



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DE
LA CLINIQUE
CENTRE MÉDICO-SOCIAL**

**64 rue du Docteur Pitat
97100 BASSE-TERRE
GUADELOUPE**

Octobre 2005

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION	p.10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.11
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé	p.15
II.2 Modalités de suivi	p.15

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »

Le « compte-rendu d'accréditation » 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 L'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

L'accréditation 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 d'accréditation est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION

- ***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 D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation 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 D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation 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* d'accréditation 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 d'accréditation est disponible sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr.

LES RÉFÉRENTIELS D'ACCREDITATION

- 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**

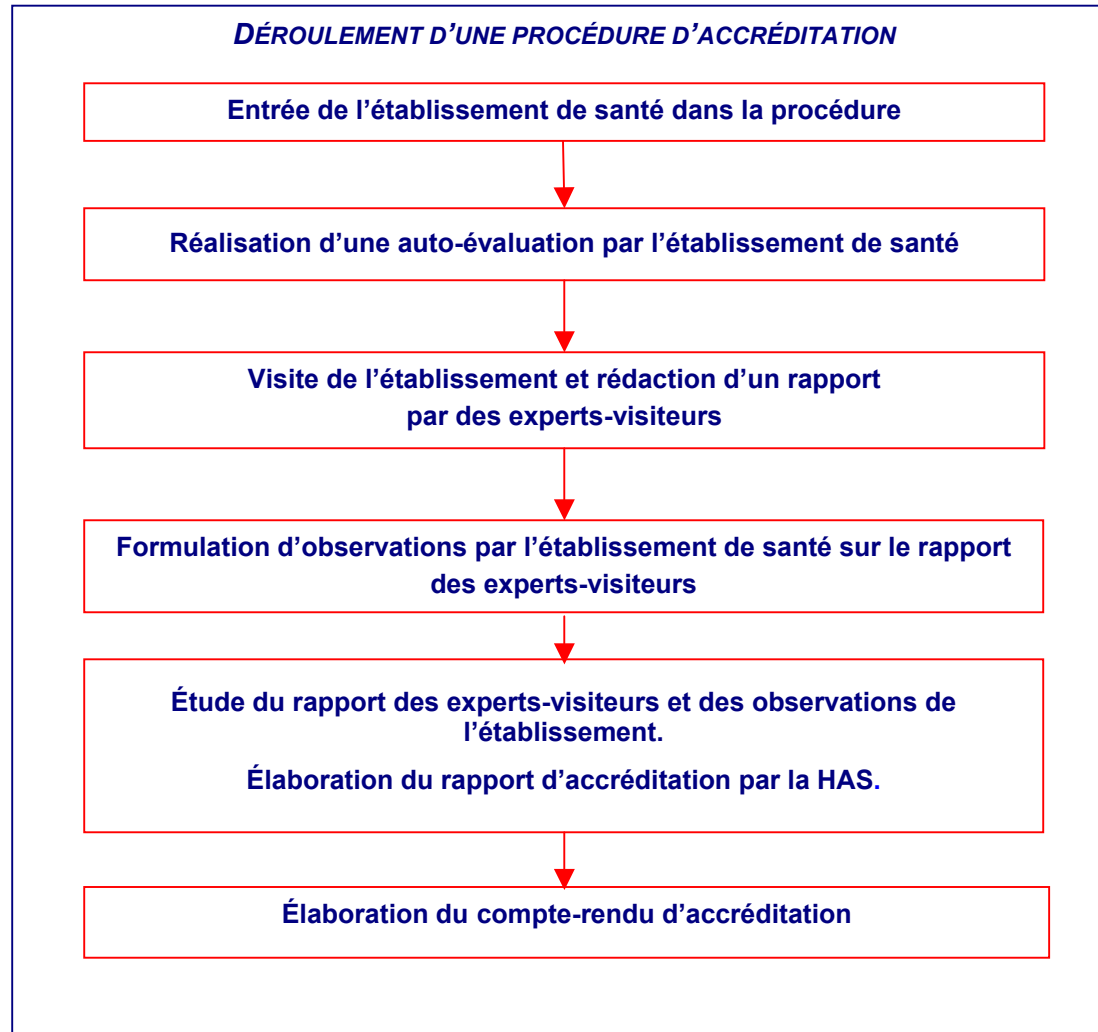
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés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

Pour garantir l'indépendance de la procédure d'accréditation, 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 d'accréditation» 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 d'accréditation est élaboré à partir du rapport d'accréditation



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION ?

Le compte-rendu d'accréditation contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure d'accréditation,
- 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 d'accréditation des établissements de santé ayant conclu leur procédure d'accréditation sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr

PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom de l'établissement	Clinique centre médico-social (CMS)	
Situation géographique	Ville : Basse-Terre Département : Guadeloupe (97)	Région : Antilles
Statut (privé-public)	Privé	
Type de l'établissement (CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif)	Établissement privé à but lucratif	
Nombre de lits et places (préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))	125 lits et places répartis de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> - 60 lits de médecine ; - 35 lits et places de soins de suite dont 10 lits de soins palliatifs ouverts en janvier 2004 ; - 10 places d'anesthésie et chirurgie ambulatoire ; - 5 places de chimiothérapie ambulatoire ; - 15 places d'hospitalisation à domicile (autorisées en janvier 2004). 	
Nombre de sites de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu	Un	
Activités principales (par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)	Activité de médecine : diagnostics et bilans pour des pathologies prévalentes en Guadeloupe, telles que le diabète ou l'hypertension artérielle, pathologies « complexes » des personnes âgées. Soins palliatifs. Hospitalisation à domicile.	
Activités spécifiques (urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)	Chimiothérapie ambulatoire. Activité de radiothérapie oncologique (environ 10 000 séances par an).	
Coopération avec d'autres établissements (GCS, SIH, conventions...)	Entre le CMS et le centre hospitalier de la Basse-Terre pour la prise en charge des soins palliatifs et de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) dans le cadre du réseau de cancérologie guadeloupéen Karukera-Onco. Entre l'unité d'HAD du CMS dans le cadre du site orienté en cancérologie avec le réseau Karukera-Onco. Entre le CMS et le centre hospitalier de la Basse-Terre et le CHRU de Pointe-à-Pitre-Abymes dans le cadre de la mise en place du réseau Karukera-Onco.	

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	Les patients sont essentiellement originaires de la Basse-Terre ou de la Grande-Terre, plus « rarement » des « dépendances » que sont les Saintes et Marie-Galante.
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Agrément le 8 décembre 2004 de 8 places supplémentaires en anesthésie et chirurgie ambulatoire. Avis favorable à la visite de conformité du 11 octobre 2004 pour 15 places d'HAD. Projet de délocalisation de 2/3 de l'activité sur un nouveau site (perspective 2006).

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **La CLINIQUE CENTRE MÉDICO-SOCIAL** sis 64 rue du Docteur Pitat, 97100 BASSE-TERRE, GUADELOUPE.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 8 octobre 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 13 au 16 décembre 2004 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 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

La charte du patient est la base de la réflexion de l'établissement sur sa politique des droits et information du patient. L'étude de la charte et les rappels fréquents concernant les droits des patients ont favorisé l'engagement de tous les acteurs. L'établissement s'est organisé pour accueillir sans distinction toutes personnes s'y présentant. Le patient dispose des renseignements nécessaires à ses choix thérapeutiques et aux éventuelles procédures de médiation. Les modifications récentes des conditions d'hébergement et des activités de l'établissement ont tenu compte des avis des patients. La définition des critères d'évaluation des droits des patients permettra d'amplifier la dynamique d'amélioration continue de la qualité.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier médical est ancienne et partagée au sein de l'établissement. Elle associe l'ensemble des professionnels en charge du dossier du patient. Les règles de confidentialité, d'accessibilité et de sécurité sont respectées. Les patients sont informés des modalités d'accès à leur dossier, et des bénéfices et risques des actes invasifs proposés. Ce dossier permet une gestion fiable des informations concernant les patients. Une première évaluation des dossiers a permis à l'établissement de mettre en place des actions d'amélioration. La construction d'une nouvelle grille d'évaluation va permettre de réaliser de nouvelles évaluations engageant l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La dynamique qualité de la prise en charge du patient existe. Les actions conduites ou envisagées le sont avec la participation des professionnels et sont cohérentes avec les objectifs de l'établissement. Celle-ci est démontrée par la mise en place de groupes de travail multidisciplinaire et la création des différentes commissions. La programmation de la prise en charge des patients de l'admission jusqu'à la sortie, la prise en compte des besoins spécifiques à travers un projet de service spécifique par unité élaboré de façon pluridisciplinaire permettent la définition d'objectifs à atteindre. L'établissement n'est pas habilité à recevoir les urgences, une procédure est en place pour une urgence interne, mais le personnel n'est pas recyclé aux gestes d'urgence. La sortie des patients et la gestion des décès font l'objet d'une attention particulière. La dynamique qualité est réelle et opérationnelle. Les réunions intra- et

interservice, les staffs constituent le temps fort de la concertation. De nombreux protocoles et procédures existent ; les protocoles médicaux restent à écrire, la Conférence médicale d'établissement (CME) s'y est engagée. Les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et la définition des indicateurs de résultat restent à mettre en place.

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

Les orientations stratégiques de l'établissement définies dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2000-2004, ont permis, en associant des professionnels et les instances consultatives, de définir des objectifs hiérarchisés et réalisables ; elles ont été complétées d'une note d'orientation 2005-2007, et d'objectifs édictés dans le cadre du contrat d'objectifs (COM) et de moyens en cours (2003-2006). L'établissement a prévu l'élaboration d'un projet d'établissement en 2005 intégrant, entre autres, un projet médical complété de projets de service et d'un projet de soins infirmiers, les projets médicaux de l'Unité de soins palliative et de l'HAD étant formalisés. Des objectifs planifiés qualité/sécurité sont déclinés dans les annexes qualité/sécurité du COM et seront évalués lors des rapports d'étape.

Les différentes instances fonctionnent dans le cadre de leurs domaines de responsabilité et pour des questions relevant de leurs compétences.

La politique de communication interne et externe est organisée ; elle est retrouvée au travers des différentes réunions, affichages, notes, journal interne, assemblées générales, comptes rendus documents ; un projet intranet est en cours...

L'existence de modes de concertation entre les professionnels est retrouvée au travers de réunions régulières visant à favoriser l'expression et la recherche de solutions : réunions de service, institutionnelles, fonctionnelles, temps de transmissions jour et nuit.

Des outils de pilotage de gestion existent pour la direction qui associe l'encadrement dans le cadre de rapports d'activité bisannuels et des investissements.

L'amélioration de l'ensemble des activités et des prestations est recherchée.

L'évaluation des personnels reste à remettre en œuvre après la finalisation des fiches de poste et de fonction.

L'établissement devra, dans le cadre de l'élaboration de son projet d'établissement, intégrer un outil de suivi des objectifs des différents secteurs d'activité.

I.5 Gestion des ressources humaines

La politique de gestion des ressources humaines n'est pas formalisée dans un projet social, mais la direction associe les professionnels dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques.

Les instances représentatives médicales et partenaires sociaux fonctionnent dans les domaines qui les concernent ; des comptes rendus sont réalisés et diffusés.

La gestion prévisionnelle des emplois et carrières est organisée.

Les fiches de fonction sont en cours de réactualisation. L'accueil des nouveaux agents et des stagiaires est organisé et les règles de confidentialité respectées dans le cadre de la gestion administrative des dossiers du personnel. Les besoins en formation des personnels sont identifiés, recensés et analysés lors de l'élaboration du plan de formation avec le comité d'entreprise.

Le document unique est finalisé.

La gestion des ressources humaines a fait l'objet d'une enquête satisfaction auprès des professionnels.
L'évaluation annuelle des salariés reste à remettre en œuvre comme prévu par l'établissement dès la finalisation des fiches de poste et de fonction.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Un système de gestion des approvisionnements et équipements est en place et un approvisionnement en urgence est organisé.
La maintenance des bâtiments et équipements est gérée par le responsable de la maintenance qui est joignable 24 heures/24. La restauration, autogérée, fonctionne, depuis la formation récente des professionnels, sous *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques). Elle tient compte des besoins des patients en termes de régimes alimentaires. La fonction blanchisserie et le circuit du linge sont organisés. Un prestataire externe assure l'entretien du linge et des tenues professionnelles. Des sacs spécifiques sont disponibles en cas de problème infectieux.
Les procédures de nettoyage et d'hygiène des locaux sont élaborées et suivies.
La fonction transport est organisée et fera l'objet d'une réflexion en interne.
L'élimination des déchets est organisée et suivie.
Des contrôles sont organisés, soit de visu, soit par mise en œuvre d'audits internes soit par prélèvements microbiologiques pour la restauration.
La sécurité incendie et la sécurité des biens des patients sont organisées.
Certaines évaluations de la prestation logistique sont effectives, mais si l'évaluation formalisée ne fait pas encore partie d'une pratique courante, les acteurs impliqués sont conscients de la nécessité de la poursuite de cette démarche.

I.7 Gestion du système d'information

La politique du système d'information n'est pas clairement formalisée, néanmoins les acteurs de l'établissement affichent un intérêt certain pour développer un système informatique de qualité. Un audit a été réalisé par un consultant externe sur la base d'un bilan de l'existant ce qui a permis d'harmoniser l'outil informatique. L'information est transmise par de nombreux supports.
Le département d'information médicale est en place et affiche sa volonté de rôle pivot dans la gestion de l'information médicale.
La politique d'évaluation du système d'information dans toutes ses composantes n'est pas définie cependant elle est ébauchée par le recensement des dysfonctionnements du système informatique.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité existe depuis 1999. La mise en place de groupes de travail multidisciplinaires et l'élaboration de nombreux protocoles et de procédures en témoignent. Une communication interne du personnel de l'état d'avancement de la démarche et une gestion documentaire y contribuent. Une fiche de recueil des événements indésirables est créée, son évaluation reste à mettre en place. L'implication des acteurs de l'établissement avec la création d'une commission de coordination de la qualité, dont le rôle est défini augure de la pérennité de la démarche entreprise.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique des vigilances sanitaires n'est pas définie au sein de l'établissement. Cependant l'hémovigilance et l'infectiovigilance sont en place et sont connues des différents professionnels. La formalisation de la politique couvrant l'ensemble des vigilances et la formation des professionnels augmenteraient leur engagement. La sécurité transfusionnelle est en place. La dynamique d'amélioration existe en particulier en ce qui concerne l'hémovigilance et l'infectiovigilance qui bénéficient d'actions d'évaluation. Ces actions sont à étendre à l'ensemble des vigilances. L'établissement se propose de coordonner les informations émanant des différentes vigilances.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'établissement s'est organisé pour mettre en place une politique de maîtrise du risque infectieux qui n'est pas encore formalisée au sein d'un projet d'établissement. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dont la constitution est conforme à la réglementation, se dote d'un programme d'actions, validé par la conférence médicale d'établissement. Les structures sont en place, l'engagement des professionnels est certain comme l'atteste la présence d'une équipe d'hygiène multiprofessionnelle s'appuyant sur des référents dans les services. Il existe une dynamique d'amélioration comme le montrent les modifications architecturales récentes, les protocoles mis en place, les formations de certains personnels. Une évaluation des protocoles est prévue, mais n'est pas encore systématisée. De récents audits de pratiques viennent de renforcer cette dynamique d'amélioration. Le choix d'indicateurs permettra à l'établissement d'évaluer l'efficacité du programme de son CLIN.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandation formulée par la Haute Autorité de santé

- Définir, mettre en œuvre et évaluer une politique de vigilance sanitaire.

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.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il fait l'objet d'une recommandation mentionnée ci-dessus.

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