



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DE
LA MAISON DE SANTÉ PROTESTANTE
DE BORDEAUX-BAGATELLE**

**201, rue Robespierre
33401 TALENCE**

Octobre 2006

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION.....	p.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**

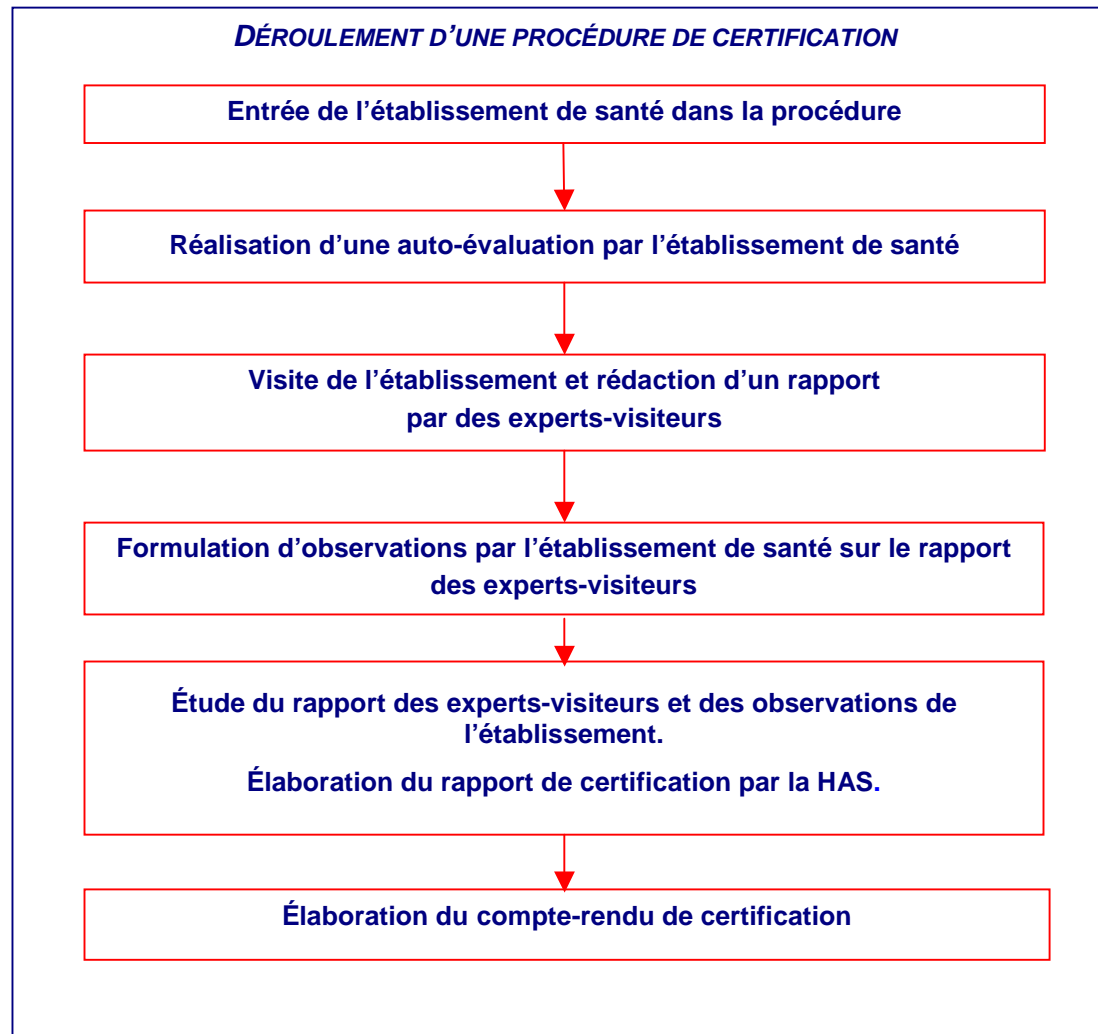
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) 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	Maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle	
Situation géographique	Ville : Talence Département : Gironde	Région : Aquitaine
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, Hop. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	PSPH	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	MCO : 231 lits et 14 places Soins de suite et de réadaptation : 70 lits Hospitalisation à domicile : 95 places EHPAD : 142 lits hors champ de l'accréditation	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	2	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)		
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Neurochirurgie : 20 lits Soins intensifs : 6 lits	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Participation au réseau Périnat Participation au réseau cancérologie Aquitaine Participation au réseau soins palliatifs Participation au réseau Raisain (CLIN) Participation au réseau télémedecine Aquitaine	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Zone d'attractivité principale : agglomération de Bordeaux	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Restructuration/extension globale de l'établissement en cours d'achèvement (novembre 2006) Création de 50 lits MCO Création de 105 lits d'HAD	

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **La Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle** sise 201 rue Robespierre – 33401 Talence.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du 22 décembre 2005.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 29 mai au 2 juin 2006 par une équipe multiprofessionnelle de **4 experts-visiteurs** mandatée par la Haute Autorité de santé.

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

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

Après avoir pris connaissance :

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

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

PARTIE 3

CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I APPRECIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

Il existe dans l'établissement de santé (ES) une politique des droits et de l'information du patient diffusée et appliquée à chaque stade de la prise en charge. L'ES assure à tous un accès aux soins ; le service social est structuré ; la construction de locaux neufs et la rénovation des anciens permettent l'accès aux personnes à mobilité réduite. Le patient dispose d'une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour par le biais du livret d'accueil, à l'admission, par les secrétariats médicaux et le service social. Les professionnels assurent au patient une information orale et écrite sur ses soins et son état de santé. Des protocoles de recueil du consentement écrit sont en place et la traçabilité de la relation bénéfice-risque est en phase de systématisation. Le respect de la dignité du patient et de la confidentialité des informations est assuré. La commission des relations avec les usagers et de la qualité (CRUQ) est installée.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient papier est définie et une importante dynamique a été impulsée en 2004 pour rénover le dossier avec la constitution d'un groupe projet multidisciplinaire « dossier du patient » L'établissement a mis en place un dossier unique par patient, uniformisé sur tous les secteurs de l'hôpital. Concernant l'Ajoncière et l'hospitalisation à domicile (HAD) l'informatisation du dossier a d'ores et déjà débuté avec la mise en place des prescriptions informatisées (Ajoncière) et l'utilisation d'un outil électronique portable qui permet aux soignants l'accès au dossier ainsi que la validation en temps réels des soins réalisés (HAD). Un guide de tenue du dossier a été rédigé et testé par l'établissement et sera prochainement validé par les instances. Les dossiers sont localisables et accessibles à tout moment. Le dossier comporte la traçabilité des traitements, examens et soins prescrits, actualisée par les professionnels dans le respect des règles de confidentialité. Les prescriptions médicales sont datées, et comportent le nom et la signature du prescripteur. Cependant, le système actuel comporte quelques retranscriptions de la part des infirmiers et ce sujet fait l'objet d'une réflexion en cours sur l'établissement. L'archivage s'effectue sous la responsabilité du DIM dans le respect des règles d'accessibilité et de sécurité. Une première phase d'évaluation du dossier a eu lieu en novembre 2004 et a donné lieu à la mise en place du nouveau dossier. La seconde phase d'évaluation est en cours.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Un projet médical et un projet de soins ont été écrits en 1999 avec les professionnels et un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé en 2004. Un nouveau plateau technique a ouvert en 2003 et les conditions d'accueil et d'hôtellerie ont été largement modernisées en 2005 et 2006. L'accès à l'établissement est aisé et la signalétique interne est claire malgré les travaux de rénovation en cours. L'accueil administratif est adapté.

À l'identification des besoins médicaux et soignants dès l'admission sont associés des suivis spécifiques si nécessaire grâce à la mise en place de plusieurs équipes transversales pour répondre aux besoins des patients (nutrition, infection et hygiène, soins palliatifs, prise en charge sociale). La prise en charge de la douleur est une préoccupation majeure de l'établissement : des protocoles ont été élaborés et une évaluation systématique existe pour chaque patient ainsi qu'un référent douleur rattaché au comité de lutte contre la douleur (CLUD) pour chaque service. La traçabilité de l'observation médicale, bénéfice-risque, bien que discutée oralement avec le patient n'est pas systématiquement notée hormis pour les actes invasifs. Les délais de prise en charge médicale à l'admission du patient sur le centre SSR devront être réduits.

La culture de la réunion interprofessionnelle autour de la prise en charge du patient est généralisée. Les réseaux de soins inter- ou extrahospitalier sont intégrés à une vision globale du parcours de soins et aux démarches de réintégration sociale. La gestion des urgences vitales internes est définie. Le bloc opératoire s'est engagé dans une véritable démarche qualité depuis plusieurs années et la charte de fonctionnement vient d'être actualisée. Le circuit du médicament reste à formaliser. Le fonctionnement des laboratoires est adapté aux besoins des patients et des utilisateurs. L'organisation du secteur d'imagerie médicale a donné lieu à la rédaction d'une charte et la totalité des examens d'imagerie est interprétée.

La sortie du patient est planifiée et la lettre de sortie disponible. L'accompagnement du décès du patient a fait l'objet d'une réflexion institutionnelle.

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

Les objectifs stratégiques de l'établissement sont déclinés à travers son projet d'établissement, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et un plan stratégique « Bagatelle 2010 ». Les instances de l'établissement : conseil d'administration, commission exécutive, conférence médicale d'établissement (CME), délégués du personnel, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) assurent pleinement leur rôle. Les orientations financières et budgétaires s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie financière pluriannuelle qui s'appuie sur des documents tels, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le plan pluriannuel d'investissement, et le plan de retour à l'équilibre. Une réflexion sur la mise en place d'une comptabilité analytique est en cours. Dans le cadre du projet « Bagatelle – Horizon 2010 » l'établissement a élaboré un chantier afin de développer la culture de gestion parmi les responsables des domaines d'activité et de faciliter le pilotage par la commission Exécutive. La continuité du fonctionnement de l'établissement est assurée par un système complet de gardes et astreintes : médicale, administrative et technique.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement dispose d'un projet social annexé au projet d'établissement. Le dialogue social est organisé autour des instances représentatives, comité d'entreprise (CE), CME et CHSCT fonctionnent et assurent pleinement leurs attributions. La direction des ressources humaines, clairement identifiée assure une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à court et moyen terme. Un plan de formation à destination du personnel médical et non médical est élaboré annuellement. La procédure d'accueil des nouveaux personnels et la réflexion sur l'évaluation annuelle des salariés sont exemplaires. La démarche qualité initiée au sein de la direction des ressources humaines est un réel point fort pour l'établissement.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

La fondation dispose d'une organisation permettant d'adapter ses approvisionnements et ses équipements aux besoins habituels ou urgents. Elle est organisée pour assurer la sécurité des bâtiments et des installations avec une politique de maintenance préventive et curative associant des prestataires externes.

La restauration est sous-traitée, elle respecte les règles de l'*Hazard analysis control critical point*. La fonction linge est assurée par un prestataire externe. La fonction déchets est organisée. La fondation doit poursuivre les actions engagées visant à garantir la sécurité des circuits pendant la période temporaire des travaux. La fonction transport est organisée, ses modalités au regard du transport des médicaments restant à formaliser. Le nettoyage des locaux et des équipements, largement sous-traité, est conforme à la politique et aux règles d'hygiène et de sécurité.

Une organisation est en place pour assurer la sécurité des biens et des personnes qui reste toutefois à compléter par la sécurisation des installations relatives au bassin extérieur d'agrément sur le site de l'Ajoncière et à renforcer pendant la période de restructuration du site. Une attention particulière est portée pour le risque incendie. Des actions d'évaluation concernant les prestations logistiques sont menées.

I.7 Gestion du système d'information

Il y a lieu de souligner la politique d'informatisation de la fondation qui d'une part vise la cohérence et la sécurité du système d'information et d'autre part prend en compte les besoins des utilisateurs dans un contexte de multiactivités, de multisites et, de structure éclatée comme l'hospitalisation à domicile. Le département de l'information médicale est performant, le passage à la tarification à l'activité et le codage CCAM sont organisés, fonctionnels et évalués. L'établissement poursuit dans ce domaine l'évaluation et les enquêtes de satisfaction.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

L'organisation de la démarche qualité et celle de la gestion des risques est définie ; les structures et les ressources pour le pilotage et la coordination opérationnelle sont installées, les responsabilités établies. La formation des acteurs et l'assistance méthodologique sont assurées. Il convient néanmoins de formaliser la politique qualité et de prévention des risques pour assurer la cohérence entre les orientations et décisions prises et le système global de management de la qualité et des risques.

Des dispositions sont prises pour connaître les besoins et la satisfaction des patients en partenariat avec le prestataire chargé des domaines de la restauration et de l'entretien des locaux. Des démarches qualité et de prévention des risques ont été élaborées et mises en œuvre de manière pluridisciplinaire. Des indicateurs de résultats sont élaborés et suivis. La gestion documentaire est définie. Le recueil des événements indésirables est organisé ; l'efficacité du programme de gestion de la qualité est évaluée pour le domaine relevant du CLIN ; il reste à procéder à l'évaluation globale du programme de gestion de la qualité et de la prévention des risques.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sont structurées, les vigilants nommés et connus et leurs actions coordonnées par un comité de gestion des risques (CGR). Chaque vigilant assure le recueil, l'analyse et le traitement des signalements et les traçabilités réglementaires sont assurées. La sensibilisation et la formation des professionnels sont renforcées chaque année par l'organisation d'une journée des vigilances. L'hémovigilance est structurée avec centralisation de l'activité transfusionnelle au dépôt de PSL, mise en place d'une procédure transfusionnelle validée, tracée, et archivée. L'information pré- et posttransfusionnelle du patient et l'information du médecin traitant est assurée. L'évaluation des systèmes de signalement est en place, susceptible de conduire à des actions d'amélioration. La sensibilisation et la formation des professionnels aux vigilances sont un réel point fort pour l'établissement.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux comporte la définition d'un programme annuel intégrant des actions de prévention, de formation, de surveillance et de communication. La politique définie par un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dynamique et multicatégoriel, validée par les instances est mise en œuvre par l'EOH avec un réseau de correspondants médicaux et infirmiers. La coordination des actions est assurée par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) avec suivi et diffusion des bilans d'activité. La surveillance comporte l'identification des secteurs à risque, le signalement des infections nosocomiales (IN) et des infections de sites opératoires (ISO), la réalisation d'enquêtes d'incidence et de prévalence. Les actions de prévention sont protocolisées, validées, diffusées et le patient associé à la démarche. Le comité des anti-infectieux assure la politique d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie. La consommation est suivie, confrontée aux résistances microbiennes et évaluée. La prévention, la prise en charge, le suivi des infections touchant les professionnels sont établis en collaboration avec un service de santé au travail fortement impliqué. Le système d'assurance qualité en stérilisation trouve ses limites dans les locaux actuels et le déménagement dans des locaux neufs sera réalisé à l'automne 2006. L' équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) assure la surveillance du risque environnemental avec des procédures d'entretien, de surveillance et des actions de formation. La restauration est assurée par un prestataire externe ayant mis en place la méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques – HACCP). Le programme de prévention et de maîtrise est évalué annuellement par l'analyse d'indicateurs de surveillance et la réalisation d'audits de pratique. La politique coordonnée de maîtrise du risque infectieux est un réel point fort pour l'établissement.

II DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Renforcer l'organisation de la prise en charge médicale à l'admission du patient sur le centre SSR de l'Ajoncière,
- Rendre opérationnelle la Commission du médicament et des dispositifs médicaux.

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.