



**RAPPORT DE CERTIFICATION DU  
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL  
D'AMBOISE-CHÂTEAU-RENAULT**

**Rue des Ursulines  
BP 329  
37403 AMBOISE CEDEX**

**Juin 2007**

**PARTIE 3**

**COMMENTAIRES SYNTHÉTIQUES**

## I. Commentaires synthétiques par type de prise en charge

### Soins de courte durée

La qualité et la sécurité de la prise en charge du patient sont une priorité de l'établissement qui l'inscrit dans son projet d'établissement et dans son COM. L'accès à l'établissement et aux différents secteurs de soins est aisé et facilité par une signalétique suffisante. Les accès pour personnes handicapées sont réalisés, mais certains équipements spécifiques doivent être améliorés dans les secteurs de soins. L'accueil des urgences est assuré 24 heures/24 par un personnel formé. L'hospitalisation est organisée dès la consultation initiale. Le patient reçoit une information claire sur ses conditions de séjour. Lors de l'hospitalisation, il est accueilli par un personnel formé et attentif, tant au niveau administratif que dans les unités de soins. Ses besoins sont identifiés et tracés dans le dossier de soin sur un support dédié. Ils sont pris en compte par les différentes équipes soignantes et hôtelières. Le respect des droits et de la dignité du patient est un souci constant du personnel. La charte du patient est largement diffusée en plusieurs langues. Le personnel est sensibilisé au respect du secret professionnel et de la confidentialité. Les soins sont organisés et coordonnés entre les équipes médicales et paramédicales. Le projet thérapeutique et la réflexion bénéfice-risque sont discutés entre le patient et son médecin lors des consultations préalables à l'hospitalisation, et lors des visites quotidiennes des médecins, mais ils ne sont que rarement tracés dans le dossier du patient. De même, le consentement éclairé est requis selon des modalités variables, et n'apparaît pas toujours dans le dossier d'hospitalisation. La prescription thérapeutique doit être sécurisée, dans tous les secteurs de soins, par la suppression de la retranscription des traitements par le personnel infirmier. La lutte contre la douleur est structurée, de nombreuses formations ont été réalisées et des protocoles sont en place. Il n'y a pas d'équipe mobile de soins palliatifs, mais des référents formés travaillent en collaboration avec le CLUD. Les besoins psychologiques des patients sont pris en charge. Ceux du personnel doivent être mieux assurés. L'établissement ne réalise plus d'accouchement depuis juillet 2004, mais un service de périnatalité a été organisé. Il permet le suivi et la préparation à l'accouchement, ainsi que le retour sur le site d'Amboise des parturientes qui le souhaitent quelques heures après leur accouchement. La coordination et la continuité des soins sont bien organisées. La sortie du patient est organisée dès que possible et au besoin avec la famille. Une prise en charge à domicile peut être mise en place pour le patient ou la parturiente. Le médecin traitant est tenu au courant, et dispose des éléments lui permettant d'assurer la continuité des soins. La qualité et la diversité du plan de formation annuel témoignent de la dynamique d'amélioration souhaitée de cet établissement.

Psychiatrie et santé mentale

Le secteur de psychiatrie est situé sur le site de Château-Renault. C'est le service référent de secteur du bassin sanitaire. Il associe un service d'hospitalisation et de consultation de psychiatrie adulte et une unité de consultation de psychiatrie infantojuvénile. Les locaux sont anciens et inadaptés, en particulier pour les personnes handicapées ou pour l'internement des détenus qui ne peuvent être hospitalisés qu'en chambre d'isolement. Un projet de reconstruction est en cours. L'établissement assure à tous l'accès aux soins. Les urgences sont reçues 24 heures/24 par un psychiatre de garde. Les modalités d'accueil répondent aux attentes et aux besoins des patients et de leurs familles. L'information sur les conditions de séjour et les soins est adaptée à la pathologie du patient. Ce dernier est associé aux choix thérapeutiques chaque fois que cela est possible. L'information aux familles ainsi que le projet thérapeutique sont tracés dans le dossier. Les prescriptions sont sécurisées. Elles sont réalisées par les médecins. Il n'y a pas de retranscription. L'administration est assurée et tracée par le personnel soignant. Le personnel et les médecins sont très attachés au respect du secret professionnel et à la confidentialité. Les conduites addictives, le risque suicidaire, la douleur physique et morale, l'état nutritionnel sont pris en compte. Des réunions de synthèse quotidiennes entre médecins et soignants permettent d'ajuster le projet thérapeutique. Elles permettent aussi d'assurer un soutien psychologique au personnel en cas de besoin. La sortie du patient est organisée, et le suivi en consultation est programmé. La qualité et la diversité du plan de formation annuel témoignent de la dynamique d'amélioration souhaitée de cet établissement.

Soins de suite et de réadaptation

L'établissement dispose :

- d'un service de 35 lits de soins de suite et réadaptation à orientation gériatrique dont 30 sont sur le site d'Amboise ;
- d'un service de 28 lits de médecine physique et rééducation sur le site de Château-Renault.

Celui-ci bénéficie de locaux récents et d'installations neuves et complètes qui seront inaugurées début janvier 2007. Ils permettront d'assurer les soins dans de meilleures conditions de confidentialité. L'accueil des patients, la confidentialité, le respect des droits et de l'intimité est assuré par un personnel sensibilisé et formé. La prise en charge est facilitée par les contacts préalables avec les services d'amont. Des fiches de liaison, présentes dans le dossier, permettent d'assurer la continuité des soins. Les besoins sociaux des patients sont précisés. Le projet thérapeutique est défini avec le patient chaque fois que cela est possible, surtout en MPR, ou les patients sont plus jeunes. Les activités de rééducation et de soutien sont notées dans le dossier. Le consentement éclairé et la réflexion bénéfice-risque restent inconstants, en revanche, le refus de soins exprimé par le patient est systématiquement tracé. Les prescriptions médicales doivent être sécurisées par la suppression de toute retranscription. En MPR, les professionnels s'investissent dans la qualité de l'évaluation et du traitement de la douleur, et des formations sont régulièrement réalisées. Des points quotidiens et une réunion hebdomadaire sont réalisés avec les kinésithérapeutes, et les ergothérapeutes. Les besoins spécifiques des patients sont particulièrement bien pris en compte et sont tracés dans le dossier. Ils sont suivis et réévalués lors des visites quotidiennes des médecins. En SSR à orientation gériatrique, le personnel est formé et sensibilisé à ce type de prise en charge. Les risques de dénutrition, de chutes ou d'escarres sont suivis et prévenus, et l'accompagnement des patients en fin de vie et des familles est assuré malgré l'absence d'EMSP. Des réunions hebdomadaires permettent des échanges entre les différents intervenants. Le soutien psychologique du personnel doit être mieux pris en compte. En MPR, la planification de la sortie est faite dès l'entrée du patient. Une prise en charge ambulatoire peut être instituée. En SSR, la sortie est organisée en concertation avec la famille. Les patients qui ne peuvent regagner leur domicile sont orientés vers des structures adaptées.

## II. Appréciation globale sur la dynamique qualité

Les orientations stratégiques de l'établissement concernant la dynamique qualité sont définies, connues et partagées. Elles font l'objet d'une communication et de formations coordonnées par la direction qualité.

Le processus d'élaboration des orientations stratégiques favorise la participation et l'engagement des instances délibératives et consultatives et celle des professionnels. Leurs rôles sont définis et la transmission d'informations est organisée. La direction et les responsables mettent en œuvre la politique qualité, en conformité avec les orientations stratégiques. À cet égard, il est à noter un engagement résolu de l'ensemble de l'établissement dans la dynamique qualité et la démarche de certification, soutenu par une préparation attentive, tant de la part :

- de la direction ;
- que de la communauté médicale ;
- de l'encadrement ;
- et dans une certaine mesure des usagers ou de leurs représentants.

Afin d'atteindre les objectifs fixés, l'établissement met en avant les outils stratégiques suivants :

- le projet médical, comme élément structurant et fédérateur de la politique de l'établissement et de sa stratégie ;
- l'existence d'un PE, puis la mise en œuvre du CPOM ;
- une analyse approfondie des enseignements de la V1 sous l'égide de la direction qualité.

Des actions sont réalisées et/ou en cours de réalisation par rapport aux objectifs fixés dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et des actions qualité sont menées dans l'établissement depuis la dernière procédure, conformément aux recommandations formulées, portent notamment sur :

- l'amélioration du dossier du patient ;
- la mise en place d'une coordination des vigilances et la création de la cellule de gestion des risques ;
- le suivi des Infections du site opératoire en parallèle avec le CLIN et le réseau d'hygiène de la région Centre ;
- l'amélioration de la prise en compte de la satisfaction des patients ;
- le développement d'un inter-CLAN ;
- la création d'un CLUD ;
- la systématisation d'audits internes sur les différentes pratiques professionnelles.

L'évaluation des évolutions ainsi mise en place est assurée et mesurée au moyen d'indicateurs largement connus.

L'évaluation des pratiques professionnelles [EPP] entame une intégration de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Une stratégie de développement, notamment des actions de communication et de formation, et le suivi d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles reste à élaborer.

III. Liste des actions exemplaires

*Pas d'actions exemplaires.*

**PARTIE 4**

**DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

**Certification avec suivi**

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce une certification avec suivi qui porte sur les points suivants :

- Sécuriser le circuit du médicament de la prescription à l'administration dans les secteurs de médecine chirurgie obstétrique et de soins de suite et de réadaptation (36a, 36c, 36e).

Un rapport de suivi sera produit ou une visite ciblée aura lieu sur le sujet concerné dans un délai de 6 mois (janvier 2008) à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

Par ailleurs la HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques (29d) ;
- systématiser la traçabilité du recueil du consentement du patient (31d, 31e).