



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DU
CENTRE HOSPITALIER DE
SAINT-CYR-AU-MONT-D'OR**

**Rue Jean-Baptiste-Perret
69450 SAINT-CYR-AU-MONT-D'OR**

Octobre 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.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**

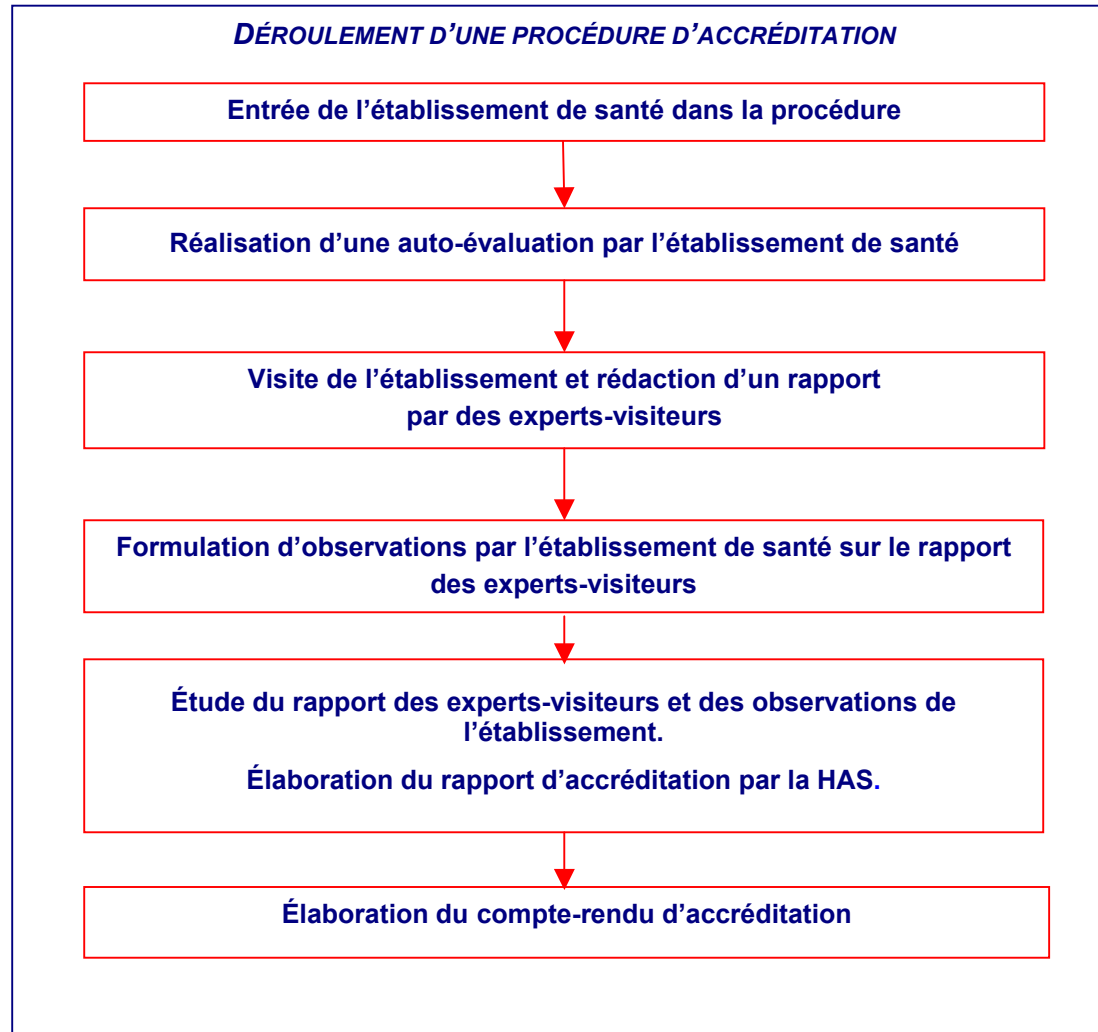
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés 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'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 Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	
Situation géographique	Ville : Saint-Cyr-au-Mont-d'Or Département : Rhône	Région : Rhône-Alpes
Statut (<i>privé-public</i>)	Établissement public de santé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Le centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie créé en 1972. Il est localisé à l'extrême sud de son domaine de desserte qui est essentiellement le nord du département du Rhône. Il en résulte un éloignement avec les populations concernées ainsi que les structures extérieures de l'établissement.	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	<p>La capacité d'accueil autorisée est de 339 lits et places répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation complète enfant : 14 lits ; - hospitalisation jour enfant : 63 places ; - hospitalisation nuit enfant : 2 lits ; - placement familial enfant : 1 place. <p>Soit 80 lits et places pour psychiatrie infantojuvénile.</p> <ul style="list-style-type: none"> - hospitalisation complète adulte : 187 lits ; - hospitalisation jour adulte : 58 places ; - hospitalisation nuit adulte : 5 lits ; - placement familial adulte : 9 places. <p>Soit 259 lits et places pour la psychiatrie adulte.</p>	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	L'établissement compte un site d'hospitalisation central (hospitalisation complète et de nuit adulte et infantojuvénile) ainsi qu'un dispositif extrahospitalier diversifié (CMP, CMPP, hôpitaux de jour, etc.)	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Prise en charge de toutes pathologies psychiatriques	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Activités liées à la prise en charge de toutes pathologies psychiatriques	

Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	L'établissement a adhéré au syndicat interhospitalier du Rhône, participe aux urgences du centre hospitalier général de Villefranche-sur-Saône et a passé des conventions avec des maisons de retraite ainsi qu'avec des associations.
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	La population desservie est diversifiée, en zone urbaine ou périurbaine aussi bien qu'en zone rurale, dans un contexte de précarité économique et de chômage. L'aire géographique concernée comporte 5 secteurs de psychiatrie générale adulte et deux secteurs de psychiatrie infantile.
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Le projet d'établissement 1999-2003 a donné lieu en 2002 à la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens qui accompagne l'axe de développement prioritaire de l'hôpital, à savoir le rapprochement des structures de soins des populations prises en charge. Un nouveau projet d'établissement est en cours de réflexion avec pour axes stratégiques dominants notamment la poursuite des alternatives à l'hospitalisation complète, la déconcentration des structures de soins, ainsi que la participation aux réseaux de soins.

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or** sis, rue Jean Baptiste Perret – 69450 Saint Cyr au Mont d'or.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 28 juin 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 6 au 10 juin 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 **octobre 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

La politique des droits et information du patient mise en œuvre par l'établissement s'appuie sur la charte du patient hospitalisé et la loi du 4 mars 2002. Une dynamique est enregistrée, mise en œuvre avec la participation des personnels concernés : élaboration d'un nouveau livret d'accueil dont les modalités de diffusion sont à poursuivre, création d'un site Internet, actions de formation continue thématique, engagement de la direction des usagers et d'un groupe de travail axé sur la communication. L'établissement ne s'est pas encore approprié la notion de personne de confiance ce qui induit que sa désignation n'est pas généralisée à tous les patients. En outre, le consentement du patient bien que recherché n'est pas systématiquement tracé dans le dossier. D'autres axes d'amélioration sont également investis comme les projets de réhabilitations architecturales. Il reste nécessaire de poursuivre les aménagements ou équipements permettant de mieux satisfaire au respect de l'intimité du patient, de la confidentialité des informations qui le concernent ainsi qu'à l'accès aux soins des patients handicapés.

I.2 Dossier du patient

L'établissement a validé une politique de dossier sur papier unique afin de préparer la généralisation du dossier informatisé du patient. Une commission a engagé une réflexion pluridisciplinaire afin de revoir les règles de tenue du dossier du patient qui ne donnent actuellement pas satisfaction : traçabilité de la réflexion sur les bénéfices et les risques non assurée, manque d'harmonisation de l'archivage, pas d'évaluation. Il convient de poursuivre la dynamique engagée concernant le dispositif d'évaluation et d'amélioration continue du dossier du patient pour permettre d'assurer une gestion fiable du dossier du patient par les différents acteurs tout au long de son circuit.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

L'hôpital met en œuvre une politique de prise en charge des patients, particulièrement exprimée dans le projet médical et dans le projet de soins, élaborés avec le concours des professionnels concernés, dans le cadre du projet d'établissement. La politique hôtelière se traduit par des opérations d'équipement, de réhabilitation ou de construction neuve des structures intra- et extra-muros. L'accueil du patient ou son orientation sont assurés en permanence. L'accès à l'établissement est organisé et l'information nécessaire dispensée. La prise en charge est établie en fonction d'une évaluation de l'état de santé du patient, actualisée régulièrement. Elle est coordonnée au sein et entre les différents secteurs d'activité jusqu'à la sortie, afin d'assurer la continuité des soins. Les besoins spécifiques sont pris en charge. Le développement d'une politique de prévention du tabagisme compléterait utilement les dispositions prises. Les secteurs d'activité s'engagent progressivement dans une démarche d'utilisation des protocoles diagnostiques et thérapeutiques et d'évaluation des pratiques professionnelles qu'il convient de développer.

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

Le projet d'établissement a donné lieu à signature d'un contrat d'objectifs et de moyens en 2003. Une déclinaison annuelle des orientations stratégiques est réalisée, en lien avec les parties prenantes concernées. Une stratégie financière pluriannuelle accompagne la mise en œuvre du projet. Les instances exercent pleinement leurs attributions. Les actions de communication institutionnelles sont variées et la politique de communication constitue un point remarquable pour cet établissement. La concertation entre professionnels est opérante.

Des procédures commencent à être mises en place pour impliquer les secteurs d'activité dans la gestion. Les règles de gestion du temps de présence des agents sont formalisées afin d'assurer la continuité de service. Des modalités, procédures ou outils de coordination entre les secteurs d'activité sont en place pour faciliter les prises en charge. La réalisation des objectifs de l'établissement et des secteurs d'activité, au regard du projet d'établissement et particulièrement du COM est évaluée à périodicité définie. Du fait de l'accréditation, les responsables des secteurs d'activité sont progressivement sensibilisés aux concepts d'amélioration continue de la qualité. Des démarches ont été initiées dans le cadre de l'auto-évaluation et une dynamique commence à se faire jour.

I.5 Gestion des ressources humaines

Un projet social est défini et mis en œuvre. Les instances assurent leurs missions en matière de gestion des ressources humaines. Les fiches de fonction et les profils de poste sont à généraliser. De même, l'harmonisation des procédures d'évaluation du personnel doit être conduite dans l'ensemble des secteurs d'activité. Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants, l'élaboration pluriprofessionnelle du plan de formation ainsi que les échanges avec les professionnels laissent à penser qu'une dynamique est amorcée pour satisfaire les exigences qualité de ce référentiel. L'établissement doit néanmoins poursuivre en mettant en place un plan annuel d'amélioration des conditions de travail et étendre l'évaluation de la qualité de la gestion des ressources humaines à l'ensemble des processus concernés.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

La gestion des fonctions logistiques au centre hospitalier est organisée et opérationnelle. Approvisionnement, sécurité et maintenance des bâtiments, équipements ou installations sont assurés. Les fonctions de logistique générale (restauration, blanchisserie, transport, déchets, nettoyage des locaux), respectent les règles d'hygiène et de sécurité. L'établissement est également organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie. L'établissement s'est engagé à poursuivre la réflexion initiée sur la protection des travailleurs isolés. Les personnels rencontrés lors des visites sur sites sont impliqués et soucieux de la qualité des prestations. Ils sont engagés dans une dynamique qualité et la rencontre avec le groupe d'auto-évaluation a confirmé ce constat.

I.7 Gestion du système d'information

La protection de la confidentialité des informations concernant les patients est organisée. Un département d'information médicale est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale. Un schéma informatique est en cours d'élaboration, sous l'égide d'un comité de pilotage. La synergie du comité de pilotage et du groupe communication dans le cadre de l'élaboration puis de la mise en œuvre du prochain schéma directeur des systèmes d'information de l'établissement reste à poursuivre.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Des orientations de politique qualité sont intégrées dans le projet d'établissement et déclinées selon les services ou secteurs d'activité. Les instances sont associées dans la définition de cette politique et le personnel informé des avancées. Des responsabilités en matière de qualité et gestion des risques ont été définies. Elles méritent d'être pérennisées par un dispositif opérationnel. La prise en compte des besoins des patients est recherchée, mais il convient de mettre en place de nouveaux outils ou de rendre opérants les outils existants. Des démarches qualité multidisciplinaires sont en cours de réalisation. La gestion documentaire est engagée et il convient de rendre opérationnel le système de signalement des événements indésirables en cours d'installation. Des actions ponctuelles participent à la prévention des risques, mais il n'existe pas de véritable programme de prévention des risques. Il convient de formaliser ce programme, notamment en identifiant de façon plus exhaustive les secteurs, pratiques, actes ou processus à risque dans l'établissement, puis d'évaluer son efficacité.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles et le comité de lutte contre les infections nosocomiales assurent leurs missions. Les désignations réglementaires de vigilants sont effectives mais, en dépit de cette structuration, la politique des vigilances sanitaires applicables à l'activité de l'établissement, dont la traduction opérationnelle est constatée, n'a pas donné lieu à une réflexion globale au sein des instances concernées. Il apparaît donc nécessaire de promouvoir et de partager une culture des vigilances sanitaires, notamment en poursuivant l'information et la formation des professionnels. Le programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux est évalué périodiquement, mais il est également nécessaire de mettre en place un système d'évaluation global des activités de vigilances sanitaires.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux est structurée depuis de nombreuses années. Elle est pilotée par la présidente du comité de lutte contre les infections nosocomiales qui est médecin somaticien, avec une coordination organisée avec le médecin du travail, la pharmacienne, l'infirmière hygiéniste, le médecin biologiste, et les services de soins. La transversalité de l'action du comité de lutte contre les infections nosocomiales et de ses partenaires dans le cadre de la lutte contre le risque infectieux est un point remarquable. Des actions d'amélioration sont engagées sur la prévention des accidents d'exposition au sang et, plus généralement, du risque infectieux touchant les professionnels de l'établissement. Une évaluation périodique des actions menées est engagée.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Généraliser la traçabilité du recueil de la personne de confiance, du consentement des patients et de la réflexion bénéfices-risques dans le dossier du patient ;
- Assurer une gestion fiable et harmonisée du dossier patient tout au long de son circuit ;
- Poursuivre la réflexion sur la protection des travailleurs isolés ;
- Mettre en place et évaluer un programme de prévention des risques ;
- Développer une culture des vigilances incluant la formation et l'information des professionnels ;
- Assurer le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, de son intimité et de sa dignité.

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