



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION
DU CENTRE HOSPITALIER DE SOMAIN**

**61 *bis*, rue Joseph-Bouliez
BP19
59490 SOMAIN**

Décembre 2005

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.....	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**

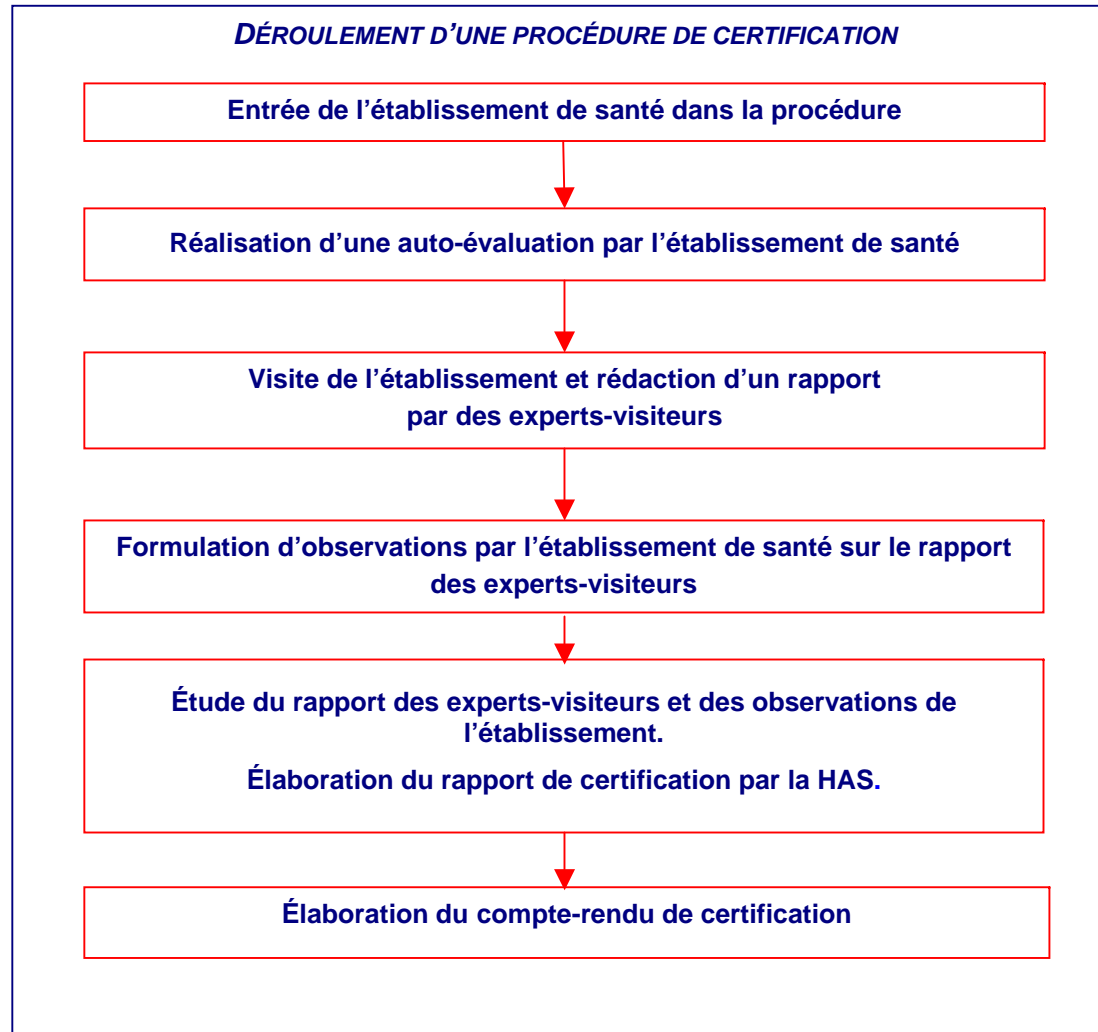
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) 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	Centre hospitalier de Somain	
Situation géographique	Ville : Somain Département : Nord	Région : Nord-Pas de Calais
Statut (<i>privé-public</i>)	Établissement public de santé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Centre hospitalier	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	Médecine polyvalente : 40 lits. Psychiatrie générale : 30 lits , 24 places en appartements thérapeutiques (Dont 12 places traitées par convention externe avec une association) et 12 places d'hôpital de jour. Alcoologie : 12 lits. Soins de suite : 58 lits. Soins de longue durée : 60 lits. La convention tripartite a été signée, la réforme du financement EHPAD est appliquée et l'établissement a fait le choix de rester en secteur sanitaire.	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	Un site central, un hôpital de jour et des appartements thérapeutiques répartis sur le secteur, dont communes avoisinantes.	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	L'établissement offre une prestation de proximité en médecine générale, consultations spécialisées, soins de suite, de longue durée, alcoologie et psychiatrie.	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	L'établissement ne dispose pas d'un service d'urgence, mais met à la disposition du public une consultation généraliste sans rendez-vous. Il propose une offre de consultations spécialisées : dermatologie, pneumologie, cardiologie, gastroentérologie, pédiatrie, alcoologie, troubles de la mémoire, chirurgie générale, ORL, gynécologie-obstétrique et une consultation de sage-femme.	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Les consultations spécialisées, en particulier, sont organisées grâce à un maillage de conventions avec les établissements de proximité : clinique du Pont-Saint-Vaast de Douai, centre hospitalier de Douai et surtout avec le centre hospitalier de Denain.	

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	25 % des patients sont originaires de Somain. Les autres proviennent de communes situées dans un rayon proche (Marchiennes, Orchies, Pecquencourt, Fenain, Aniche). 40 % des patients proviennent d'autres communes du département.
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Avant une restructuration débutée en 1993 et achevée en 1999, l'établissement proposait une offre de soins de type MCO. Le projet d'établissement qui courait jusqu'en 2003 a été prolongé jusqu'à début 2006, inclut une humanisation de l'accueil, en particulier en psychiatrie. Le COM prévoit la mise en place de structures spécialisées pour la maladie d'Alzheimer. Une réflexion débute dans l'établissement pour l'élaboration du nouveau projet d'établissement, dans la continuité de la démarche d'accréditation.

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **Le Centre Hospitalier de Somain**, sis 6bis rue Joseph-Bouliez BP19 59490 SOMAIN.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du 30 septembre 2004

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 17 au 20 mai 2005 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 décembre 2005**.

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 a intégré la loi du 4 mars 2002 et mis en place des actions concrètes concernant les droits et information du patient.

De nombreux vecteurs moyens de communication permettent d'informer le patient et sa famille sur les possibilités offertes d'exercer leurs droits.

Il existe une forte démarche quant à l'information du patient qui mériterait toutefois d'être complétée par une meilleure identification des catégories professionnelles.

Suite à une réflexion, les personnels ont mis en place des actions pour améliorer l'accueil et l'information du patient, adaptés au motif de sa prise en charge et à sa capacité de compréhension.

Le consentement du malade est recueilli et tracé dans un dossier du patient unique, sa liberté est préservée dans les limites de sa sécurité.

Une attention particulière est portée au respect de la confidentialité tant au niveau des documents qu'au niveau de la présence du patient.

L'établissement affiche une réelle dynamique dans l'amélioration du dispositif de gestion des plaintes et des réclamations, et dans l'identification au quotidien des besoins et des attentes du patient.

Les équipes se sont investies dans la démarche d'évaluation des droits du patient, mais reste à finaliser.

I.2 Dossier du patient

L'établissement a une politique formalisée du dossier du patient. Les instances et tous les professionnels concernés sont associés à sa définition.

Ces derniers sont sollicités, impliqués, et motivés, et une dynamique forte se dégage autour de cet outil de coordination pluridisciplinaire. Le dossier est en évolution constante depuis plusieurs années. Les professionnels ont su l'adapter à l'évolution de la réglementation en particulier depuis l'intégration par les professionnels de la loi de 2002. Ces derniers sont fortement sensibilisés à l'importance du respect des droits et information du patient, de la confidentialité. Une évaluation est prévue à 6 mois.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

L'élaboration du prochain projet d'établissement est engagée.

Une politique de communication externe est en voie de formalisation.

La politique de l'accueil existe 24 heures/24, l'établissement engage dans une politique « hôpital sans tabac ».

La gestion du dossier du patient et sa mise en œuvre dans l'intérêt du patient ont fait et font l'objet d'une dynamique importante au point que les solutions trouvées dans la traçabilité sont un point exemplaire.

Les projets médical et de soins échus ont souhaité envisager une prise en charge la plus globale possible. La prise en charge de la douleur n'est pas formalisée.

La coordination des soins est en place sauf en ce qui concerne la dimension nutrition. Il est proposé à l'établissement d'initialiser une réflexion sur la coordination soins/alimentation.

La continuité des soins est assurée et la présence de tableaux prévisionnels de service des praticiens seniors validés et diffusés a valeur d'exemplarité.

Le fonctionnement des prescriptions médicamenteuses est satisfaisant pour la majorité des services cliniques, mais mérite d'être évolutif. Il est proposé à l'établissement d'initialiser une réflexion quant au bon usage des médicaments.

La fonction examens de laboratoire fait l'objet d'une amorce de démarche qualité avec l'analyse des non-conformités. La fonction radiologie est assurée dans l'établissement.

Le manque de procédure de sortie a été identifié.

La prise en charge du décès du patient est organisée et procédurée.

Il n'existe pas de réflexion sur la mise en commun des protocoles concernant des affections transversales aux différents services médicaux, mais une mise en commun des protocoles de soins.

La structuration de la politique d'évaluation est en dynamique.

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

L'établissement s'est engagé dans l'élaboration du futur projet d'établissement. Les grandes orientations médicales ont été définies, une organisation et un échéancier mis en place. Le règlement intérieur de l'établissement vient d'être rédigé. Les instances exercent leurs fonctions en accord avec la réglementation. Une collaboration étroite existe entre la direction et la commission médicale d'établissement. L'établissement a privilégié le développement d'outils de communication interne et notamment la création d'un site intranet. D'une manière générale, la taille familiale de l'établissement favorise les échanges informels. L'établissement a su mener une politique de gestion rigoureuse lui permettant de réussir ses opérations de restructuration. La gestion reste très centralisée. La création récente d'un département de l'information médicale permet de développer l'analyse médicale de l'activité par secteur et favorisera le passage à la T2A. Des outils de suivi et d'évaluation des ressources mériteraient d'être développés par secteur d'activité et diffusés à l'ensemble des professionnels concernés. Les services ont mis en place des méthodes de concertation et de travail favorisant l'amélioration de la prise en

charge du patient. Organigramme et fiches de poste définissent pour chaque service les missions et responsabilités des professionnels. Tableaux de présence et plannings de garde sont affichés dans les postes de soins. Des indicateurs qualité ont été mis en place dans les services de soins, mais il n'existe pas de politique d'évaluation structurée. Il serait intéressant de profiter de la rédaction du projet d'établissement pour structurer et formaliser la politique d'évaluation de l'hôpital.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement n'a pas actuellement de projet social. La réflexion est engagée dans le cadre du futur projet d'établissement. Un groupe de travail est constitué. Le dialogue social est organisé. Les instances remplissent leurs missions et se réunissent conformément à la réglementation. Une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et compétences est engagée. L'établissement a créé un pool de remplacements permettant réactivité et souplesse dans la gestion des remplacements. Une démarche institutionnelle a permis l'homogénéisation et la quasi-généralisation des fiches de poste. Les recrutements sont réalisés en conformité avec la réglementation. Une procédure d'accueil et d'intégration n'existe que pour les emplois temporaires et mériterait d'être généralisée. La procédure d'évaluation est en cours de réalisation. L'encadrement vient de bénéficier d'une formation sur ce nouveau dispositif. La formation continue est un axe fort de la politique de gestion des ressources humaines. Elle est encouragée par la direction. Une commission de la formation pluridisciplinaire a été mise en place afin de statuer sur les priorités. La gestion des données administratives concernant le personnel est sécurisée. Le document d'évaluation des risques professionnels a été réalisé en 2003 puis réactualisé et approfondi en 2005. Il a permis la mise en œuvre d'un programme d'actions d'amélioration. En dehors de ce travail, l'hôpital n'a pas mis en place d'autres programmes d'amélioration des conditions de travail. Un plan annuel d'amélioration des conditions de travail doit être formalisé.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

La politique de gestion des fonctions logistiques n'est pas clairement énoncée. Les approvisionnements de l'établissement sont gérés dans le respect de la réglementation, mais dans une démarche participative non structurée. Il est proposé à l'établissement de généraliser l'association des utilisateurs aux procédures d'achat. La gestion des maintenances est en dynamique d'amélioration et il est proposé de finaliser la formalisation des maintenances. La démarche qualité est peu installée en restauration en ce qui concerne l'équilibre nutritionnel et la recherche de la satisfaction des consommateurs alors que la population accueillie rend cet axe important. Il est recommandé à l'établissement de mettre en œuvre une politique médicalisée de la prestation restauration. La fonction linge fonctionne au mieux des possibilités architecturales. L'équipe opérationnelle d'hygiène s'investit dans le nettoyage des locaux et dans sa qualité. La fonction transport est gérée, mais la démarche qualité y est émergente.

L'élimination des déchets fait l'objet d'une sous-traitance. En interne de nombreuses actions d'amélioration ont été initialisées. L'organisation de la sécurité des biens et des personnes existe, mais demeure non évaluée en l'absence d'exploitation de la fiche d'événements indésirables. La sécurité des personnes contre l'incendie dans l'établissement est assurée réglementairement, mais des axes d'amélioration ont été définis par l'établissement

et sont en voie de concrétisation. La notion de relation fournisseur-client est émergente et laisse envisager une évolution rapide des fonctions logistiques dans l'établissement.

I.7 Gestion du système d'information

Des actions de développement du système d'information ont précédé la structuration du plan directeur du système d'information qui fait partie du projet d'établissement en cours d'élaboration. La confidentialité est une préoccupation constante de l'établissement et des professionnels. Le département de l'information médicale est installé et remplit ses missions réglementaires avec la collaboration des professionnels de santé. Le recueil des besoins et de la satisfaction des professionnels est informel. L'établissement est en attente de développement de tous les logiciels identifiés dans le schéma d'organisation du système d'information. Le système centralisé d'archivage est bien avancé.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

L'établissement poursuit et développe une politique de gestion de la qualité et prévention des risques. Celle-ci a été définie dans une charte qualité diffusée dans tous les services.

Bien qu'étant ancienne dans l'établissement, la démarche qualité a été fortement dynamisée par la procédure d'accréditation qui a permis l'engagement de l'ensemble des catégories de professionnels.

La dynamique qualité constatée, les moyens mis en place, en particulier le recrutement d'un ingénieur qualité, et les résultats obtenus témoignent de la volonté de mettre en place une organisation pérenne et réactive.

Le projet de création d'un système d'évaluation de la satisfaction des clients devrait permettre de structurer les actions d'évaluation organisées actuellement de façon ponctuelle et partielle.

La prévention des risques est effective. Elle repose actuellement sur des actions dispersées. Il est nécessaire de formaliser un programme d'actions intégrant la dimension d'évaluation.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Il existe une politique des vigilances et de la sécurité transfusionnelle validée par les instances. Des correspondants ont été désignés.

Les vigilances sont opérationnelles au niveau de l'établissement et leur fonctionnement formalisé. Toutefois la réception des alertes est dispersée sur plusieurs services ce qui nuit à la fiabilité du système. Celui-ci mériterait d'être reconsidéré.

Le système de déclaration des événements indésirables n'est pas encore opérationnel. Il est en voie de finalisation. Il devra être l'occasion de sensibiliser les professionnels à la culture de la déclaration et au rôle des différentes vigilances.

Une attention particulière a été portée en direction du processus transfusionnel. Une évaluation a été réalisée. Elle a été suivie d'actions d'amélioration et de formation. Cette démarche devra être étendue à l'ensemble des vigilances.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de lutte contre le risque infectieux est définie et sera intégrée au nouveau projet d'établissement. Le programme annuel du comité de lutte contre les infections nosocomiales est présenté aux instances. Ses comptes rendus sont diffusés. Une équipe opérationnelle d'hygiène existe et est efficace. Il existe une stratégie de surveillance du risque infectieux. L'équipe opérationnelle d'hygiène et le service qualité identifient les situations à risque et font appliquer des mesures correctives. L'utilisation des antibiotiques dans l'établissement est abordée de manière uniquement informelle. La formalisation du bon usage des antibiotiques pourrait permettre d'avancer dans ce domaine. Les accidents d'exposition au sang sont gérés, la médecine du travail remplit ses missions. La gestion des dispositifs médicaux stériles est assurée, mais il serait opportun de mettre en place le dépistage du risque ESB (encéphalopathie spongiforme bovine).

L'équipe opérationnelle d'hygiène et le service qualité se sont investis dans la sécurité infectieuse alimentaire et l'élaboration du carnet sanitaire, afin de garantir la méthode HACCP et la sécurité de l'eau. L'engagement des professionnels se concrétise par leur participation dans les différents groupes et l'implication des équipes soignantes, techniques et logistiques dans la mise en œuvre du programme.

Cependant la dynamique d'amélioration devra introduire la notion d'évaluation des pratiques professionnelles, de surveillances systématisées et d'indicateurs de suivi.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation 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 d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il ne fait l'objet d'aucune recommandation et l'invite à poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité.