

**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION
DU CENTRE HOSPITALIER
DE SALINS-LES-BAINS**

**Rue du Docteur Germain
39110 SALINS-LES-BAINS**

Avril 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. 9
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
 SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL.....	p. 10
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé	p. 14
II.2 Modalités de suivi.....	p. 14

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**

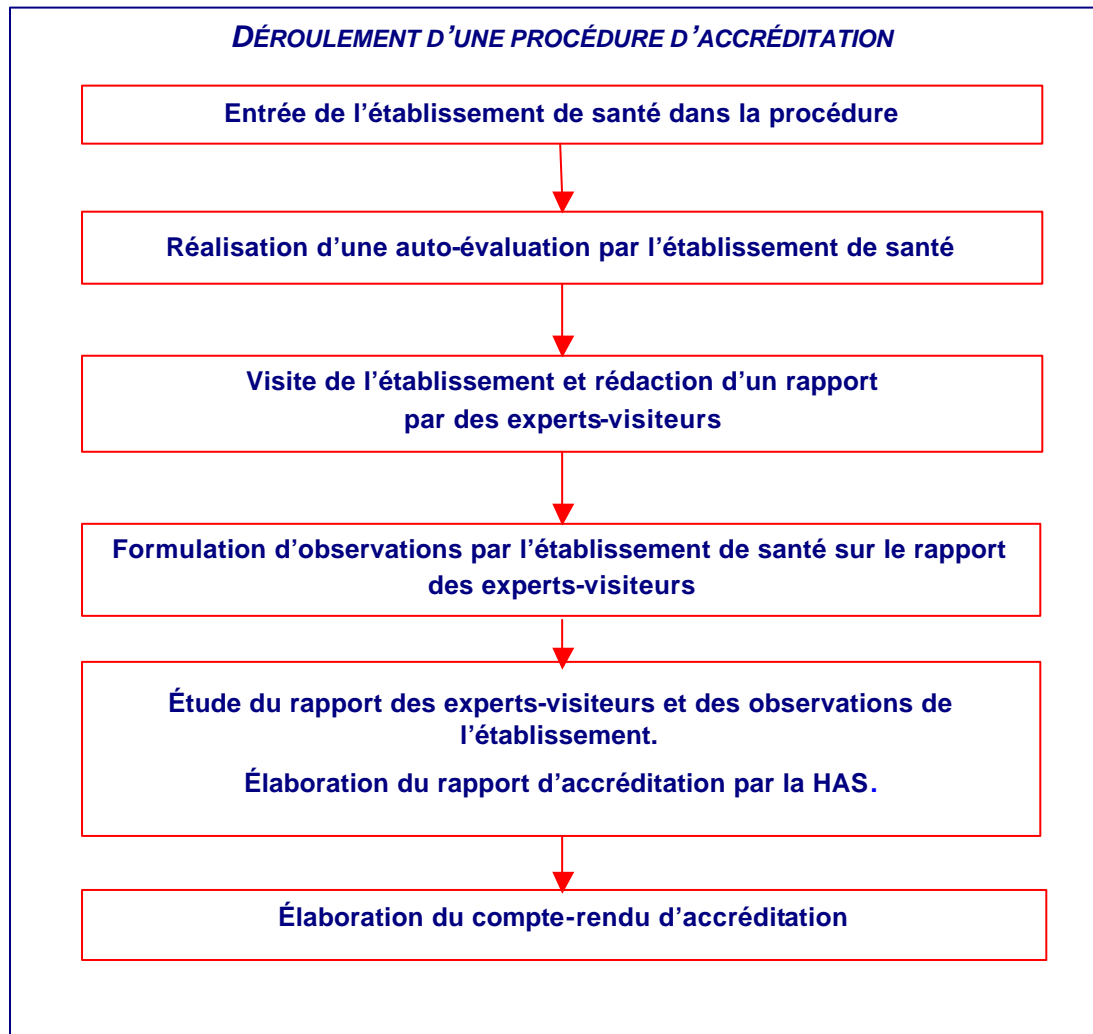
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés 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	Centre hospitalier de Salins-les-Bains	
Situation géographique	Ville : Salins-les-Bains Département : Jura	Région : Franche-Comté
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	CH	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	Soins de suite 20 lits Réadaptation fonctionnelle 65 lits et 5 places Soins de longue durée 30 lits	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	2 sites	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)		
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)		
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Conventions de partenariat avec les CH et le CHU voisins Adhésions à des réseaux	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Provenance majoritaire du département du Jura (83 % pour le SSR, 62 % pour le CRF, 89 % pour le long séjour) puis du département du Doubs (14 % pour le SSR, 34 % pour le CRF et 9 % pour le Doubs)	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Extension du CRF	

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le centre hospitalier de Salins-Les-Bains sis rue du Docteur Germain - 39110 SALINS-LES-BAINS.**

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 22 avril 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 2 au 5 novembre 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 avril 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

Les droits et information du patient sont énoncés sur divers supports (le livret d'accueil du personnel, livret d'accueil des personnes hospitalisées). Des formations ont débuté sur ce thème et doivent se poursuivre dans les mois prochains afin d'informer l'ensemble du personnel. Le personnel embauché est sensibilisé au respect des droits du malade lors de son entretien d'embauche et dans les contrats de travail. L'organisation des soins médicale et paramédicale a le souci de favoriser le respect de ces droits. L'organisation architecturale et les restructurations à venir y font une large place.

L'appropriation culturelle des droits et informations du patient sera finalisée lorsque l'évaluation des actions entreprises sera programmée et réalisée.

I.2 Dossier du patient

L'établissement a formalisé un guide de procédures de la tenue du dossier du patient qui permet de construire un document pertinent dont les modalités sont déjà intégrées dans les pratiques.

L'engagement des professionnels est net dans leur attention à remplir le dossier, à respecter son classement et à en faire un outil efficace de transmission et de synthèse des informations pour l'équipe soignante.

Il reste à vaincre la réticence des professionnels sur le site centre de rééducation fonctionnelle à passer du dossier « éclaté » entre de nombreux intervenants, au dossier regroupé pendant tout le séjour (ce que pourra réaliser l'informatisation du dossier en cours de réflexion).

La direction et les soignants ont pris conscience de la nécessité d'uniformiser les modalités d'organisation, de localisation et de mise en sécurité des archives du dossier du patient.

La dynamique qualité sur le dossier du patient est déjà très engagée avec plusieurs évaluations ponctuelles répétées. Reste à formaliser et à mettre en œuvre un plan d'évaluation pérenne du dossier du patient.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Un projet médical, fondé sur les orientations stratégiques du comité d'objectifs et de moyens est à finaliser pour structurer le projet d'établissement. On constate une implication forte des professionnels, à tous les niveaux, dans l'organisation des soins et dans la prise en charge personnalisée du patient dans son parcours de reconstruction ou son projet de vie. Les protocoles diagnostiques et thérapeutiques doivent être formalisés. Une réflexion est à mener sur l'organisation et le fonctionnement du service d'imagerie. La mise en œuvre d'outils pour évaluer la qualité des pratiques professionnelles débute.

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

La validation du contrat d'objectifs et de moyens par l'agence régionale de l'hospitalisation donne des orientations précises permettant l'implication des acteurs de l'hôpital sur des perspectives d'évolution de l'établissement. L'actualisation du projet d'établissement incluant un volet qualité, la formalisation de la politique de communication, la réactualisation du projet social, la mise en œuvre d'un projet de gestion associant et impliquant les responsables et les personnels des secteurs d'activité devraient permettre de maintenir la dynamique de management constatée. L'évaluation et la communication régulière de l'atteinte des objectifs ainsi définis ancreront solidement une culture qualité encore jeune dans cet établissement.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement dispose d'un projet social évolutif et actualisé. Les instances, notamment la commission médicale d'établissement, se réunissent régulièrement. Le dialogue social et la gestion prévisionnelle des ressources humaines sont organisés et s'adaptent à l'évolution du centre hospitalier et à ses contraintes. Un règlement intérieur devrait être élaboré. Les procédures de recrutement, d'accueil et d'intégration, de formation continue et d'évaluation des conditions de travail sont en place. Une généralisation des fiches de poste est envisagée. Des enquêtes d'évaluation annuelles permettent d'améliorer d'une année sur l'autre la gestion des ressources humaines.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

La politique de l'établissement s'est orientée vers la sous-traitance (fonction restauration et blanchisserie), ou la maintenance prise en charge par un service entretien structuré ou par l'appel à des prestataires spécialisés.

Les impératifs réglementaires sont respectés.

La construction d'une nouvelle tranche de travaux au centre de rééducation fonctionnelle sera la base d'une réorganisation logique des services sur les deux sites.

L'engagement des professionnels est marqué par leur appropriation à tous les niveaux d'une recherche de l'amélioration du service rendu (restauration, tenue des locaux, gestion des déchets, sécurité des personnes) pour associer le bien-être des patients à la qualité des soins.

Il reste à poursuivre la rédaction des procédures, à les mettre en œuvre, à définir les outils et les modalités de l'évaluation des fonctions logistiques.

I.7 Gestion du système d'information

En l'absence de schéma directeur, un groupe de réflexion travaille au développement du système d'information.

Des moyens ont été mis en œuvre pour assurer la protection de la confidentialité et la sécurité des informations concernant les patients.

Le DIM va être doté des moyens nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Des actions d'évaluation à mettre en place permettront d'améliorer la qualité du système d'information en place.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité est formalisée et validée, elle comporte des objectifs qualité retenus au contrat d'objectifs et de moyens. Un processus de gestion de la qualité est en place, qu'il conviendra de conforter par la systématisation de la rédaction et de l'évaluation des protocoles.

La politique de prévention des risques est récente. La mise en place de procédure d'évaluation de la qualité et de la prévention des risques devrait renforcer la dynamique qualité constatée dans cet établissement.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Un correspondant pour la matériovigilance, la pharmacovigilance et la biovigilance a été désigné par le directeur de l'établissement en début 2004. Cette structuration bien que récente a permis la réalisation et la mise en œuvre de protocoles de fonctionnement des vigilances et des principaux protocoles de gestion des événements indésirables et des circuits de signalement ascendants et descendants.

Une information de l'ensemble du personnel est en cours. Cette information doit s'étendre à tous les professionnels et devrait permettre l'intégration de l'ensemble du personnel en ce qui concerne le fonctionnement des vigilances. De par le peu d'antériorité de l'organisation des vigilances, il n'y a pas eu d'évaluations. Des évaluations sur la connaissance des procédures et la réactivité lors du signalement d'événements indésirables devront être formalisées.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales a été relancé il y a quelques mois (2004).

Un programme de lutte contre le risque infectieux a été établi par le président du comité de lutte contre les infections nosocomiales, relayé par la cellule d'hygiène opérationnelle dont la cheville ouvrière est le pharmacien. La mise en place dans les mois à venir de correspondants dans les secteurs de soins devrait permettre d'accélérer la mise en œuvre des actions, en permettre une plus grande communication et favoriser l'évaluation des actions menées.

Il existe un comité du médicament qui a permis au travers du guide de bonnes pratiques pour l'utilisation des antibiotiques, l'étude de l'écologie bactérienne.

L'information sur ces actions et leurs évaluations ne sont que partiellement diffusées aux différents acteurs de l'établissement.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est sollicité officiellement pour donner son avis sur tous les travaux et les équipements.

Les risques infectieux liés à l'environnement sont recherchés, cependant ces modalités de recherche doivent faire l'objet d'un planning validé.

Bien que la plupart du matériel soit à usage unique, il est nécessaire que le comité de lutte contre les infections nosocomiales favorise la réalisation des protocoles de nettoyage et de désinfection du matériel et des équipements à usage multiple.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Renforcer la lutte contre le risque infectieux et l'évaluer ;
- Généraliser le regroupement des informations relatives au patient, en sécuriser l'accès et réorganiser l'archivage.

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 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.