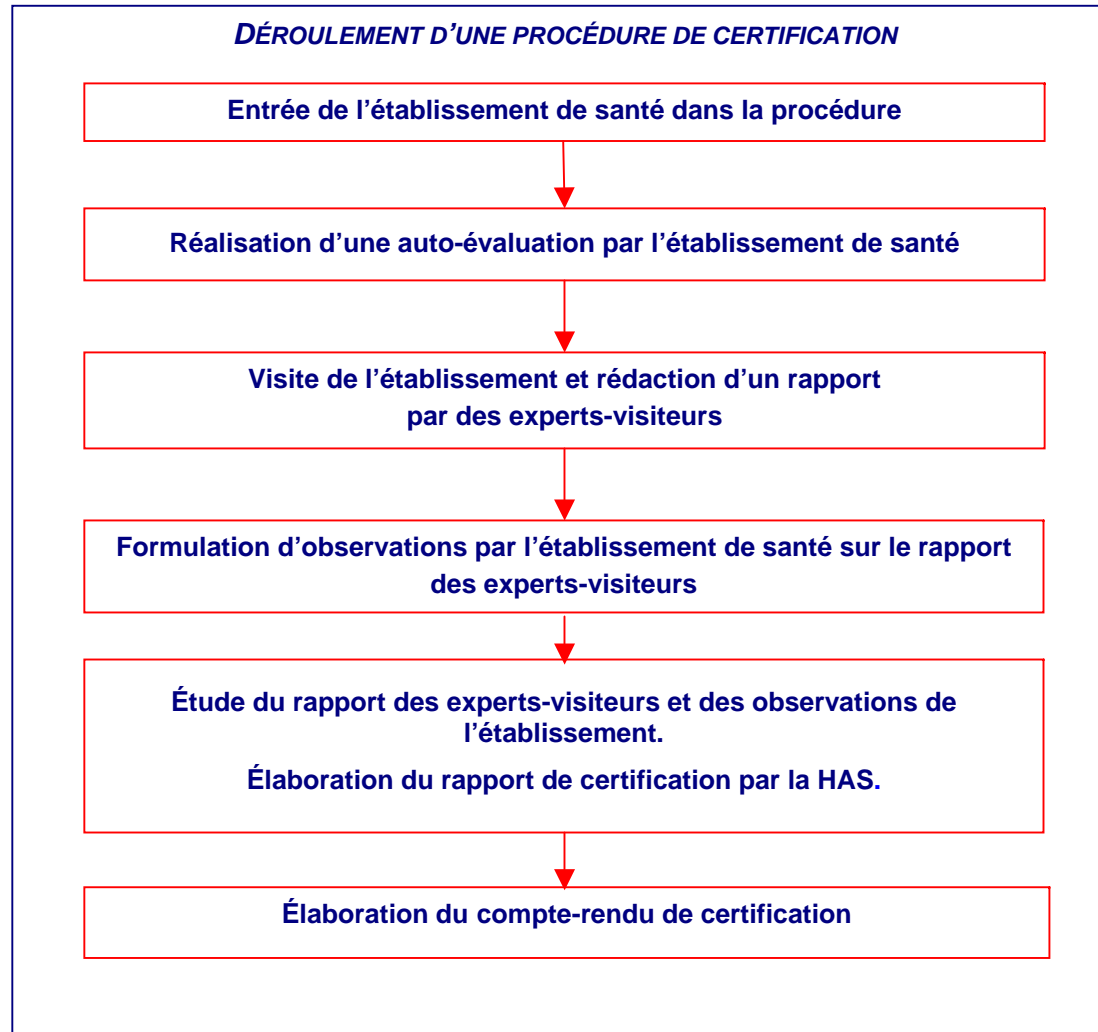
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) 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	Clinique chirurgicale Marcel-Sembat	
Situation géographique	Ville : Boulogne-Billancourt Département : 92100	Région : IDF
Statut (privé-public)	SAS	
Type de l'établissement (CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif)	Établissement privé à but lucratif	
Nombre de lits et places (préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))	60 lits et 19 places	
Nombre de sites de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu	Un site unique	
Activités principales (par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)	Monoactivité : disciplines chirurgicales à l'exception de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie	
Activités spécifiques (urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)	Hospitalisation traditionnelle et ambulatoire	
Coopération avec d'autres établissements (GCS, SIH, conventions...)	Convention d'imagerie lourde : clinique Bachaumont Convention pour l'accueil des patients en réanimation : clinique Geoffroy Convention avec l'ETS de l'AP (établissement Français du sang : Foch) Convention avec l'hôpital américain et avec l'hôpital Foch pour la prise en charge de leurs	

	patients de chirurgie pédiatrique Convention avec l'hôpital de Neuilly-Courbevoie pour la prise en charge, en tant que centre spécialisé, de leurs patients de chirurgie pédiatrique Convention avec la maison des enfants de Brolles pour les soins de suite pédiatrique
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Début 2005, l'établissement a décidé de s'adosser à un groupe de l'hospitalisation privée : la Générale de santé.

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **La clinique chirurgicale Marcel Sambat** sis 105 avenue Victor Hugo 92100 BOULOGNE BILLAN COURT.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du 29 septembre 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 6 au 9 septembre 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 janvier 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'approche humaniste de la prise en charge des personnes est ancienne. En l'absence de politique définie (pas de projet d'établissement), les axes prioritaires concernent l'information, la confidentialité, le respect de la dignité et de l'intimité.

Les personnels multidisciplinaires sont très impliqués dans la démarche de formalisation des principes de respect des droits des personnes et dans leurs applications.

La charte du patient est largement diffusée auprès des usagers (livret d'accueil, affichage) et des personnels (taux d'agents formés important).

Des dispositifs, concernant l'information et le consentement, sont instaurés pour permettre au patient d'assurer sa pleine responsabilité dans les décisions qui le concernent.

De multiples initiatives contribuent au respect de la confidentialité et de l'intimité.

La dynamique d'amélioration est à inscrire dans la durée et devrait logiquement évoluer vers l'évaluation des pratiques professionnelles.

I.2 Dossier du patient

Suite à un audit réalisé en novembre 2004, un travail multiprofessionnel a permis de finaliser un dossier du patient unique et partagé sur support papier. Ce dossier permet de rassembler tous les éléments de suivi de l'état du patient (prescriptions, soins, résultats biologiques et radiologiques...). Ce dossier unique et partagé est accessible en permanence par tous les professionnels. Son accès est sécurisé. L'informatisation du dossier ne concerne actuellement que les données administratives. Une évaluation régulière du dossier devrait permettre de garantir le degré d'exhaustivité des données présentes actuellement dans le dossier.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La politique de l'établissement est centrée sur la prise en charge du patient. Des travaux récents ont apporté une amélioration de l'environnement hôtelier, mais également technique (nouvelle salle de soins et salle de jeux en pédiatrie). Cette prise en charge prend en compte le patient et sa pathologie en organisant son séjour dans des secteurs bien différenciés : hospitalisation adulte ou pédiatrique, chirurgie orthopédique ou viscérale, secteur ambulatoire. L'organisation, et en particulier le dossier de préadmission créé avant l'hospitalisation, permet une prise en charge rapide et adaptée. L'organisation des services et du bloc opératoire garantit la sécurité de la prise en charge du patient avant, pendant et après l'intervention. Toutefois, l'organisation du transport au sein du bloc devra être revue. La continuité des soins est assurée grâce à des permanences et astreintes médicales organisées. La dispensation non nominative des médicaments est assurée. La gestion de la sortie est organisée dès la consultation préopératoire et tout au long du séjour.

L'évaluation de la prise en charge n'est que partielle. L'évaluation globale et structurée des pratiques professionnelles constitue la prochaine étape de la politique de l'établissement.

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

L'établissement n'a pas de projet d'établissement. Un contrat d'objectifs et de moyens a été signé qui prévoit la formalisation d'un projet d'établissement dans les 18 mois. Un report a été sollicité. Les instances exercent pleinement leurs attributions. Toutefois, le rôle de la conférence médicale d'établissement a besoin d'être développé. La clinique a mis en œuvre une politique de communication, financière et budgétaire avec des outils de pilotage. Le management interne des secteurs d'activité permet d'assurer la continuité des soins toute l'année en dehors de la période estivale de fermeture d'été. Les domaines de compétences des responsables sont clairement identifiés dans leurs missions notamment l'entretien annuel d'évaluation de leurs agents. Les objectifs du futur projet d'établissement seront évalués régulièrement.

I.5 Gestion des ressources humaines

En l'absence de projet social, les axes de progrès définis par la direction sont l'accueil, la formation et les entretiens individuels. Les instances représentatives (DUP- Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) assurent leurs missions. Le climat social est positif. La gestion des ressources humaines développe une gestion prévisionnelle, des stratégies de recrutement, l'adéquation entre charge de travail et ressources. Le recrutement est organisé ; des fiches de fonction existent. Des procédures d'accueil et d'intégration des personnels et étudiants sont en place. Les entretiens d'évaluation sont à initier. La formation influence les plans d'amélioration (hygiène...) ; des mesures sont prises pour assurer la confidentialité des informations concernant les professionnels. L'évaluation est à développer.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement évalue et approvisionne à périodicité définie les besoins des secteurs d'activité sur le plan quantitatif et qualitatif. La maintenance des bâtiments, installations, équipements et biomédical est organisée afin d'assurer une continuité et sécurité des soins. La fonction restauration respect la méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques) malgré la conception architecturale des lieux. La fonction linge assure une qualité de prestation ainsi que le bionettoyage des locaux et équipements bien que le comité de lutte contre les infections nosocomiales n'ait pas communication des contrôles effectués. La fonction transport est structurée, mais son organisation doit être revue au niveau du bloc opératoire pour garantir aux patients une sécurité en hygiène. Les modalités de tri sélectif des déchets assurent une protection de l'environnement. Des dispositions organisationnelles assurent la sécurité des biens et des personnes notamment contre le risque incendie. Aucune prestation logistique interne et externe est évaluée.

I.7 Gestion du système d'information

Un schéma directeur des systèmes d'information a été élaboré à partir de 2001 avec l'aide d'un consultant. Il couvre trois domaines. À ce jour certains secteurs sont informatisés.

Une politique relative à la confidentialité et à la sécurité des informations concernant les patients est en place, mais pas formalisée.

Le responsable chargé de l'information médicale est identifié. Ses missions sont définies dans un règlement intérieur qui vient d'être mis en forme. Il n'a pas été validé par le directeur et par la commission médicale de l'établissement.

Les besoins des utilisateurs sont recueillis. Les dysfonctionnements sont immédiatement résolus. En revanche, ils ne sont ni recensés, ni analysés, ni formalisés pour permettre l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des systèmes d'information.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Une politique qualité a été définie. Le lancement de la procédure d'accréditation a permis sa formalisation. Un comité de pilotage a été créé avec des groupes de travail pluridisciplinaire. La politique qualité sera intégrée dans le futur projet d'établissement.

Un processus de gestion de la qualité prend en compte les besoins des clients : enquête de satisfaction, questionnaires, commission de conciliation, etc.

Une gestion documentaire interne est organisée. Elle permet une maîtrise des documents : protocoles ; évaluation et mise en place d'indicateurs.

Le recueil des informations relatives aux risques et aux événements indésirables est organisé.

Le plan qualité mis en place en 2004/2005 n'a pu être évalué en raison de sa mise en place récente. En raison de son absence, le programme de prévention des risques ne peut être évalué.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

L'établissement a réorganisé en début d'année les différentes vigilances sanitaires. Les responsables sont définis et connus de tous. Une nouvelle fiche de déclaration des événements indésirables a été conçue et mise en place sur l'intranet. L'hémovigilance structurée autour d'un binôme pharmacien-anesthésiste a élaboré un nouveau dossier transfusionnel en concertation avec l'établissement français du sang de rattachement. Avant tout acte transfusionnel, une information orale et écrite est dispensée au patient par le médecin anesthésiste. La matériovigilance restructurée en début d'année a bénéficié de l'aide d'un organisme extérieur pour mettre en œuvre une gestion de la maintenance assistée par ordinateur permettant d'améliorer la maintenance préventive. La restructuration récente des vigilances n'a pas permis de mettre en place une évaluation globale et systématique de toutes ces vigilances.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La coordination de maîtrise du risque infectieux est assurée par le comité de lutte contre les infections nosocomiales. Des actions volontaristes sont mises en œuvre sans référence à une politique.

Le dispositif « hygiène » est structuré (comité de lutte contre les infections nosocomiales, groupe hygiène et asepsie, consultante en hygiène, formation des personnels, formalisation de procédures).

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est informé des actions entreprises. Cependant, les travaux devront faire l'objet d'une déclaration systématique au comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Une stratégie de surveillance et des mesures sont initiées sur les domaines d'activité ou secteurs à risque.

Un dispositif de signalement est en place. L'utilisation de la fiche d'infectiovigilance doit être optimisée.

Le patient est associé aux actions de prévention le concernant.

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux existe. Les règles d'antibioprophylaxie sont formalisées et appliquées. Le suivi annuel des antibiotiques est à initier.

L'identification des risques professionnels est réalisée. Le programme de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang est opérationnel.

L'utilisation des dispositifs stériles à usage unique est généralisée. Une démarche d'assurance qualité est en place en stérilisation.

Dans un contexte de forte contrainte architecturale, le transport du patient de la chambre à la salle d'intervention doit être redéfini.

Un prestataire assure la préparation des repas : une assurance qualité est en place.

Des évaluations existent, elles sont à développer et évoluer vers l'évaluation des pratiques professionnelles.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandation formulée par la Haute Autorité de santé

- Formaliser et évaluer le 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 de la recommandation mentionnée ci-dessus.

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