



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DU
CENTRE SAINT-DOMINIQUE**

**18, avenue Henry-Dunant
06100 NICE**

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 Modalités de suivi	p.14

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 ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

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 PROCEDURE 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 QUALITE 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 ETABLI 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 REFERENTIELS 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**

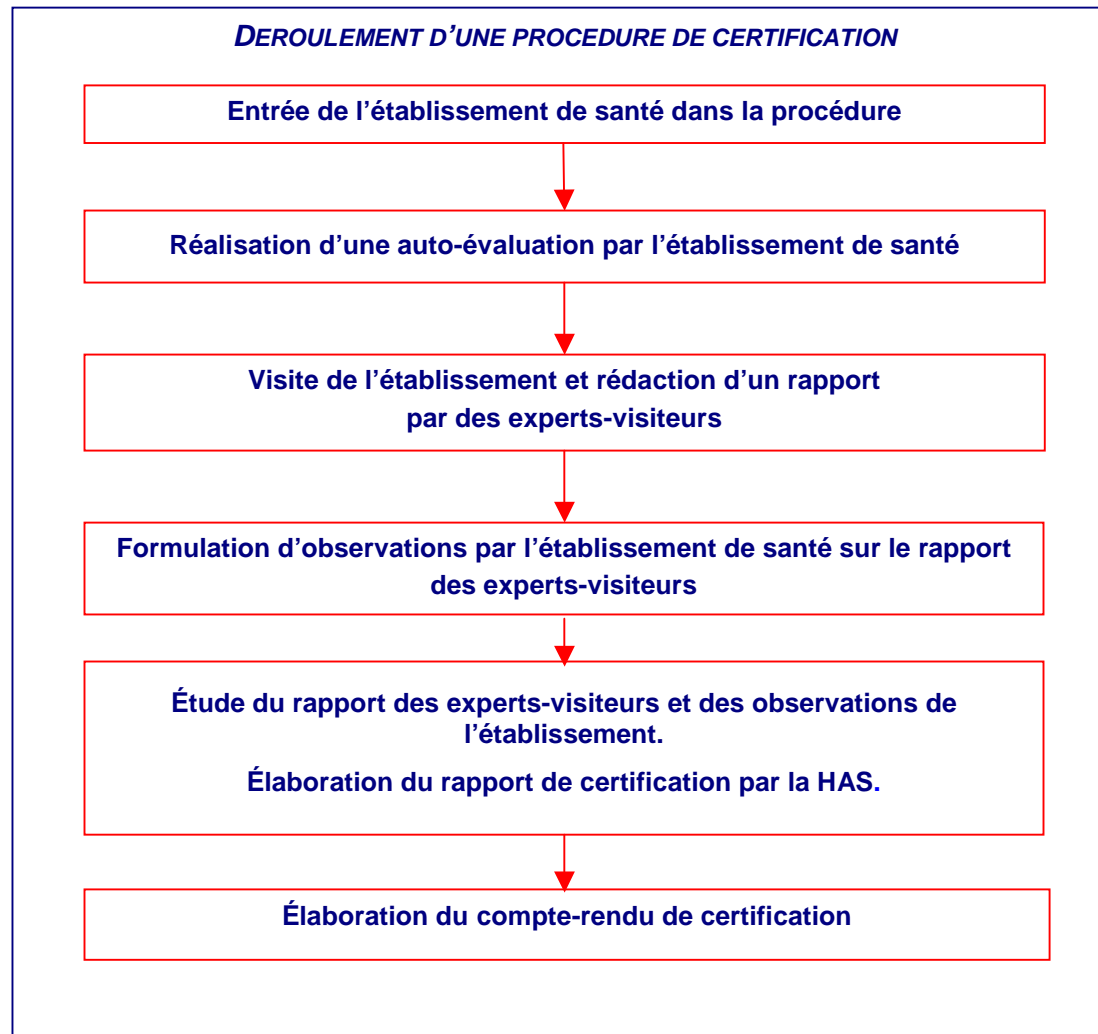
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) 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 :

APPRECIATIONS	MODALITES 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 Saint-Dominique	
Situation géographique	Ville : Nice Département : Alpes-Maritimes	Région : Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut (privé-public)	Privé	
Type de l'établissement <i>(CHU, CH, CHS, Hop. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif)</i>	Établissement privé à but non lucratif	
Nombre de lits et places <i>(préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))</i>	80	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	Un	
Activités principales <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	Soins de suite	
Activités spécifiques <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i>	Dix lits de soins lourds	
Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	Convention avec le CHU (transfert des patients, SAMU)	
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	Patients domiciliés quasi exclusivement dans le département des Alpes-Maritimes	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Depuis 1996, extension de 49 à 69 lits + 1 lit d'infirmier, puis depuis janvier 2006, extension à 80 lits	

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

- **Le Centre Saint Dominique** sis 18 avenue Henry Dunant – 06100 NICE.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **30 mars 2005**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 30 mai au 2 juin 2006 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 **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

La charte du patient a permis l'élaboration du projet d'établissement et des contrats d'objectifs et de moyens.

Tous les patients sont accueillis, l'établissement subvenant même aux frais de séjour des plus démunis. L'accueil administratif est personnalisé ; il est l'occasion de la délivrance commentée du livret d'accueil. Le patient reçoit des informations sur son état de santé et le déroulement de son séjour. Il est au cœur d'échanges avec les professionnels de santé. Son consentement est systématiquement recherché, même si la quête de l'avis du représentant légal de l'incapable majeur n'est pas encore formalisée.

Le personnel est sensibilisé d'une part au respect de l'intimité et de la dignité du patient, d'autre part à la garantie du secret professionnel. La gestion des plaintes est organisée.

L'évaluation actuelle des droits et de l'information du patient sera améliorée par le perfectionnement du questionnaire de sortie et de ses modalités de recueil, à la charge d'un groupe de travail.

I.2 Dossier du patient

Suite à l'auto-évaluation à blanc menée en 2001, l'établissement a mené une politique forte sur l'amélioration du dossier du patient, qui a abouti à une informatisation complète de celui-ci. Les professionnels se sont particulièrement impliqués et motivés dans son utilisation. Ils en ont élaboré les modalités de tenue et veillent au respect de la confidentialité.

L'accès au dossier est sécurisé et l'interface des différents logiciels de l'établissement permet entre autres une fluidité de circulation et une fiabilité des informations. Tous les professionnels intervenant auprès du patient y tracent leurs observations et leurs actes. Le dossier constitue donc un recueil très exhaustif des données propres au patient. L'archivage est organisé. Une doublure papier augmente la sécurité de conservation des données du dossier.

La tenue et le contenu des dossiers sont évalués régulièrement. Ces évaluations permettent une amélioration des saisies et une meilleure adaptation du logiciel aux besoins propres de l'établissement.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Portée par un projet médical et un projet de soins, la prise en charge spécifique bénéficie des nombreuses actions d'ores et déjà mises en place : accueil individualisé, réflexion bénéfice-risque réalisée et tracée. La douleur sous ses deux dimensions est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire sensibilisée et formée (8 diplômés universitaires douleur), soutenue par le dynamisme de fonctionnement du Comité de lutte contre la douleur. L'accompagnement des patients en fin de vie, l'éducation et le soutien des patients stomisés, la coordination de la prise en charge sont favorisés par la taille de l'établissement et la motivation des équipes. Les logiciels dossier, repas, pharmacie, permettent, par leur interface, une utilisation optimale des informations recueillies. Le circuit du médicament est sécurisé, et l'utilisation efficiente des antibiotiques une priorité de l'établissement. Les démarches qualité engagées permettent notamment une sortie systématiquement planifiée, réévaluée, en collaboration avec le patient ; un plan d'actions de l'évaluation des pratiques professionnelles est élaboré : il va s'appuyer sur des auditeurs internes formés.

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

Il existe une réelle politique de management étendue à tous les domaines (budgétaire et financier, social, communication, qualité, etc.). Les responsables d'activité déclinent le projet d'établissement et impliquent l'ensemble des professionnels à la réalisation des objectifs. Les différentes instances fonctionnent conformément à leurs missions. Le COM fait l'objet de bilans d'étapes et le projet d'établissement, qui a été élaboré en concertation avec les professionnels, est en cours d'évaluation.

I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social fait partie intégrante du projet d'établissement. Le dialogue social est organisé en l'absence d'instances représentatives du personnel. L'encadrement est très proche du terrain. La Conférence médicale d'établissement est active en matière de formations. L'établissement prend des mesures pour faire face à la pénurie de personnel infirmier, y compris en matière de fidélisation (politique sociale, amélioration des conditions de travail, accueil et intégration). La formation continue est soutenue. Le système d'entretien annuel a été mis en place et doit encore évoluer. Il a servi de base à une première enquête de satisfaction du personnel.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les approvisionnements sont gérés par les responsables d'activité. La maintenance préventive et curative est organisée pour l'ensemble des bâtiments, équipements et installations, mais il reste à finaliser un tableau de bord. La fonction restauration respecte les règles de l' *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques) et une réflexion importante est menée dans le cadre du Comité de liaison alimentation et nutrition. La démarche qualité devra être poursuivie pour le linge traité en interne. Le bionettoyage est assuré. L'élimination des déchets est conforme.

Les personnels sont régulièrement formés et informés dans ces domaines et disposent de protocoles qui ont été validés en Comité de lutte contre les infections nosocomiales. L'établissement souhaite élaborer un « code de bonne conduite » à l'adresse des compagnies d'ambulance. La sécurité des biens et des personnes est organisée, notamment en ce qui concerne le risque incendie. La réflexion « clients-fournisseurs » doit être poursuivie pour apprécier l'évaluation des fonctions logistiques.

I.7 Gestion du système d'information

La politique du système d'informations repose sur une large informatisation interfacée des différents secteurs d'activité qui confère sécurité des informations et des soins, gain de temps et valorisation des personnels. Les professionnels ont largement été impliqués dans le choix des outils. L'accès doit désormais être étendu aux Agent des services hospitaliers et aux cuisiniers. La confidentialité des données, papier ou informatiques, est garantie. Le Département d'information médicale est identifié et l'établissement s'est déjà organisé pour le passage à la tarification à l'activité. Il reste à formaliser le recueil de la satisfaction des utilisateurs.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité de l'établissement est bien implantée, active, et montre l'engagement fort de la direction. Le comité de pilotage, pluriprofessionnel, assure le suivi du plan d'actions. Le personnel est régulièrement informé et formé. Le questionnaire de satisfaction est utilisé comme un outil de progrès, pour répondre aux besoins des patients. De nombreuses démarches qualité ont déjà contribué à l'amélioration de l'accueil des patients et du personnel, de la confidentialité, du dossier du patient... La gestion documentaire, entièrement informatisée, est vécue comme valorisante par les professionnels. L'ensemble des professionnels utilisent la « fiche de progrès » pour signaler les événements indésirables : les actions d'amélioration qui en découlent sont soutenues et encouragées par la direction. L'établissement a mené une réflexion sur les pratiques et actes à risque : ils font tous l'objet d'actions prioritaires. L'efficacité du programme de la qualité et de prévention des risques est en cours d'évaluation.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique institutionnelle et l'implication des praticiens ont permis de mettre en place un système opérationnel de vigilances sanitaires. Les professionnels, formés régulièrement en interne, connaissent et utilisent le circuit. Les alertes sont prises en compte de façon continue. Le suivi transfusionnel des patients est assuré, tracé, et évalué au travers du dossier du patient.

La pharmacienne assure un bilan des alertes de pharmacovigilance, qu'elle a prévu de généraliser à la matériovigilance.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'établissement a mis dans ses priorités la maîtrise du risque infectieux et notamment la lutte contre les infections nosocomiales.

La pluridisciplinarité et l'importance numérique des membres du Comité de lutte contre les infections nosocomiales et de l'équipe opérationnelle d'hygiène sont révélatrices de la forte implication de tous les professionnels qui répercutent sur le terrain et dans les autres instances les actions à mener.

La surveillance du risque infectieux est assurée. De nombreux protocoles sont élaborés. La formation du personnel (diplômante ou en interne) en matière de maîtrise du risque infectieux est importante. Le patient et son entourage sont informés.

L'établissement participe à l'inter-Comité de lutte contre les infections nosocomiales de Nice et a favorisé un partenariat privilégié avec le service de maladies infectieuses du centre hospitalier universitaire, dans le but de parfaire l'usage des antibiotiques. La pharmacie assure un suivi de consommation avec étude comparative en interne et en externe. Le laboratoire gère le suivi des bactéries multirésistantes.

Les accidents d'exposition au sang font l'objet d'un suivi particulier en collaboration avec le médecin du travail. Des campagnes incitatives à la vaccination et notamment contre la grippe sont menées. La couverture vaccinale du personnel soignant contre l'hépatite B reste à développer, même s'il y a peu d'actes invasifs (les prélèvements sont réalisés par le laboratoire) et s'il existe exclusivement du matériel à usage unique. En cuisine, la méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques) est effective, doublée d'une formation fréquente et assidue du personnel.

Les évaluations ont débuté. Certaines sont efficaces, d'autres trop récentes pour entraîner des actions d'amélioration.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 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 ne fait l'objet d'aucune recommandation et l'invite à poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité.