

**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION
DU CENTRE HOSPITALIER
DU BELVÉDÈRE**

**72, rue Louis-Pasteur
BP 45
76130 MONT-SAINT-AIGNAN**

Mars 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.16
II.2 Modalités de suivi	p.16

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 ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

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.***

II. 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**

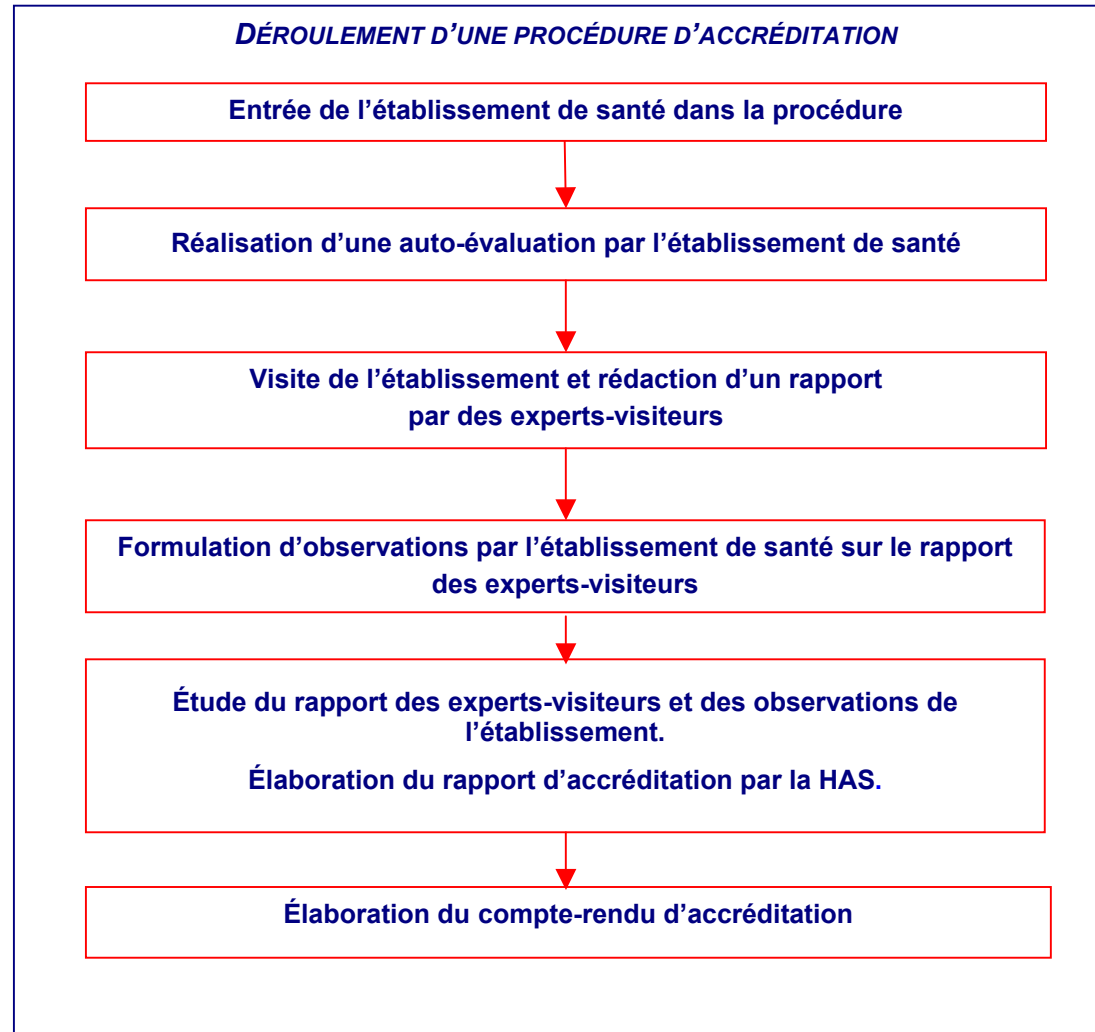
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés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

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	Centre hospitalier du Belvédère	
Situation géographique	Ville : Mont-Saint-Aignan Département : Seine-Maritime	Région : Haute-Normandie
Statut (privé-public)	Établissement public départemental	
Type de l'établissement (CHU, CH, CHS, Hop. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif)	Centre hospitalier	
Nombre de lits et places (préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))	MCO : 90 lits et 6 places SSR : 5 lits (pouponnière sanitaire) Autre activité : 6 lits de néonatalogie (unité Kangourou), 36 lits pouponnière (secteur social)	
Nombre de sites de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu	1	
Activités principales (par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)	Maternité-obstétrique et chirurgie gynécologique Pouponnière sanitaire (5 lits) et pouponnière sociale (36 lits hors champ accréditation) Unité Kangourou (lits de néonatalogie)	
Activités spécifiques (urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)	Hôpital de jour (2 places) Consultations prénatales, gynécologiques et préparation à la naissance, consultations d'anesthésie, de génétique, de pédiatrie Consultations externes (échographie et radiologie) Accueil des urgences gynécologiques et obstétricales IVG (4 places) médicamenteuses et instrumentales	
Coopération avec d'autres établissements (GCS, SIH, conventions...)	Consultations prénatales avancées dans trois établissements du pays de Caux et de Bray Conventions avec le CHU de Rouen (avec les services médicaux pour le dépistage anténatal ; fœtologie-chirurgie, radiologie pédiatrique, chirurgie gynécologique, formation et recherche, service d'hygiène, transferts <i>in utero</i> et de nouveau-nés, autopsies, examens de laboratoire) Convention avec le CRLCC Convention avec le centre hospitalier de Barentin (prise en charge de proximité)	

Haute Autorité de santé

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	93 % des patientes sont issues de la Seine-Maritime dont 56 % de l'agglomération rouennaise 5 % sont issues de l'Eure La création de consultations avancées a permis d'étendre l'attractivité de l'établissement dans le pays de Caux et de Bray
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Transformation des chambres (uniquement des chambres à 1 lit toutes équipées d'un cabinet de toilette avec lavabo, douche et wc) Restructuration du plateau technique Restructuration des locaux de production alimentaire Restructuration de la pouponnière Agrandissement prévu pour installer des lits autorisés dans le cadre du projet d'établissement 2004-2009

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

La présente procédure d'accréditation concerne :

-

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 10 octobre 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 31 août au 3 septembre 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 mars 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

Le projet d'établissement a intégré les droits et informations du patient dans ses axes prioritaires.

L'ensemble des professionnels partage traditionnellement et depuis longtemps les valeurs fortes concernant l'identification, l'adaptation, la mise en œuvre du respect des droits concernant la patiente, avec un souci de l'élargir à son entourage. L'accès aux soins pour tous est assuré.

Les informations concernant les conditions de séjour et l'état de santé des patients sont claires, compréhensibles et adaptées. Le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité est très ancré dans les pratiques quotidiennes.

Les plaintes et réclamations sont traitées selon la procédure légale. Il reste à l'établissement à formaliser sa politique d'évaluation sur cette thématique.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient est inscrite dans le projet d'établissement validé par les instances.

Le dossier unique a été adopté et mis en place par l'établissement.

Le dossier est organisé, documenté, classé, formalisé depuis longtemps pour la partie concernant l'activité principale de l'établissement (obstétrique). Il permet une gestion fiable des informations et une coordination de la prise en charge entre professionnels très impliqués dans l'écriture des informations dans le dossier.

La traçabilité du résultat de la réflexion du bénéfice-risque est en cours de réflexion.

Les règles de confidentialité concernant le dossier sont respectées.

Il reste à renforcer la sécurité de la tenue du dossier par une amélioration de l'identification des prescripteurs et des intervenants.

La réflexion sur son enrichissement et son évaluation est principalement axée sur son informatisation prochaine.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La politique de prise en charge du patient est définie dans le projet d'établissement 2000-2004 et repose sur l'application de la réglementation.

L'ancienneté de la réflexion institutionnelle dans l'établissement a permis aux équipes soignantes d'organiser la prise en charge de la patiente et de son entourage.

La prise en charge est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de l'état de santé de la patiente et du bébé : la traçabilité de la réflexion bénéfico-risque n'est pas systématisée. Les besoins spécifiques du patient sont clairement identifiés.

Cette prise en charge est faite de manière pluridisciplinaire et s'appuie, le cas échéant, sur des collaborations extérieures, formalisées dans des réseaux ou conventions. L'adhésion de tous les professionnels et leur participation aux formations permettent la prise en compte des besoins spécifiques du patient (douleur, allaitement, besoins nutritionnels, travail sur les postures d'accouchement, pathologies diverses : alcoolisme, toxicomanie). Cette prise en compte des besoins spécifiques de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de leur entourage (père notamment) constitue un point fort de la prise en charge. La continuité des soins dans le service de « suites de couches » (3 unités) est à renforcer, même si l'établissement a prévu un appel en renfort (à la demande des aides-soignantes de ces 3 unités) d'une sage-femme des services de césariennes, ou de l'unité Kangourou ; la réflexion en cours est à finaliser. La charte du bloc opératoire reste à formaliser.

Au plan organisationnel, certains secteurs ont fait l'objet de restructuration lourde (chambres individuelles avec cabinet de toilette, consultations prénatales et gynécologiques, cuisine). Les professionnels rencontrés font part des projets suivants : construction de la pouponnière, début des travaux en 2006, de chambres pour les suites de couches (lits autorisés, non installés).

L'évolution prévue du dossier du patient vers un support informatisé renforcera la continuité de la prise en charge des patients. La mise en place progressive de la gestion documentaire incitera les services à développer cette pratique ; la stratégie d'évaluation devra être définie et mise en œuvre.

La fonction communication est active, l'établissement propose des actions internes et externes utilisant de nombreux vecteurs d'information qui correspondent aux attentes des patientes (télémonitoring, site Internet réactualisé et diffusé très prochainement).

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

L'établissement dispose d'un projet d'établissement jusqu'en 2004 et élabore un nouveau projet tenant compte du précédent et du travail réalisé pendant la période d'accréditation. La participation des professionnels et des instances dans la détermination des objectifs de l'établissement et leur mise en œuvre est effective. Les instances exercent pleinement leurs attributions. La politique de communication est active. L'atteinte des objectifs de l'établissement est facilitée par une politique budgétaire et financière très suivie. Des tableaux de bord existent, mais ne sont pas suffisamment exploités en lien avec les secteurs d'activité. Si le management interne de chaque secteur d'activité et l'implication des responsables des secteurs dans la politique de prise en charge des patientes favorisent l'amélioration de la prise en charge, il reste à mettre en place des relations et rencontres régulières entre secteurs d'activité clinique et les secteurs logistiques et administratifs. La réalisation, de façon participative, et la diffusion d'un bilan, à périodicité définie, du nouveau projet d'établissement sont un objectif prioritaire d'évaluation sur ce référentiel.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement a défini sa politique de gestion des ressources humaines à l'aide du projet social, s'appuyant sur ses valeurs et ses missions. Il restera à l'établissement à pérenniser cette dynamique lors de l'élaboration du nouveau projet social 2004-2009 en prévoyant les modalités de suivi de ce projet social de façon participative. Le dialogue social dans l'établissement est organisé et facilité. La commission médicale exerce pleinement ses attributions ; elle a encore à établir un plan de formation médicale. L'établissement met en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, tenant compte de fiches de poste, à généraliser, et sur la base d'une procédure de recrutement très ancrée dans les pratiques. Les stagiaires et nouveaux professionnels font l'objet d'une intégration très facilitée dans l'établissement. Une politique d'évaluation des professionnels est en cours, avec des critères d'évaluation à finaliser. Le plan de formation continue des personnels non médicaux s'élabore de façon très concertée. La gestion administrative du personnel répond aux impératifs de confidentialité et de sécurité. Le document unique « prévention des risques professionnels » est élaboré et permet à terme l'établissement d'un plan pluriannuel d'amélioration des conditions de travail. Il reste à définir une politique d'évaluation sur ce référentiel.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement gère la plupart des fonctions logistiques : la stérilisation, la blanchisserie, la fonction transport.

Les recommandations des organismes de contrôles externes sont mises en œuvre et une organisation de maintenance préventive et curative est en place.

La fonction restauration intègre des actions de maîtrise des risques en cuisine centrale perfectibles. Les points critiques sont maîtrisés sauf sur les chambres froides qui n'ont pas d'alarme sonore.

La fonction blanchisserie est organisée. La séparation propre/sale est assurée ; des protocoles sont en place. Le nettoyage des locaux fait l'objet de protocoles. La formation des agents n'est pas totalement assurée.

L'élimination des déchets fait l'objet d'un tri, les conditions de transport et de stockage des déchets sont satisfaisantes. Le circuit ne fait pas l'objet d'un protocole.

La sécurité des biens, des personnes est organisée, toutefois une réflexion doit être envisagée pour l'accueil des nouveau-nés dans des conditions optimales (pas de possibilités d'accueil prévues en dehors de la chambre de la maman ou de l'unité Kangourou).

La sécurité incendie a fait l'objet de travaux pour mise en conformité.

Il reste à l'établissement à formaliser les procédures relatives à ces fonctions et à systématiser sa démarche d'évaluation.

I.7 Gestion du système d'information

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre ; elle sera à actualiser dans le prochain projet d'établissement.

Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité et à la sécurité des informations sont nombreuses concernant les patients et le respect de leurs droits ; il reste à mettre en œuvre une procédure de destruction des documents non utilisés dans les services.

L'engagement des professionnels sur cette thématique est fort. Le département chargé de l'information médicale est organisé en lien avec le centre hospitalier universitaire de Rouen. Si des analyses ponctuelles de besoins et de satisfaction des professionnels sont réalisées, l'établissement n'a pas défini pour le moment de politique globale d'évaluation sur cette thématique.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

L'élaboration de nombreux protocoles témoigne de l'implication des professionnels pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patientes.

L'établissement envisage de pérenniser la politique qualité, il souhaite mettre en place une cellule qualité et définir un règlement intérieur pour déterminer son fonctionnement. Cette structure aurait un rôle décisionnel de validation du programme qualité avec des objectifs clairs, précis et mesurables dans le temps. Il conviendra également de définir le champ des événements indésirables ou événements sentinelles et la structure chargée de les analyser et de les traiter. Il est donc trop tôt pour faire un bilan avantages/inconvénients des modalités choisies de gestion de la documentation qualité, de la cohérence de l'ensemble documentaire constitué et les possibilités de sa gestion ne sont pas actuellement garanties.

Le dispositif d'évaluation de la qualité et de la gestion des risques reste à formaliser.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les principes et l'organisation des vigilances sanitaires et transfusionnelles ont été clairement élaborés comme axes de priorité dans le projet médical. Les référents ont été nommés et validés par les instances de l'établissement. La constitution d'un comité des vigilances est en cours de réflexion. Une procédure globale de signalisation des événements indésirables est en cours d'élaboration. Les professionnels sont informés des vigilances, mais ne bénéficient pas d'un véritable plan de formation. Les règles de sécurité transfusionnelle sont mises en œuvre dans l'établissement (dossier transfusionnel, procédures d'approvisionnements et de transport des produits sanguins labiles, mode opératoire d'utilisation).

Les évaluations pour l'ensemble des vigilances restent à organiser.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'organisation des vigilances dans ce domaine est ancienne (existence du comité de lutte contre les infections nosocomiales depuis 1996), le projet médical en a réactualisé et réactivé la priorité. Le programme du comité de lutte contre les infections nosocomiales est établi annuellement. L'établissement possède une infirmière hygiéniste ; les référents de la cellule opérationnelle d'hygiène dans les secteurs d'activité ne sont pas clairement individualisés. Les actions de prévention sont à compléter, notamment ceux liés à la tenue vestimentaire des professionnels. L'utilisation des antibiotiques est bien maîtrisée ainsi que la surveillance des bactéries multi résistantes. La prise en charge des professionnels (prévention) reste à compléter en lien avec le médecin du travail. Le processus de stérilisation est maîtrisé, le risque lié à l'environnement également. Les procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre. Il reste à évaluer à périodicité définie l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise de ce risque.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Renforcer l'identification des prescriptions ;
- formaliser une politique de gestion documentaire et de prévention des risques.

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, le Collège de l'accréditation décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, le Collège de l'accréditation 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 d'accréditation.