



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DU  
CENTRE HOSPITALIER DE RUMILLY**

**23, rue Charles-de-Gaulle  
74151 RUMILLY**

**FEVRIER 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.10</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.11</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.15</b>
<b>II.2 Modalités de suivi</b> .....	<b>p.15</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.***

### 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**

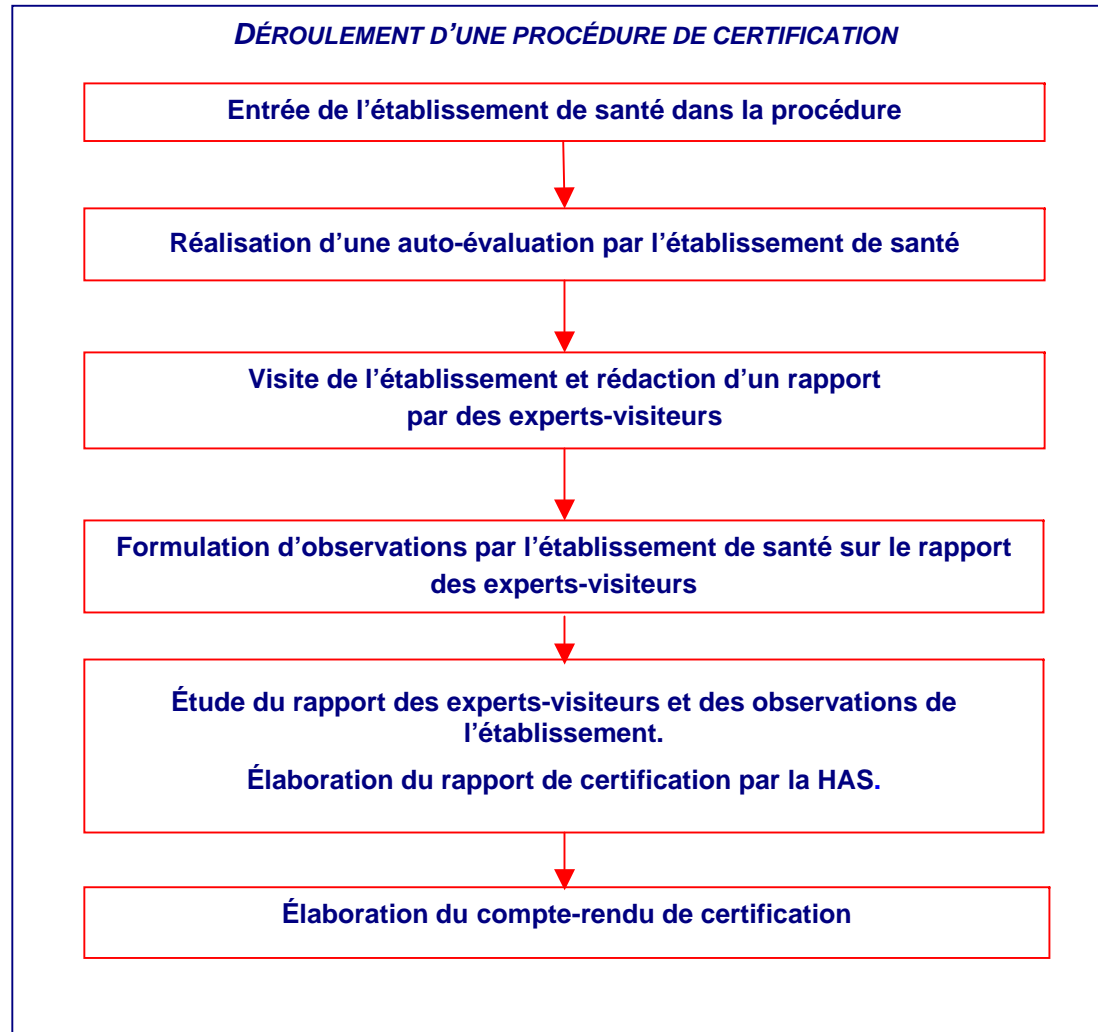
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants)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

**PARTIE 1**

**PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

<b>Nom de l'établissement</b>	Centre hospitalier de Rumilly	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville :</b> Rumilly <b>Département :</b> Haute-Savoie	<b>Région :</b>
<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 CH	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	25 lits en médecine, 52 lits et 3 places en soins de suite et rééducation, 84 lits en USLD et 98 lits en maison de retraite et foyer d'accueil temporaire soit 262 lits et places	
<b>Nombre de sites</b> <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	Le centre hospitalier comprend 3 sites : l'établissement principal en centre-ville, l'USLD les Cèdres et une maison de retraite Baufort sur la rocade extérieure de la ville	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	Les activités du centre hospitalier sont centrées sur la médecine, la rééducation cardiovasculaire et neurologique sur le site principal et la gériatrie sur les autres sites	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )	Le centre hospitalier assure la prise en charge des urgences dans le cadre d'une fédération interhospitalière avec le centre hospitalier d'Annecy.	
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> ( <i>GCS, SIH, conventions...</i> )	Le centre hospitalier de Rumilly fait partie d'une communauté d'établissement avec le centre hospitalier d'Annecy Cesar dans le domaine de la médecine, de la psychiatrie, du PMSI, de l'hygiène, de l'hémovigilance, et au sein d'une fédération interhospitalière pour les urgences. Le centre hospitalier participe activement au réseau gériatrique du secteur.	
<b>Origine géographique des patients</b> ( <i>attractivité</i> )	En médecine 80 % des patients viennent du canton de Rumilly, en rééducation cardiovasculaire, 89 % des patients viennent du département de Haute-Savoie. En soins de suite neurologiques, 76 % des patients viennent de Haute-Savoie. En soins de longue durée, 80 % des résidents proviennent du canton de Rumilly et des 3 cantons voisins.	



<p><b>Transformations récentes</b> <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i></p>	<p>Le projet d'établissement 2003-2008 délibéré en juin 2003 a été approuvé par l'ARH en décembre 2003.</p> <p>Les modifications du paysage hospitalier en 1993 (fermeture de la chirurgie, du bloc opératoire) ont orienté l'activité de l'établissement vers la prise en charge des patients de soins de suite (création de 10 lits d'état végétatif en 1996, de 15 lits et places de rééducation cardiovasculaire).</p> <p>La signature de la fédération interhospitalière des urgences avec le centre hospitalier d'Annecy a permis le maintien d'une activité de soins externes du lundi au samedi en horaire de jour.</p> <p>Un avis favorable du CROSS en mars 2005 permettra la création de 48 places supplémentaires d'EHPAD réservés à des patients Alzheimer.</p> <p>Pour favoriser le recrutement des personnels, l'établissement a ouvert une école d'aides-soignantes de 25 places en février 2005.</p>
---	---

## PARTIE 2

---

### DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

---

La présente procédure de certification concerne :

- **Le Centre Hospitalier de Rumilly** sis 23 Rue Charles de Gaulle 74151 RUMILLY

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **17 Novembre 2004**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 13 au 16 septembre 2005 par une équipe multiprofessionnelle de **4 experts-visiteurs** mandatée par la Haute Autorité de santé.

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

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

Les principes de la charte du patient sont contenus dans le projet d'établissement. La charte est largement diffusée auprès du patient ou de sa famille, des personnels et dans les services. Le patient reçoit durant tout son séjour une information claire et compréhensible tant sur le plan administratif que médical. Le consentement écrit du patient et le recueil de la personne de confiance n'est pas intégré dans le dossier ; la traçabilité devra être assurée. Un travail sur la documentation à donner au patient pour information a abouti à la création de support écrit d'information. Des actions correctives pour améliorer la confidentialité et le respect des droits du patient sont mises en place grâce au dynamisme des professionnels et ce malgré les difficultés architecturales. L'évaluation du respect des droits du patient débute.

##### I.2 Dossier du patient

Une réflexion sur le dossier du patient est initiée depuis plusieurs années, soutenue par la réalisation de l'auto-évaluation, mais sans politique définie. Cette politique devra être renforcée pour assurer l'homogénéité des pratiques. Les professionnels médicaux et particulièrement les paramédicaux s'impliquent dans la généralisation de l'utilisation du dossier identique dans tous les secteurs. Toutefois, l'élaboration de la procédure de tenue du dossier du patient renforcera la qualité et l'exhaustivité des informations. Les documents composant ce dossier sont diffusés, celui relatif à la réflexion bénéfice-risque est créé, L'établissement devra généraliser la traçabilité de l'évaluation médicale et de la réflexion bénéfice-risque. Les conditions d'archivage des dossiers permettent une sécurité. Une procédure décrit l'accès au dossier à la demande du patient. L'amélioration continue du dossier du patient est engagée à travers la réalisation d'évaluation de celui-ci et par la planification des prochaines évaluations.

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

La politique de santé développée par l'établissement a conduit à une modification profonde du paysage sanitaire. Le centre hospitalier de Rumilly a évolué avec une restructuration engagée entre 1993 et 1997, le positionnant comme un acteur de santé de proximité (médecine, gériatrie, urgences), d'échelon départemental et régional (rééducation cardiovasculaire et soins de suite neurologiques), en renforçant les liens de coopération et de mutualisation avec les autres établissements sanitaires et médicosociaux et plus spécialement avec le centre hospitalier de la région d'Annecy. Le nouveau projet médical a défini les objectifs poursuivis : consolidation de l'évolution de l'hôpital par l'affirmation des axes de compétences (médical et gériatrique) et de proximité, modernisation et évolution de l'offre de soins au sein d'une communauté d'établissement dynamique, promotion de la qualité et de la sécurité des soins. La politique hôtelière définit des objectifs et des moyens pour améliorer la logistique et la distribution, la restauration et l'hôtellerie. L'implication de tous les acteurs, quelle que soit la catégorie professionnelle, s'est matérialisée par la mise en place d'un réseau d'aval pour les patients. L'établissement a mis en place une politique d'accueil. Il doit formaliser les actions à mettre en place dans le cadre de la lutte contre le tabac. La prise en charge des patients fait l'objet d'une évaluation initiale et régulière. Toutefois, l'accompagnement des patients en fin de vie doit être renforcé par un recueil systématique des besoins du patient et des professionnels. La mise en place d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles doit être développée.

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

Le centre hospitalier s'est doté d'un projet d'établissement validé par la tutelle. L'ensemble du personnel y a été associé, les médecins dans l'écriture du projet médical, le personnel non médical par le biais d'un questionnaire en vue de la rédaction du projet social. La politique d'investissement montre le dynamisme actuel du centre hospitalier. Une politique de communication externe et interne est en place. Il n'y a pas de déconcentration budgétaire au niveau des services du fait de la taille de l'établissement. Le management interne des différents secteurs d'activité est à structurer afin de favoriser l'amélioration de la qualité de la prise en charge. L'évaluation n'est effective qu'au niveau budgétaire, elle devra être initiée dans les autres domaines.

### I.5 Gestion des ressources humaines

Un projet social a été décliné dans le projet d'établissement à partir d'une enquête faite auprès du personnel et le dialogue social est en place. Cependant l'organisation complexe du service des ressources humaines ne permet pas un suivi harmonieux du personnel en ce qui concerne, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette difficulté se retrouve également dans l'élaboration des plannings, la gestion administrative des dossiers et les entretiens individuels annuels. Une politique de formation est particulièrement active, 1/3 du personnel part régulièrement en formation chaque année. L'établissement devra poursuivre l'évaluation de la qualité de gestion des ressources humaines initiée en 2003 par une enquête.

## I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement a développé une politique de gestion des fonctions logistiques autour de la collaboration et l'association des professionnels aux différentes phases des choix d'équipements et de produits. La sécurité des bâtiments, des biens et des personnes est un souci constant compte tenu de la situation géographique en centre-ville. Le passage en liaison froide de la cuisine s'est accompagné de la mise en place de la démarche *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques). Le bionettoyage des locaux est animé par une équipe de référents dynamiques et formés. L'implication des acteurs se perçoit à toutes les étapes des circuits (transport, déchets, linge). En dehors de la fonction restauration, et malgré les efforts importants de formalisation et de formation des acteurs, il reste à évaluer les fonctions logistiques.

## I.7 Gestion du système d'information

Il existe un schéma directeur élaboré à partir d'une enquête de besoins des utilisateurs. La taille de l'établissement ne permet pas de disposer d'un département d'information médicale autonome. Les données du programme de médicalisation du système d'information sont enregistrées en temps réel par le centre hospitalier d'Annecy partenaire. Cette organisation ne permet pas d'avoir un regard exhaustif sur le codage. La confidentialité et la protection des données sont assurées. Les priorités définies par l'établissement et le développement du système informatique sont des atouts pour la finalisation de l'informatisation du dossier du patient dont le logiciel vient d'être choisi.

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

La politique qualité est inscrite dans le projet d'établissement matérialisé par une dynamique qualité depuis 2003, date d'entrée dans la démarche notamment à travers la mise en place d'un comité de pilotage et d'une cellule regroupant les risques. L'implication des acteurs, revenu sur leur temps personnel, démontre un dynamisme affiché soutenant la démarche qualité quel que soit le secteur d'activité. Le caractère récent de la démarche n'a pas encore permis de mettre en place des indicateurs de résultats. La gestion des risques se met en place autour de la coordination des vigilances et des risques sanitaires. Le recueil d'événements indésirables est en cours de réajustement notamment au niveau de l'analyse des résultats et la mise en place des plans d'actions. La mise en place d'un support unique de déclaration va faciliter le suivi du programme de gestion des risques. L'évaluation du programme doit être étendue à l'ensemble des risques.

## I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

L'efficacité de la procédure d'hémovigilance est évaluée par le recueil systématique des dysfonctionnements, le suivi d'indicateurs, le taux d'incident transfusionnel et de consommation des produits. Des actions d'amélioration sont présentées au comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance annuel. L'ensemble des étapes du processus transfusionnel n'est pas évalué, mais des évaluations partielles donnant lieu à des actions correctives sont effectuées par l'intermédiaire de l'analyse de l'ensemble des dysfonctionnements et de la traçabilité par le fiche de distribution nominative. L'évaluation des autres vigilances est à mettre en place.

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

Le centre hospitalier a mis en place une politique de lutte contre le risque infectieux volontariste avec une collaboration assidue avec la fédération interhospitalière de lutte contre le risque infectieux régionale. La mobilisation des professionnels est importante, au travers du fonctionnement du comité de lutte contre les infections nosocomiales, de l'équipe opérationnelle d'hygiène et dans les plans de formations. Beaucoup de dispositifs de prévention et d'alerte (carnet sanitaire, procédure *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques), procédures d'hygiène...). La mise en place des référents hygiène dans les services a permis de développer une politique volontariste de maîtrise du risque infectieux. L'intégration de ce réseau de référents à l'équipe opérationnelle d'hygiène permettra de créer une dynamique depuis la décision jusqu'à l'application. La lutte contre le risque infectieux fait l'objet d'une surveillance attentive. Des difficultés de recueil d'information avec le laboratoire extérieur ne permettent pas de corréler la consommation d'antibiotique avec les résultats d'agents infectieux type bactéries multirésistantes. Le passage du pharmacien à une activité de temps plein va permettre de développer l'analyse des résultats et de concorder les deux activités. Celui-ci devra également mettre en œuvre et évaluer les dispositions de bon usage des antibiotiques. Des actions de prévention s'appliquent aussi bien pour les professionnels que pour les patients. L'hygiène et la prévention du risque infectieux font l'objet de longue date de suivi et d'évaluation.

## **II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

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

- Assurer la traçabilité du consentement du patient, de la réflexion bénéfice risque, des informations données et généraliser l'identification de la personne de confiance,
- Renforcer le respect de l'intimité, de la confidentialité et les conditions d'accès et d'hébergement des personnes handicapées et l'évaluation du respect des droits du patient,
- Renforcer la mise en œuvre de la politique du dossier patient et l'évaluer,
- Structurer et évaluer le management interne et la gestion des ressources humaines en veillant notamment à supprimer les glissements de tâche, à généraliser les profils de poste, l'évaluation périodique des personnels et renforcer la confidentialité des informations ,
- Mettre en œuvre et évaluer les dispositions de bon usage des antibiotiques.

### **II.2 Modalités de suivi**

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, la Haute Autorité de santé décide que l'établissement a satisfait à la procédure de certification.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

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