



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DE
LA POLYCLINIQUE DE
LAGNY-SUR-MARNE**

**13, rue Vacheresse
77400 LAGNY-SUR-MARNE**

Novembre 2005

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION	p.10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
 SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.11
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
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 ?

L'certification est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure de certification est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS LA CERTIFICATION

- ***Elle n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.***
- ***Elle ne note pas les médecins, les soignants ou les services.***
- ***Elle ne décide pas de l'attribution de moyens supplémentaires.***

QU'APPORTE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler.

dans le but de :

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. encadré) et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

APPORT POUR LA QUALITÉ DES SOINS

- ***L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.***
- ***L'amélioration de la sécurité des soins.***
- ***Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.***
- ***La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.***

III. COMMENT EST ÉTABLI LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel* de certification proposé par la HAS. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* Le manuel de certification est disponible sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr.

LES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION

- 1. Droits et information du patient**
- 2. Dossier du patient**
- 3. Organisation de la prise en charge du patient**
- 4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité**
- 5. Gestion des ressources humaines**
- 6. Gestion des fonctions logistiques**
- 7. Gestion du système d'information**
- 8. Qualité et prévention des risques**
- 9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle**
- 10. Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux**

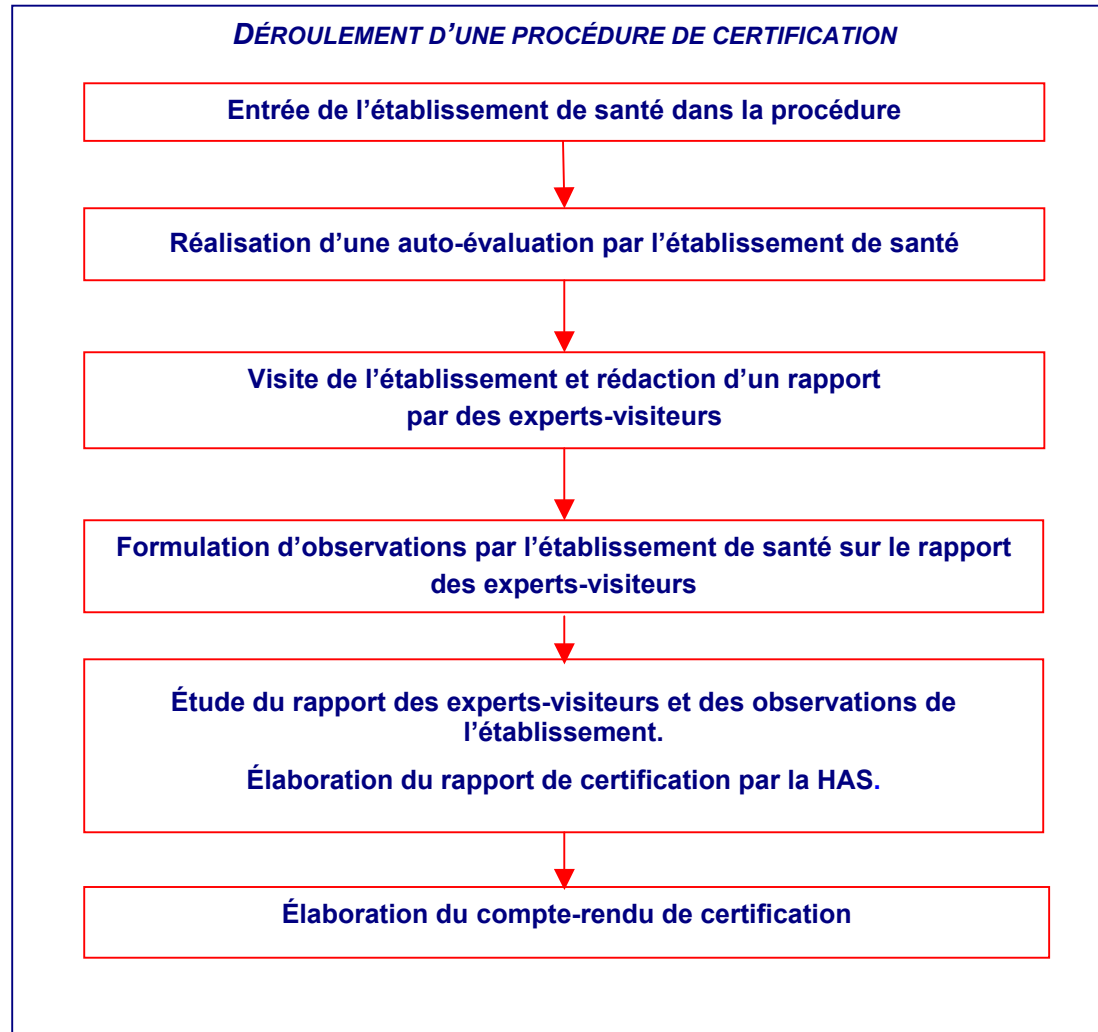
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants)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

Pour garantir l'indépendance de la procédure de certification, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé établit un «rapport de certification» qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH).

Le compte-rendu de certification est élaboré à partir du rapport de certification.



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

Le compte-rendu de certification contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure de certification,
- les conclusions de la HAS sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, la HAS peut émettre :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure ;
- des réserves : constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et absence de dynamique de progrès ;
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

Les décisions de la HAS peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRÉCIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandation	La HAS encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par la HAS en vue de la prochaine procédure.
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par la HAS.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par la HAS.

* *
*

Les comptes rendus de certifications des établissements de santé ayant conclu leur procédure de certification sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr

PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom de l'établissement	Polyclinique de Lagny	
Situation géographique	Ville : Lagny-sur-Marne Département : Seine-et-Marne	Région : Île-de-France
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Établissement à but lucratif (société anonyme)	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	123 lits dont médecine : 23 lits, chirurgie : 82 lits, dialyse : 18 places	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	1 seul	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Néphrologie, hémodialyse Chirurgie ambulatoire (ORL, ophtalmo, endoscopies digestives et pulmonaires, orthopédie). Chirurgie orthopédique, viscérale et vasculaire en hospitalisation complète.	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Consultations, rééducation fonctionnelle et balnéothérapie	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	<p>Convention et partenariat</p> <p>Centre hospitalier de Lagny-sur-Marne, clinique de Thorigny, CHU Henri-Mondor (service de dialyse, prélèvement fragments osseux), CH de Meaux (dialyse péritonéale).</p> <p>Prise en charge en réseau</p> <p>Réseau OMEGA (équipe mobile douleur et soins palliatifs). Réseau ONCONVAL (prise en charge des patients en cancérologie). CLIC (prise en charge à domicile de la personne âgée).</p>	

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	Par ordre décroissant, fréquentation (par codes postaux les plus courants) : Lagny-sur-Marne, Bussy-Saint-Georges, Torcy, Serris, Esbly ; Clay Souilly La clinique est située sur le territoire de santé N° 77.1 qui coïncide avec le bassin de vie N°19.
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Équipement en matériel du bloc opératoire et de la salle de surveillance postinterventionnelle. Installation dans les services de chirurgie de 4 lits de surveillance continue postopératoire.

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **LA POLYCLINIQUE DE LAGNY SUR MARNE**, sise 13 Rue Vacheresse 77400 – LAGNY SUR MARNE.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **15 mars 2004**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du **19 au 22 Avril 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 novembre 2005**.

Après avoir pris connaissance :

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

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

PARTIE 3

CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I APPRECIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

L'établissement a intégré dans ses orientations et pratiques, les principes relatifs aux droits des patients.

L'ensemble du personnel a été informé des principes de la charte du patient (largement diffusée). Les agents sont sensibilisés à l'intimité, la dignité, la confidentialité sauf en ce qui concerne la sécurité informatique qui n'apporte pas les garanties en matière de confidentialité (codes non changés).

Dès son admission, le patient fait l'objet d'une information et d'une attention particulière notamment en ce qui concerne la personne de confiance. Le circuit d'information a été formalisé par écrit.

Les règles sont connues des professionnels.

L'établissement a mis en place une commission de relations avec les usagers et la qualité (CRUQ). Une information est donnée par voie d'affichage sur ses modalités de fonctionnement.

Le recueil du consentement et l'information de bénéfice-risque sont recherchés, formalisés en amont de l'hospitalisation, mais ne sont pas toujours réenvisagés au cours de l'hospitalisation de chirurgie.

Plusieurs questionnaires de satisfaction, selon les spécialités, sont en place et permettent d'évaluer les respects des droits et de l'information du patient.

Un questionnaire de satisfaction a également été établi en braille pour les mal- et non-voyants.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'une analyse et d'un traitement.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient existe, elle est partagée par l'ensemble des acteurs. Le dossier unique pour chacun des deux grands secteurs d'activité, et pour un patient donné, est une réalité applicable de par un archivage novateur. L'appropriation de l'ensemble des items, définis de façon consensuelle, permettra un suivi coordonné depuis la préadmission jusqu'à la prise en charge par le médecin référent dans le respect de la réglementation en vigueur (consentement éclairé, information, rapport bénéfice-risque, prescriptions horodatées et signées par les praticiens, lettres de sortie). La confidentialité fait partie intégrante de la culture de l'établissement et s'exprime tant dans l'organisation du dossier que dans celle du circuit du dossier. Une procédure de

communication du dossier au patient est en cours de rédaction. L'évaluation comparative du dossier est une réalité planifiée et suivie de manœuvres correctives si besoin.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La politique de l'établissement privilégie l'organisation de la prise en charge avec un maximum d'efficacité. L'établissement s'est fixé des axes de développement afin d'organiser une meilleure prise en charge pluridisciplinaire en amont de l'admission et en aval de la sortie.

Tous les professionnels sont engagés dans cette politique, de nombreuses actions sont conduites. La programmation des entrées permet un accueil personnalisé.

La dynamique qualité repose sur une direction très présente et un groupe de professionnels, représentatif des compétences transversales.

Une volonté de répondre aux conditions optimales de qualité et de sécurité est rencontrée chez l'ensemble des professionnels.

Ces derniers sont soucieux de repérer et de respecter les besoins des patients et notamment les besoins spécifiques (douleur : partenariat avec une équipe mobile douleur soins palliatifs) Une coordination entre les différents professionnels internes et externes à l'établissement existe.

La continuité des soins est correctement assurée pendant l'hospitalisation et jusqu'à la sortie, organisée avec le patient et son entourage, ainsi que par des conventions établies avec différents établissements.

Le patient sort de l'établissement, muni de tous les documents nécessaires à sa prise en charge.

L'organisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux, l'approvisionnement en urgence sont sécurisés.

L'ensemble des personnels, à des degrés différents, est sensibilisé à la nécessité de rédaction des divers protocoles. Beaucoup de protocoles existent déjà, sont appliqués et évalués, notamment en matière d'hygiène – hôtellerie – restauration.

Il ressort la nécessité de procéder à des évaluations des autres domaines.

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

Les politiques de l'établissement sont définies, hiérarchisées, formalisées et diffusées. Un contrat d'objectifs et de moyens signé en janvier 2004, impose la rédaction prochaine d'un projet d'établissement. Le projet médical, en cours de réflexion, plus développé sur l'insuffisance rénale chronique prend en compte l'évolution démographique du territoire de santé et les orientations du Schéma régional d'organisation sanitaire et social (SROSS) en cours de publication. Les secteurs d'activité disposent d'indicateurs de suivi et de consommations. L'intégration récente, dans un groupe international, conditionne l'organisation des données comptables et les choix d'investissements pluriannuels.

La démarche d'amélioration continue de la qualité est organisée, diffusée, partagée par l'encadrement et l'ensemble des professionnels qui se sont activement impliqués dans la démarche. L'établissement procède surtout, au plan de l'hôtellerie, à de nombreuses évaluations auprès des patients ou du personnel.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement dispose d'un projet social dont les principaux axes de développement de la gestion des ressources humaines sont arrêtés. Il existe une réelle politique de dialogue social. Les outils d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences restent à développer. Des fiches de poste sont rédigées et diffusées pour l'ensemble des catégories de personnel non médical. L'accueil et l'intégration des nouveaux personnels sont consignés en protocoles, bénéficient de supports (livrets d'accueil, cédérom, tutorat) et d'une évaluation. Le document unique des risques professionnels existe. L'amélioration des conditions de travail fait l'objet d'un consensus fort entre la direction, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et le médecin du travail. La dynamique qualité constatée devra être consolidée par la mise en place d'outils complémentaires de la politique de gestion des ressources humaines.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les besoins des différents services sont évalués au niveau quantitatif, les approvisionnements en urgence ne font en revanche pas tous l'objet de procédures. La maintenance des matériels et dispositifs médicaux est organisée. Face à des contraintes architecturales lourdes, l'établissement aidé par des compétences extérieures a développé la méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques) en restauration. La fonction linge est organisée. L'établissement assure le tri des déchets, les circuits sont organisés, les zones de stockage aménagées. Le nettoyage des locaux et des équipements fait l'objet de protocoles diffusés et connus par du personnel formé. La satisfaction des utilisateurs (patients et personnel) fait l'objet de nombreuses évaluations périodiques.

I.7 Gestion du système d'information

La politique d'information est définie et concerne aussi bien les informations utiles à la prise en charge performante des patients (DPA), la diffusion des informations aux tutelles et la gestion des alertes que la communication interne et l'ouverture sur l'extérieur (site Internet à réactualiser). La confidentialité est respectée. Le département d'information médicale répond à ses attributions.

En revanche, on note une persistance de la culture de l'oral et de la référence hiérarchique avec une non-appropriation des procédures de communication et une impossibilité d'évaluation du système de communication interne. L'évaluation du système n'est actuellement pas une priorité et les indicateurs de suivi ne sont pas définis.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Depuis 2000, des actions qualité sont en place, mais ce n'est qu'en 2003 que l'établissement affiche une grande volonté de mise en œuvre d'une démarche qualité structurée.

L'instauration d'une démarche qualité à la pharmacie, en hémodialyse, en stérilisation au bloc opératoire est structurée.

Un responsable assurance qualité a été recruté, un comité de pilotage et des groupes de travail sont constitués.

Des objectifs qualité pour 2004 et 2005 ont été déterminés. Le programme d'amélioration de la qualité a été formalisé en juillet 2004.

La cellule prévention des risques a été créée en janvier 2005.

Les professionnels ont été concernés et associés à la définition de ces projets.

L'établissement fait preuve d'une grande réactivité dans la mise en place des actions correctives.

Le taux de retours des questionnaires est de 40 %, la mesure de satisfaction des patients est réalisée par l'analyse de plusieurs questionnaires (selon le type d'admission) et de ceux élaborés par le prestataire extérieur (restauration, hôtellerie).

Le CRUQ est constitué.

La procédure de gestion des réclamations et des plaintes est formalisée.

La gestion documentaire est organisée.

Un système de signalement des événements indésirables est en place.

L'évaluation des risques professionnels a été effectuée, à partir d'indicateurs qui sont déjà utilisés. Un dispositif global de suivi et d'évaluation du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques peut se mettre en place.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique VST est réelle avec création d'une cellule de prévention des risques (vigilances obligatoires) comportant également une commission des antibiotiques, un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles et une remise à jour de la fiche de signalement des événements indésirables.

Cette cellule est organisée, mais n'applique pas encore les procédures et repose sur la surveillante générale plaque tournante du système.

Une information interne a été donnée. Il n'y a pas de programme de formation.

L'application de la politique du DPA permettra un meilleur suivi du dossier transfusionnel.

La création récente de cette structure n'a pas encore permis d'évaluation.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de prévention des risques infectieux est structurée et implique de nombreux acteurs.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est actif depuis 2001. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est opérationnelle.

Des actions de communication et de formation sont réalisées de sein de l'établissement.

La surveillance du risque infectieux est organisée et effective.

Des protocoles sont formalisés, validés, expliqués et appliqués et pour beaucoup évalués.

La conduite à tenir en cas d'épidémie est correctement libellée.

La cuisine est en démarche qualité. Le bon usage des antibiotiques est pris en compte.

La prévention des infections touchant les professionnels est réelle.

La maîtrise du risque infectieux liée à l'environnement est développée.

L'évaluation du programme d'actions de prévention et de maîtrise du risque infectieux est effective.

L'établissement gère la lutte contre les infections nosocomiales dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Généraliser le respect des bonnes pratiques de prescriptions médicales et supprimer les transcriptions.

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 de la recommandation mentionnée ci-dessus.

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