



COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DU CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE

**Chemin de Clavary
06135 GRASSE**

Mai 2004



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.9
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
 SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.10
II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....	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 l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). 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.

L'ANAES

L'ANAES est un établissement public administratif de l'État créé en 1996.

Ses missions sont de :

- ***faire le bilan des connaissances sur les techniques diagnostiques et thérapeutiques ;***
- ***contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins notamment en mettant en œuvre la « procédure d'accréditation » des établissements de santé.***

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.***



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 l'ANAES. 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 l'ANAES www.anaes.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, l'ANAES 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 l'ANAES.

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.

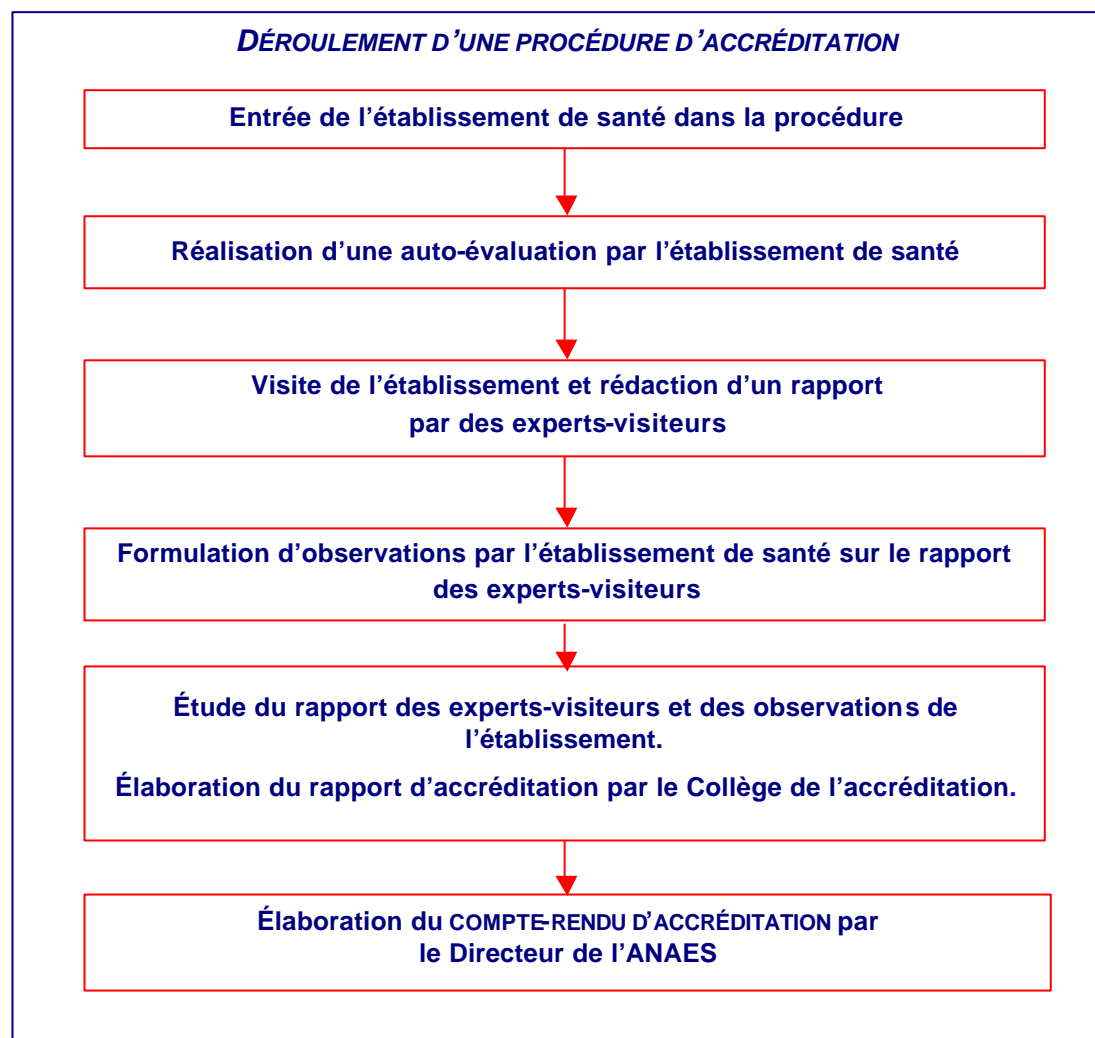
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 15 professionnels, issus d'établissements de santé (médecins, directeurs, soignants) nommés par le Ministre de la santé.

Le Collège de l'accréditation 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 directeur de l'ANAES élabore le compte-rendu d'accréditation à partir du rapport d'accréditation du Collège de l'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 du Collège de l'accréditation sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, le Collège de l'accréditation 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 du Collège de l'accréditation peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRÉCIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandation	Le Collège de l'accréditation 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 le Collège de l'accréditation 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 le Collège de l'accréditation.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation.

* *
*

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 l'ANAES www.anaes.fr



PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre Hospitalier de Grasse** sis Chemin de Clavary 06135 GRASSE

Le centre hospitalier de Grasse est un établissement public de santé. Implanté dans la partie ouest des Alpes-Maritimes, il présente 2 sites en périphérie de la ville de Grasse qui offrent une prise en charge polyvalente des besoins de santé de la population : le site Clavary, ouvert en 1978, qui accueille le court séjour et l'hospitalisation de psychiatrie, et le site du Petit-Paris qui accueille les soins de suite, le long séjour, la maison de retraite et l'activité psychiatrique de jour.

Au sein du secteur n° 4 qui connaît une importante expansion démographique, le centre hospitalier de Grasse se situe dans une zone de 130 000 habitants et constitue le seul établissement public de santé hors de la frange côtière. Il dessert 27 communes sur une zone géographiquement très étendue. Il réalise la moitié de son recrutement en dehors de sa zone sanitaire au sein d'une population dont la palette d'âge se concentre aux extrêmes : la population la plus jeune du département et un pourcentage de personnes âgées très élevé.

En 2002, le centre hospitalier de Grasse compte 560 lits autorisés. Les lits installés sont de 507 dont 458 en hospitalisation complète, 32 en hospitalisation de jour et 2 de nuit et 15 en HAD ; 30 lits sont installés sur 60 autorisés en psychiatrie. Par ailleurs, le centre hospitalier de Grasse présente des activités extrahospitalières : centre médicopsychologique (CMP), centre de soins spécialisés en toxicomanie (CSST), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et la gestion de l'UCSA (soins aux détenus).

L'établissement a constitué un SIH avec Antibes et Cannes : gestion de l'équipe de soins palliatifs, projets de plate-forme logistique (blanchisserie, restauration, stérilisation) et soins de suite en psychiatrie.

Les activités sont : la médecine générale (cancérologie, cardiologie, gastroentérologie, médecine interne), la pneumologie, la maternité, la pédiatrie, la néonatalogie, la chirurgie générale (digestive, urologique, traumatologique, orthopédique et vasculaire), les spécialités chirurgicales (ORL, ophtalmologie, stomatologie), la chirurgie gynécologique et sénologique, la réanimation polyvalente, la psychiatrie (hospitalisation complète et ambulatoire), les soins de suite, le long séjour et la maison de retraite. L'établissement partage, avec le privé, l'exploitation d'un scanographe dans le cadre d'un GIE.

Le transfert sur le site de Clavary des activités de court séjour, installées initialement sur le site du Petit-Paris, a permis de conforter ces premières et d'installer un centre gériatrique moderne, entre 1978 et 1990. La construction du bâtiment mère-enfant en 1994-1996 sur le site de Clavary a répondu à la forte attractivité de la maternité qui réalise près de 2 000 accouchements et vient d'être classée au niveau 2B. La principale opération d'investissement en cours (septembre 2003-septembre 2004) porte sur la rénovation complète du service de psychiatrie adulte.

Le projet d'établissement 2003-2008 a été adopté par les instances en juillet 2003. Le contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH est en cours de négociation.



PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 23 Avril 2003

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 17 Novembre 2003 au 21 Novembre 2003 par une équipe multiprofessionnelle 4 experts-visiteurs mandatée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

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

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués pour délibération au Collège de l'accréditation **en Mai 2004**

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,**

le Collège de l'accréditation décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure d'accréditation.



PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

L'établissement a inscrit dans sa politique qualité les droits et informations du patient et a intégré la charte au sein de son projet d'établissement. Les professionnels sont sensibilisés et formés au principe des droits des usagers. Leur implication dans ce domaine est manifeste au niveau de l'accueil de tous, de l'information donnée aux patients, de l'accès au dossier, du respect de l'intimité et de la liberté du patient. Il conviendra de poursuivre les aménagements améliorant l'accueil des personnes handicapées. Il est nécessaire d'assurer la traçabilité du consentement du patient et de la réflexion bénéfice risque et de renforcer l'évaluation de la satisfaction et du respect de ses droits. La dynamique d'amélioration a été axée sur la refonte du livret d'accueil, effectuée de manière participative.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient fait l'objet d'une réflexion institutionnelle depuis 2000 : actuellement, le dossier est constitué d'un dossier administratif, d'un dossier sur papier médical, d'un dossier infirmier papier, d'un dossier médical informatisé, d'un dossier transfusionnel et d'un dossier social. Les axes d'amélioration repérés par l'établissement sont l'harmonisation des différents dossiers dans les services et la poursuite de l'informatisation. Les professionnels sont associés aux règles de bonne tenue du dossier. Il existe un guide d'utilisation du dossier de soins. Si la confidentialité est assurée dans différents domaines notamment dans l'accessibilité informatique ou les archives des efforts sont à mettre en œuvre pour renforcer la confidentialité des informations du dossier papier dans les secteurs de soins, pendant la circulation des dossiers et dans les zones de stockage. Les modalités d'accès au dossier sont définies. L'archivage est sécurisé. Il sera nécessaire d'assurer le respect des bonnes pratiques de prescriptions médicales et d'éviter les transcriptions. L'établissement a évalué la qualité de ses dossiers en 2001, en 2003 et se propose de poursuivre ces actions au travers de son plan d'actions du système d'information.



I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Le projet d'établissement 2003-2008 a été adopté par les instances de l'établissement. Ses volets précisent les axes majeurs de la prise en charge médicale, soignante et hôtelière du patient. La phase d'autoévaluation a favorisé le décloisonnement des secteurs d'activité à travers les échanges et une meilleure connaissance des missions et contraintes de chacun. La réflexion menée depuis plusieurs années autour du dossier du patient unique, la formation continue des agents, le développement du site intranet et de la gestion documentaire concourent à la qualité de la prise en charge. La dynamique est particulièrement affirmée sur l'accueil médical, soignant, administratif et logistique, la continuité des soins, et l'organisation de la sortie qui sont des points forts de l'établissement. La diversité des activités et des pratiques de services rend peu aisée la lecture de certains processus de prise en charge des patients. C'est particulièrement le cas pour le circuit du médicament qui devra faire l'objet de mesures d'harmonisation et de sécurisation. L'établissement devra également coordonner et renforcer la lutte contre la douleur. L'utilisation de protocoles diagnostiques et thérapeutiques, amorcée dans certains services, est à généraliser. L'évaluation des pratiques professionnelles est à mettre en œuvre.

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

Le management de l'établissement et des secteurs d'activité s'appuie sur une politique d'établissement cohérente qui s'articule autour d'un projet d'établissement élaboré en concertation avec les professionnels. Des réunions institutionnelles régulières et une politique de communication volontariste confortent ce management. L'engagement des professionnels, très attachés à leurs outils de travail, est réel et s'est manifesté au travers de la forte implication de tous dans la phase d'autoévaluation et au cours de la visite d'accréditation. La dynamique d'amélioration continue de la qualité engagée, sera utilement complétée par la mise en place d'outils de pilotage de la gestion par secteurs d'activité.

I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social, élaboré de manière participative, affiche pour le personnel des valeurs d'équité et de transparence au service de la personne soignée. Le respect de ces valeurs est manifeste au travers de l'engagement des professionnels dans l'amélioration de leurs compétences et dans la communication. Les conditions de travail sont prises en compte. La généralisation des fiches de poste est prévue. L'amélioration doit porter sur l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels, sur l'évaluation du personnel et de la politique de gestion des ressources humaines.



I.6 Gestion des fonctions logistiques

La gestion des fonctions logistiques est assurée par différents secteurs d'activité. La coordination entre ces services est perfectible. Les fonctions logistiques répondent de façon globalement satisfaisante aux besoins des usagers de l'établissement. La politique de formation en matière de sécurité est un axe fort de la dynamique dans ce domaine. La fonction lingerie constitue un axe fort d'amélioration identifié par les professionnels. Un projet de plate-forme inter hospitalière est en cours de réalisation et devrait permettre d'ici 2005 d'assurer de façon commune les fonctions restauration, blanchisserie et stérilisation. Les professionnels de l'établissement sont engagés dans un travail de formalisation des pratiques et dans la réflexion concernant les principaux circuits logistiques. La centralisation de la fonction brancardage est initiée pour en améliorer le fonctionnement. Un important travail sur la sécurité des biens et des personnes a été réalisé et constitue un des points forts de la structure. Les conditions de stockage intermédiaire des déchets dans les secteurs à risque devront être sécurisées. L'évaluation devra se généraliser à l'ensemble des prestations logistiques.

I.7 Gestion du système d'information

Le projet d'établissement comporte un schéma directeur informatique, validé par les instances. Ce projet prévoit une amélioration dans le domaine administratif et technique en particulier pour la gestion documentaire et l'informatisation du dossier du patient centralisé. Il existe une démarche active de protection de la confidentialité dans le domaine informatique. Les traitements sont déclarés à la CNIL. Un responsable du secteur de l'information médicale est identifié. Il existe un règlement intérieur du DIM approuvé par la CME. Ce secteur dans le cadre d'une politique de réseau, effectue un travail concerté avec les DIM régionaux. L'établissement a mis en œuvre une évaluation de la satisfaction des utilisateurs de l'information informatique. Il existe un plan d'amélioration du système d'information hospitalier pour 2003-2008.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique d'amélioration continue de la qualité est définie en cohérence avec les objectifs du projet d'établissement 2003-2008. La démarche qualité, initiée depuis 1998 a été structurée autour de la procédure d'accréditation et des systèmes d'assurance qualité en restauration, laboratoire et stérilisation centrale. Une dynamique est instaurée, favorisée par l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité constitué d'objectifs précis, et par une importante politique de communication. La participation des professionnels à la démarche est acquise, ancrée sur les valeurs de respect de prise en charge des patients et d'équité sociale. La formalisation d'un programme coordonné de prévention et de gestion des risques, intégré dans la politique qualité ainsi qu'une orientation plus forte sur la prise en compte des besoins des patients sont à mettre en œuvre et à évaluer.



I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

L'établissement a développé une politique de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle en associant les instances et les professionnels à la définition et à la mise en œuvre des actions. Les structures des vigilances sanitaires et de sécurité transfusionnelle sont opérationnelles. Elles fonctionnent selon des objectifs précis et des procédures formalisées sous la responsabilité de professionnels clairement identifiés. Les professionnels sont formés à leurs obligations de signalement. La dynamique d'évaluation de l'efficacité du système de vigilance est affirmée pour la sécurité transfusionnelle. L'identification et la coordination de l'ensemble des vigilances sanitaires devront être engagées.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux se traduit par un programme d'actions annuel élaboré par le CLIN. Les professionnels s'engagent, au travers de la formation continue notamment, à réaliser les objectifs qui leur sont fixés. Les actions menées seront renforcées par la formalisation et l'application par l'ensemble des professionnels, d'un programme coordonné de maîtrise du risque infectieux et l'évaluation de la politique conduite. L'établissement doit se donner les moyens d'analyser l'usage des antibiotiques.



II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION

II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation

- Renforcer l'évaluation de la satisfaction et du respect des droits du patient
- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfique risque et du consentement éclairé du patient
- Généraliser le respect des bonnes pratiques de prescriptions médicales, supprimer les transcriptions et sécuriser le circuit du médicament
- Coordonner la prise en charge de la douleur
- Réorganiser le stockage intermédiaire des déchets
- Définir et évaluer un programme global de prévention et de gestion 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.