

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION  
DU CENTRE HOSPITALIER  
DU PAYS-D'AVESNES**

**Route d'Haut-Lieu  
BP 209  
59363 AVESNES-SUR-HELPE**

**Septembre 2005**

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

**Octobre 2006**

## SOMMAIRE

---

<b>COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »</b> .....	<b>p.3</b>
<b>PARTIE 1</b>	
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ</b> .....	<b>p.8</b>
<b>PARTIE 2</b>	
<b>DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION</b> .....	<b>p.11</b>
<b>PARTIE 3</b>	
<b>CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL</b> .....	<b>p.12</b>
<b>II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé</b> .....	<b>p.17</b>
<b>II.2 Modalités de suivi</b> .....	<b>p.17</b>
<b>PARTIE 4</b>	
<b>SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b> .....	<b>p.18</b>
<b>II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b> .....	<b>p.18</b>
<b>II.1 Rappel du libellé de la(es) réserve(s)</b> .....	<b>p.18</b>
<b>II.2 Appréciation de la Haute Autorité de santé</b> .....	<b>p.18</b>
<b>II.3 Décisions de la Haute Autorité de santé</b> .....	<b>p.19</b>

---

## **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.***

## II. 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](http://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***

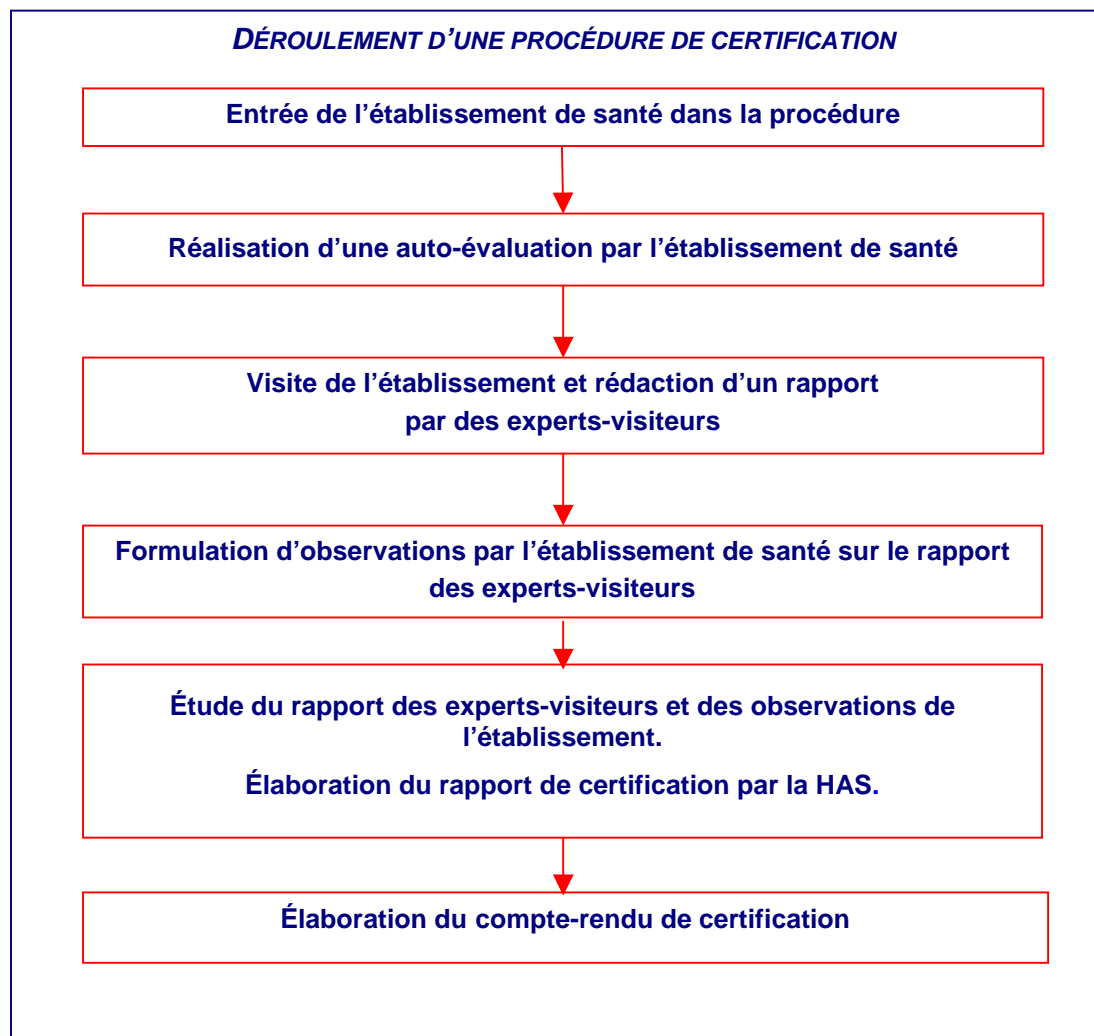
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) 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 certification des établissements de santé ayant conclu leur procédure de certification sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de la HAS [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)*

## PARTIE 1

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

<b>Nom de l'établissement</b>	Centre hospitalier du Pays-d'Avesnes	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : Avesnes-sur-Helpe <b>Département</b> : Nord	<b>Région</b> : Nord – Pas de Calais
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Public	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	Centre hospitalier	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	160 lits et places autorisés au 31 décembre 2003 répartis en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 29 lits de médecine polyvalente ;</li> <li>- 28 lits de médecine gériatrique ;</li> <li>- 27 lits de SSR gériatrique ;</li> <li>- 20 lits en alcoologie et 9 places en hôpital de jour d'alcoologie ;</li> <li>- 10 lits en soins palliatifs ;</li> </ul> 37 lits de long séjour.	
<b>Nombre de sites</b> <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	Un	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	Médecine et soins de suite et de réadaptation	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )	Alcoologie clinique Soins palliatifs Centre d'accueil et de premiers soins	

<p><b>Coopération avec d'autres établissements</b> (GCS, SIH, conventions...)</p>	<p>Convention entre le centre hospitalier de Maubeuge et le centre hospitalier d'Avesnes-sur-Helpe pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise à disposition d'un médecin chargé de l'information médicale et du PMSI ;</li> <li>- la complémentarité interhospitalière, c'est-à-dire : 5 lits de moyen séjour sont réservés pour les patients relevant d'une hospitalisation en moyen séjour à l'issue d'une hospitalisation en court séjour du centre hospitalier de Maubeuge et le centre hospitalier d'Avesnes s'engage recevoir les malades de médecine du centre hospitalier de Maubeuge, faute de lit disponible dans ce dernier établissement ;</li> <li>- la mise à disposition de praticiens hospitaliers pour les consultations de gynéco obstétrique ;</li> <li>- la mise à disposition d'un praticien temps plein pour les consultations de chirurgie traumatologique ;</li> <li>- l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier d'Avesnes au centre hospitalier de Maubeuge ;</li> <li>- la mise en place d'une équipe interhospitalière d'hygiène.</li> </ul> <p>Convention entre le centre hospitalier de Cambrai et le centre hospitalier d'Avesnes concernant la mise à disposition d'un praticien anesthésiste réanimateur.</p> <p>Convention entre le centre hospitalier de Fourmies et le centre hospitalier d'Avesnes concernant la mise à disposition d'un praticien hospitalier de gynéco obstétrique.</p> <p>Convention avec le conseil général du Nord et le centre hospitalier d'Avesnes pour le fonctionnement d'un centre de planification familiale.</p> <p>Convention d'intervention de l'équipe mobile des soins palliatifs du centre hospitalier d'Avesnes avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'hôpital départemental de Felleries-Liessies ;</li> <li>- la maison de retraite de Sains du Nord ;</li> <li>- la maison de retraite Wignehies ;</li> <li>- l'hôpital d'Hautmont ;</li> <li>- la polyclinique du Parc de Maubeuge ;</li> <li>- la polyclinique de Wignehies ;</li> <li>- le centre hospitalier de Fourmies ;</li> <li>- le centre hospitalier de Maubeuge.</li> </ul> <p>Convention de fonctionnement du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie entre le centre hospitalier d'Avesnes et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le centre hospitalier de Fourmies ;</li> <li>- le centre hospitalier de Maubeuge.</li> </ul>
---	--

---

	Convention entre le laboratoire d'analyses médicales et le centre hospitalier d'Avesnes. Convention avec le centre hospitalier de Sambre-Avesnois pour la sous-traitance de la stérilisation.
<b>Origine géographique des patients</b> <i>(attractivité)</i>	80 % des patients hospitalisés en MCO viennent de l'Avesnois. 60 % environ des patients hospitalisés en SSR viennent de l'Avesnois.
<b>Transformations récentes</b> <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	

## **PARTIE 2**

---

### **DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION**

---

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre Hospitalier du Pays d'Avesne**, sis Route d'Haut-Lieu – BP 209 59363 AVESNES-SUR-HELPE.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 15 septembre 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 21 au 24 février 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 septembre 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 d'accréditation.**

## **PARTIE 3**

---

### **CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

---

#### **I APPRECIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

##### **Synthèse par référentiel**

###### **I.1 Droits et information du patient**

Les droits et information du patient sont inscrits dans la politique de l'établissement à travers une charte élaborée par la direction.

Ces droits sont connus et respectés par l'ensemble des professionnels.

Les acteurs œuvrent pour améliorer la qualité de l'information délivrée au patient, la dignité ainsi que la confidentialité.

Une évaluation régulière de la connaissance des droits du patient par le personnel et de la satisfaction des usagers est réalisée et exploitée.

Les points à améliorer portent sur la généralisation de la traçabilité de l'information délivrée au patient par l'utilisation de la « fiche information patient » contenue dans le dossier du patient et la systématisation du recueil du consentement éclairé.

L'organisation des salles de soins est à repenser afin d'améliorer la confidentialité notamment au niveau des planifications murales.

###### **I.2 Dossier du patient**

Le dossier du patient unifié, initié depuis plusieurs années par un groupe multidisciplinaire est à l'essai dans différents secteurs d'activité dans le cadre d'une politique suivie par le Directeur de l'information médicale et le cadre supérieur de santé.

L'ensemble des professionnels concernés effectuent un travail permanent afin d'optimiser la prise en charge, l'accès à l'information et la fiabilité du dossier du patient.

La traçabilité des informations recueillies et délivrées fait partie des modalités de tenue du dossier du patient.

L'accessibilité et l'archivage sont assurés, toutefois une réflexion sur la conservation du dossier du patient, souhaitée par l'établissement, est à mener.

Le dossier du patient fait l'objet d'une évaluation.

Les points à améliorer portent sur la généralisation à tous les services du dossier du patient unifié et la poursuite de la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque.

### I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Un projet médical et un projet de soins inclus dans le projet d'établissement élaboré en 1998 définissent les modalités d'organisation de la prise en charge des patients en cohérence avec le contexte sanitaire. Des axes d'amélioration sont priorisés dans le cadre de l'hôtellerie. L'implication de l'ensemble des professionnels, tout au long du parcours du patient, démontre une volonté d'amélioration de la qualité dans la prise en charge.

L'accueil est assuré : que l'entrée soit programmée ou en urgence, l'accueil et la prise en charge du patient sont organisés et formalisés. Une évaluation clinique initiale de l'état du patient est effectuée le jour même par une équipe pluridisciplinaire et est réévaluée et réajustée tout au long de l'hospitalisation. La réflexion bénéfice-risque est effectuée en relation avec le patient ou sa famille, mais elle n'est pas systématiquement formalisée dans le dossier du patient.

Les soins sont programmés, coordonnés avec une prise en charge globale et leur continuité assurée. Les professionnels sont attentifs à répondre aux besoins spécifiques identifiés des patients : la prise en charge de la douleur est une préoccupation ancienne, objectivée par des évaluations ; l'accompagnement du patient en fin de vie et de son entourage est une préoccupation majeure de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

La sortie est organisée et se fait en concertation entre patient, famille et équipes soignantes et médicales.

Le circuit du médicament est en place ; cependant l'organisation actuelle entraîne de nombreux recopiations de prescriptions, mais validées par le médecin.

Les activités de biologie sont confiées à un prestataire extérieur, avec lequel les modalités de fonctionnement sont à réactualiser.

L'imagerie médicale est assurée en interne et correspond aux attentes des utilisateurs.

La gestion documentaire scientifique est en cours d'élaboration sous la responsabilité du médecin coordonnateur des pratiques médicales.

À ce jour, des protocoles thérapeutiques sont élaborés, mais ne sont pas évalués. L'évaluation des pratiques professionnelles se met progressivement en place dans les secteurs de soins.

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

La politique stratégique managériale du centre hospitalier du Pays-d'Avesnes est définie conformément aux orientations du SROSS 2 et intègre les engagements de la politique qualité.

Les instances sont en place, mais il n'existe pas d'organigramme fonctionnel.

L'établissement a une politique de communication active et soutenue.

La stratégie financière est pluriannuelle et les excédents d'exploitation sont réaffectés en section d'investissement pour le financement ou le renouvellement des équipements ou budget formation.

Des outils de pilotage sont partagés avec les secteurs d'activité concernés, mais les objectifs du contrat d'objectifs et de moyens ne sont pas déclinés par service.

La permanence des soins est assurée et les professionnels participent activement à l'amélioration de la prise en charge. La formation continue contribue au suivi des compétences.

L'utilisation d'indicateurs de mesure des évaluations périodiques de réalisation des objectifs par secteur au regard des orientations stratégiques est à organiser.

#### I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social a été initialisé, mais n'est pas finalisé à ce jour. Le dialogue social est organisé avec une implication des professionnels, les instances sont consultées et les partenaires sociaux sont satisfaits de la transparence des informations données.

La gestion prévisionnelle des ressources humaines est ébauchée et permet à ce stade un recrutement adapté aux exigences. Les fiches de poste ne sont pas toutes finalisées.

L'accueil des professionnels est organisé, mais pas formalisé. La formation continue est établie en cohérence avec les orientations définies au sein du centre hospitalier du Pays-d'Avesnes et la formation promotionnelle prise en compte. L'évaluation des agents est réalisée lors d'un entretien annuel dont la traçabilité n'est pas uniforme dans tous les services.

L'amélioration des conditions de travail est une préoccupation de la direction, mais elle reste à formaliser.

La mesure de la qualité de la gestion des ressources humaines doit être développée.

#### I.6 Gestion des fonctions logistiques

Le management des secteurs restauration, blanchisserie, nettoyage et élimination des déchets bénéficient d'un personnel compétent et attentif. Il en résulte une réelle politique d'amélioration continue de la qualité, mais la mise en place d'indicateurs reste à développer ainsi que des outils d'évaluation de la qualité des fonctions logistiques aussi bien auprès des usagers que des professionnels utilisateurs.

Les fonctions logistiques sont structurées : les approvisionnements sont organisés ; les maintenances préventives, curatives et de contrôles sont actives ; la restauration respectant la méthode HACCP participe à la thérapie avec le soutien des diététiciennes ; le linge est traité en régie, des améliorations sont prévues, mais à ce jour il n'y a pas d'évaluation régulière d'efficacité ; le nettoyage des locaux est tracé, mais il n'y a pas de contrôle périodique d'efficacité ; la fonction transport est organisée ; l'élimination des déchets est assurée ; des mesures sont en place pour la sécurité des biens et des personnes ; la prévention incendie est organisée, suivie et actualisée à tous les échelons.

### I.7 Gestion du système d'information

Une ébauche de politique de gestion des systèmes d'information a été initialisée en 1998, l'avenir à ce jour n'est pas complètement défini, mais une dynamique est engagée pour intégrer le développement de l'informatique régionale par l'adhésion au syndicat interhospitalier. La confidentialité est une préoccupation permanente au centre hospitalier du Pays-d'Avesnes et les patients par le biais du livret d'accueil sont informés de leurs droits au regard de la commission nationale de l'informatique et des libertés. Le département de l'information médicale est organisé au service de l'établissement et des professionnels. Les besoins des utilisateurs sont pris en compte ponctuellement. Une réflexion pour la mise en place des moyens d'amélioration continue des systèmes d'information est à initiée.

### I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Sous l'impulsion de la direction, une politique qualité est définie et celle de la prévention des risques ébauchée. Une cellule qualité, composée d'un responsable assurance qualité et de deux assistantes motivés et dynamiques, est en place depuis 1998, cependant une assistance méthodologique est à rechercher. Les besoins des clients sont recueillis de manière dispersée. La maîtrise des processus, des métiers et des documents passe par des mesures d'efficacité qui restent à définir. Le programme de prévention des risques doit pouvoir s'appuyer sur un système de recueil des événements indésirables. Les professionnels (personnels et praticiens) ont pris conscience de l'importance de la gestion des risques et adhère à la démarche qualité. L'efficacité du programme n'est pas mesurée, mais grâce à la formation d'auditeurs internes et l'élaboration d'audits, l'évaluation se met en place.

### I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sanitaires concernant le centre hospitalier du Pays-d'Avesnes sont opérationnelles, mais seule l'hémovigilance est structurée et fait l'objet de procédures rédigées par des professionnels concernés par le sujet, validées, diffusées et connues. Les correspondants, nommés par la direction après avis favorable de la commission médicale d'établissement, sont connus de l'ensemble des professionnels. L'ensemble du personnel soignant, les cadres de santé et les praticiens sont impliqués dans le dispositif de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle, ils sont informés de leurs obligations de signalement et connaissent les conduites à tenir en cas d'incident.

Une organisation permettant de répondre aux alertes sanitaires est en place, et l'organisation de la sécurité transfusionnelle a pris en compte tous les aspects de son domaine en recherchant l'exhaustivité.  
L'efficacité des vigilances n'est pas évaluée.

#### I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La maîtrise du risque infectieux repose, sous couvert du président du comité de lutte contre les infections nosocomiales, sur l'implication forte des responsables et personnels des secteurs (référénts hygiène). Une politique propre à l'établissement n'est pas formalisée.  
L'établissement bénéficie de l'intervention hebdomadaire d'une équipe opérationnelle d'hygiène externe.

La coordination entre les différents intervenants en hygiène n'est pas précisée.

Des procédures sont en place sur l'hygiène et les situations à risque infectieux. D'autres liées à l'environnement sont définies, mais leur faisabilité n'est à ce jour pas évaluée par le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Un programme de formation des professionnels adapté est assuré. L'évaluation des pratiques professionnelles repose sur l'encadrement.

Il existe des suivis de consommations utilisés comme indicateurs. Le retour d'information se fait uniquement vers le comité de lutte contre les infections nosocomiales et la direction.

Les points à améliorer concernent la finalisation et l'évaluation d'un programme d'activité de prévention et de maîtrise du risque infectieux spécifique à l'établissement, l'évaluation de la faisabilité des procédures sur le risque infectieux lié à l'environnement.

La coordination des différents intervenants en hygiène est à structurer et le retour des informations à généraliser à l'ensemble des acteurs concernés.

## II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Généraliser la traçabilité des informations délivrées au patient y compris la réflexion bénéfiques/risques ;
- structurer, mettre en œuvre et évaluer le programme de gestion de la qualité et de prévention des risques.

#### **Réserve**

- Respecter les bonnes pratiques de dispensation et traitements et supprimer les recopiations de prescriptions médicales.

### II.2 Modalités de suivi

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.

Cependant, la Haute Autorité de santé ayant émis une réserve sur les points mentionnés ci-dessus, un rapport de suivi sera produit par l'établissement sur les sujets concernés dans un délai de 12 mois à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport de suivi, la Haute Autorité de santé procédera à un réexamen de la situation de l'établissement.

## **PARTIE 4**

---

### **SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

---

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

Un rapport de suivi a été transmis à la HAS en septembre 2006.

Ce rapport de suivi a été communiqué à la HAS, pour délibération, en octobre 2006.

#### **II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

##### **II.1. Rappel du libellé de la réserve**

- Respecter les bonnes pratiques de dispensation des traitements et supprimer les recopiations de prescriptions médicales.

##### **II.2. Appréciation de la Haute Autorité de santé**

Après réception du compte-rendu et des décisions du collège de l'accréditation, l'établissement a mis en œuvre une organisation stratégique et opérationnelle pour sécuriser le circuit du médicament par la suppression de la transcription des prescriptions, le respect des bonnes pratiques de dispensation et la traçabilité de l'administration.

Pour mener à bien cette démarche, les acteurs concernés par le circuit du médicament se sont associés au groupe de travail pluriprofessionnel « Dossier du patient » : le pharmacien ainsi que l'ensemble des médecins prescripteurs, les soignants et les cadres de santé.

Suite aux propositions du groupe de travail, un support papier assurant à la fois l'enregistrement de la prescription et la traçabilité de l'administration des médicaments a été mis en place dans l'ensemble des services le 6 février 2006. Ce document est accessible et

utilisable par l'ensemble des acteurs concernés : médecins, pharmacien et infirmières. Il a été évalué et actualisé en date du 1 avril 2006 pour tenir compte de la variabilité des durées de séjour.

Un contrat de bon usage des médicaments a été signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation et un pharmacien « temps plein » a été recruté.

L'établissement est dans une dynamique d'amélioration du circuit du médicament.

### **II.3. Décisions de la Haute Autorité de santé**

Au vu du rapport de suivi fourni par l'établissement, la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et émet la recommandation suivante :

- Poursuivre et pérenniser les actions engagées en matière de sécurisation du circuit du médicament.

L'établissement met en œuvre les actions correctives et en assure le suivi en vue de la prochaine procédure d'accréditation.