



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DU
CENTRE HOSPITALIER PRIVÉ
SAINT-GRÉGOIRE**

**10, boulevard de la Boutière
35760 SAINT-GRÉGOIRE**

Août 2005

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCRÉDITATION	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 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**

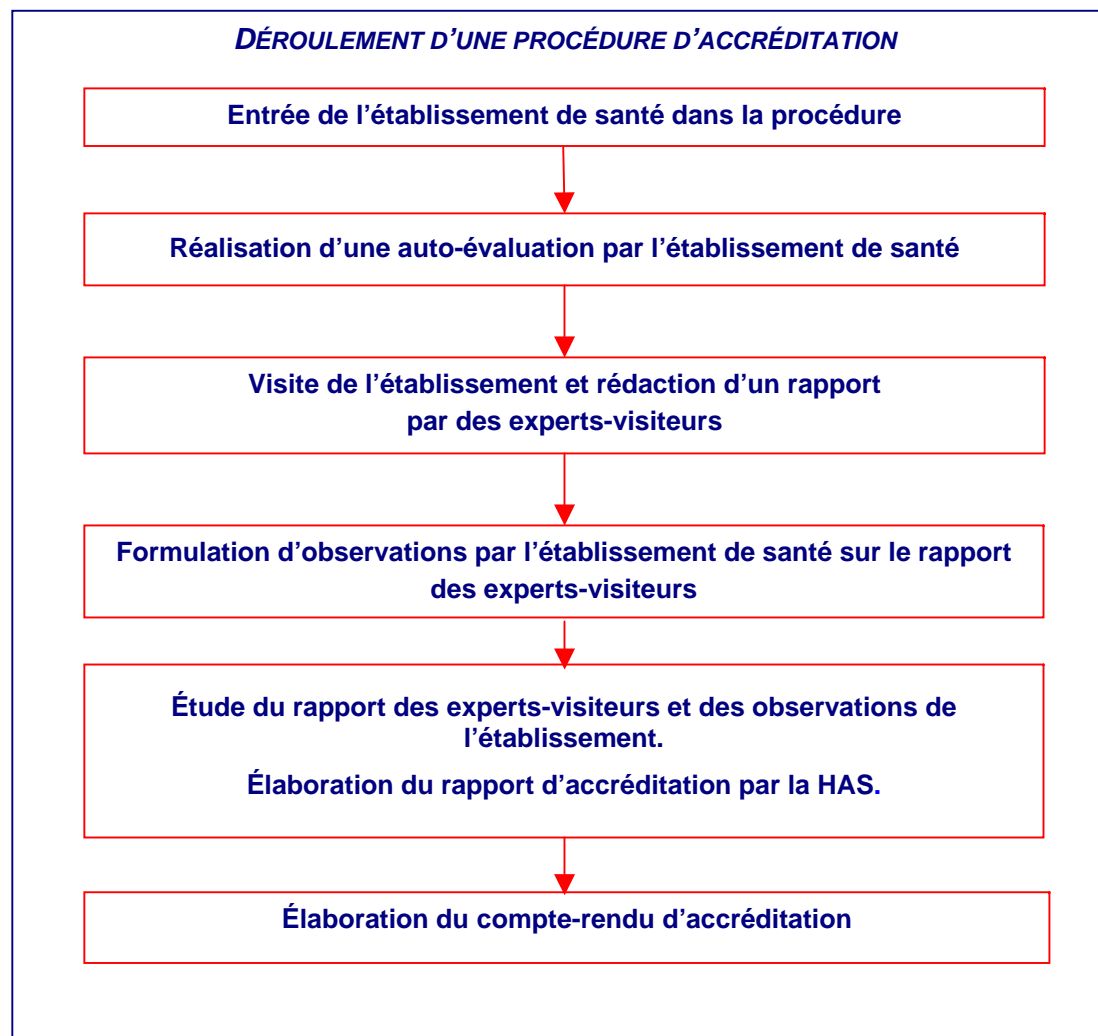
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés 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'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 privé Saint-Grégoire	
Situation géographique	Ville : Saint-Grégoire Département : Ille-et-Vilaine	Région : Bretagne
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Ets privé à but lucratif	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	Médecine-chirurgie-obstétrique Médecine 15 lits et 22 places de chimiothérapie Chirurgie 203 lits et 33 places de chirurgie ambulatoire Gynéco obstétrique 90 lits et 3 places réservés aux IVG	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	1	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Cancérologie Orthopédie Ophtalmologie ORL et maxillo-faciale Plastique Digestif et urologie Thoracique Gynéco obstétrique	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Service d'accueil des soins d'urgence 24 heures/24 Consultations externes centralisées sur un bâtiment	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Centre hospitalier régional universitaire de Rennes en réanimation chirurgicale et réanimation néonatale Centre régional de gériatrie de Chantepie en rééducation fonctionnelle et moyen séjour en cancérologie Centre de convalescence de la Pierre-Blanche en moyen séjour en cancérologie et postopératoire en	

	<p>orthopédie Clinique Saint-Yves en moyen séjour en cancérologie et postopératoire en chirurgie La maison de Velleda en repos et convalescence et de soins de suite et de réadaptation</p>
<p>Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i></p>	<p>90 % des patients hospitalisés proviennent du secteur de Rennes, Fougères, Vitré.</p>
<p>Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i></p>	<p>Regroupement de trois cliniques sur un site unique en juillet 2004 devenant le centre hospitalier privé Saint-Grégoire</p>

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

- **Le centre hospitalier privé Saint-Grégoire**, sis 10, boulevard de la Boutière - 35760 SAINT-GRÉGOIRE.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 29 novembre 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 31 janvier au 4 février 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 août 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 exigences des droits et de l'information des patients sont bien ancrées dans la communauté médicale, la pratique des soignants et les préoccupations des différentes instances, comme en témoignent par exemple des formations spécifiques du personnel.

Les dispositions pour l'accueil et le respect des éléments concernant le patient notamment ont fait l'objet d'une attention particulière dans la rénovation de l'établissement.

Il reste à améliorer, dans cette dynamique de réorganisation d'abord dictée par le regroupement récent des établissements, la traçabilité des informations données au patient et celle de la discussion du bénéfice-risque.

L'établissement facilite l'expression, l'analyse des plaintes des patients, de même que leur traitement, mais doit rendre efficient le fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de qualité de la prise en charge.

L'établissement évalue le respect des droits du patient à partir du questionnaire de satisfaction et met en œuvre les actions d'amélioration nécessaires.

I.2 Dossier du patient

Le dossier du patient a fait l'objet d'une réflexion antérieure au regroupement des trois cliniques de la part des professionnels. Il existe un dossier médical d'hospitalisation, unique et fonctionnel, commun à tous les secteurs d'activité. Il facilite le regroupement et l'archivage de tous les éléments d'information relatifs au patient dans le respect de la confidentialité.

Le corps médical et l'équipe soignante, soutenus et sollicités par les instances, consacrent actuellement leurs efforts à la généralisation de l'identification des prescriptions et à l'amélioration du recueil des informations actualisées et de la trace de la réflexion bénéfice-risque dans le dossier du patient.

En parallèle, le service informatique met en place des outils d'interfaces et de partage d'informations pour une meilleure prise en charge du patient entre les différents secteurs d'activité. De nouvelles évaluations sont planifiées pour poursuivre les actions de correction déjà entreprises.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La politique de l'établissement s'adapte au flux des patients et de la nouvelle culture. Le projet infirmier reste à formaliser.

Les relations entre les prestataires de service hôteliers et l'établissement sont formalisées en collaboration avec les prestataires de service.

La signalétique des différentes entrées est à améliorer. La longueur du couloir d'accès aux services d'hospitalisation nuit à la qualité de l'accueil des patients.

L'établissement doit poursuivre la formalisation de ses pratiques notamment en termes de traçabilité des informations relatives à la prise en charge ou à la discussion bénéfice-risque et la réflexion sur les risques d'erreurs liées aux retranscriptions des prescriptions.

La coordination de la prise en charge du patient est assurée par une organisation formalisée et une implication de tous les acteurs.

Certaines prises en charge de besoins spécifiques sont recherchées : douleur, allaitement, éducation en maternité, chimiothérapie de jour.

Le circuit du médicament est maîtrisé à l'exception d'un certain nombre de transcriptions de prescriptions. La présence quotidienne dans les services des préparateurs en pharmacie permet une gestion sécurisée dans les services.

La sortie du patient est organisée et planifiée.

La dynamique, enclenchée à l'issue de l'auto-évaluation, devrait permettre aux professionnels de développer l'évaluation des procédures et des pratiques professionnelles.

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

Après avoir finalisé son regroupement, le centre hospitalier privé souhaite mettre en œuvre un nouveau projet d'établissement comprenant des orientations stratégiques médicales fortes ainsi qu'un projet social. Ces projets ne sont pas encore formalisés par écrit.

L'établissement priorise ses objectifs et met ceux-ci en perspective avec la réalité budgétaire et financière. Néanmoins, il ne dispose pas encore des outils de pilotage nécessaires à l'implication des professionnels dans la gestion de l'établissement.

La politique de communication demande à être maintenue et également orientée vers le grand public.

La budgétisation par service, la mise en place des nouvelles cotations médicales et la tarification à l'activité dès leur efficacité créeront une nouvelle dynamique interne basée sur la contractualisation budgétaire avec l'ensemble des acteurs. Cette nouvelle dynamique contribuera à l'implication de tous dans la pérennisation et le développement du centre hospitalier privé.

Des bilans d'étapes des objectifs institutionnels permettront une meilleure lisibilité dans le temps des projets auprès des personnels et du public.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement ne s'est pas engagé dans l'élaboration d'un projet social en concertation avec le personnel. Les instances représentatives sont opérationnelles. Le dialogue social semble s'être dégradé, les énergies s'étant centrées sur les objectifs du regroupement.

L'établissement initie une politique prévisionnelle des emplois par la gestion des contrats à durée déterminée.

L'accueil et l'intégration des stagiaires font l'objet d'un partenariat avec les écoles.

La direction des ressources humaines du groupe ne semble pas impliquée, dans son service, dans la dynamique d'accréditation.

La confidentialité est respectée dans la gestion du personnel. Il n'y a pas de remise à jour du tableau des risques professionnels. L'établissement met en place l'évaluation des risques professionnels du nouvel établissement. L'établissement a mis en œuvre un plan de formation diplômant important aussi que de nombreuses formations en interne et en étroite collaboration avec le groupe. Le suivi des ressources humaines est basé sur les indicateurs en place.

Aucune enquête de satisfaction n'a été mise en œuvre.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement s'est engagé dans une réelle démarche d'amélioration de ses fonctions logistiques.

La mise en place et la diffusion des consommations par service sont à étendre à tous les acteurs. Les professionnels rencontrés ont démontré leur souci d'améliorer et de mettre en conformité l'établissement, d'en améliorer la sécurité ainsi que les fonctions hôtelières.

De nombreuses actions de formations ont été effectuées et sont en cours et un effort tout particulier a été porté sur la prévention du risque incendie, mais la formation doit être étendue à l'ensemble du personnel.

De nombreux protocoles sont en cours de validation.

Des efforts ont été entrepris pour améliorer la mise aux normes en restauration, un véritable projet de restructuration des cuisines a été effectué et la démarche *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques) validée.

La mise en place des actions d'amélioration pour pallier les défauts de circuits identifiés propres-sales sera mise en place dans les meilleurs délais.

En matière d'évaluation, l'établissement s'engage dans la définition d'indicateurs, de grilles d'auto-évaluation ainsi que dans un programme d'audits.

I.7 Gestion du système d'information

La démarche informatique a débuté en 1998 autour d'un engouement précurseur pour un système intranet bien antérieur au regroupement des trois établissements.

Cet engagement fort permet au centre hospitalier de s'adapter, de manière innovante et participative, aux contraintes réglementaires, mais surtout aux contraintes du regroupement et aux nouvelles exigences des utilisateurs.

L'implication du département d'information médicale à tous les niveaux de la gestion et du contrôle de l'information médicale, des responsables informatique, de même que l'adhésion des professionnels, contribuent à la performance et à l'évolutivité du système d'information.

L'effort dans l'obtention des différentes pièces auprès du corps médical, composant le dossier du patient, devra être poursuivi.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Des objectifs qualité ont été définis mais ne font pas l'objet d'une politique qualité adaptée au nouvel environnement. La démarche qualité est structurée. La gestion de ces documents est structurée, opérationnelle dans tous les services.

Le souci de prendre en compte les besoins du patient-client, et de l'informer, est objectivé par le livret d'accueil, les questionnaires de sortie et l'analyse des plaintes.

Les réponses aux risques et leur prévention s'appuient sur une centaine de procédures, protocoles et fiches techniques, élaborées et appropriées par et pour les professionnels de la clinique. La déclaration des événements indésirables, formalisée sur un document unique et préimprimé permet d'assurer une efficacité optimale de la collecte des informations. L'évaluation de toutes ces actions est assumée au niveau collectif et au niveau individuel (l'autocontrôle activé en 2004).

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La dynamique qualité dans le domaine des vigilances sanitaires et la sécurité transfusionnelle date d'avant le regroupement. Les vigilances sanitaires et transfusionnelles sont structurées sans qu'une politique soit formalisée. L'implication des professionnels est forte.

Les relations interdisciplinaires des responsables de la cellule des risques assurent une réponse professionnelle adaptée aux besoins de la clinique.

Il reste à formaliser la qualité de l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicales. La pertinence de la gestion des alertes doit être évaluée.

Des évaluations permettent des réajustements ciblés.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est organisé. La dynamique existe tout au long du processus. Des actions d'hygiène sont menées avec l'implication de l'équipe opérationnelle d'hygiène et la présence de référent dans les services.

Des organisations spécifiques aux bonnes pratiques d'hygiène sont à reconsidérer notamment au bloc d'endoscopie.

L'évaluation de la résistance bactérienne est amorcée. La participation des médecins et de la pharmacie a permis l'élaboration d'un protocole d'antibiothérapie.

Pour la stérilisation, la disposition des locaux nécessite une vigilance constante au regard du stockage des déchets et des approvisionnements extérieurs.

L'évaluation annuelle du programme de maîtrise du risque infectieux conduit à des actions d'amélioration.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Renforcer la traçabilité de l'information relative au patient, la signature des prescriptions et supprimer les transcriptions infirmières.
- Renforcer la maîtrise de l'environnement au regard des déchets ainsi qu'au niveau de la salle de traitement des endoscopes.

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.