

**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE
CENTRE LES ESCALDES**

**Angoustrine
66700 VILLENEUVE-LES-ESCALDES**

Janvier 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.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.***

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***

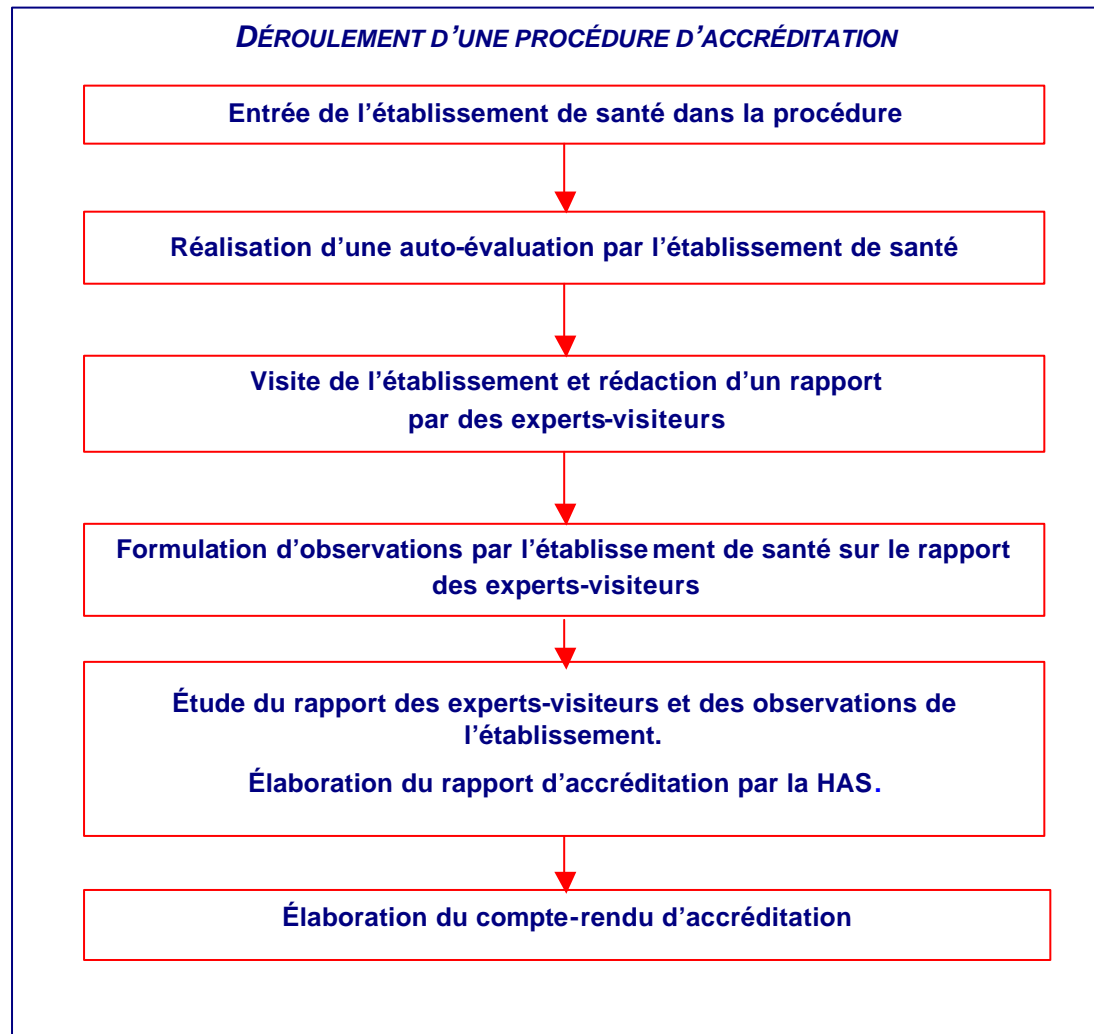
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement	Centre Les Escaldes	
Situation géographique	Ville : Angoustrine – Villeneuve-les-Escaldes Département : 66760	Région : Languedoc-Roussillon
Statut (privé-public)	Privé	
Type de l'établissement (CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif)	PSPH	
Nombre de lits et places (préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))	Service de broncho-, pneumo/phtisiologie : 85 lits SSR + 3 lits et 1 place de médecine soins aigus Service de rééducation et réadaptation fonctionnelle : 65 lits et 5 places	
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)	Médecine physique et réadaptation Pneumologie et réhabilitation respiratoire	
Activités spécifiques (urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)		
Coopération avec d'autres établissements (GCS, SIH, conventions...)	Clinique du Cours Dillon – Toulouse Clinique Saint-Michel – Prades (66500) CHG – Perpignan (66000)	
Origine géographique des patients (attractivité)	Les services de pneumologie et de rééducation fonctionnelle recrutent très majoritairement sur les régions de Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées. En médecine physique et réadaptation, les consultations sont ouvertes aux populations espagnoles et andorranes	
Transformations récentes réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu		

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre les Escalles**, sis 66760 ANGOUSTRINE-VILLENEUVE LES ESCALDES.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 22 décembre 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 14 au 17 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 janvier 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 une priorité de l'établissement ; néanmoins, cet engagement reste à formaliser dans le projet médical. Le centre Les Escaldes assure à tous l'accès aux soins. L'arrivée du patient est préparée très en amont par l'organisation d'une préadmission permettant d'une part, de fournir toutes les informations utiles aux patients et d'autre part, de prévoir les modalités d'hospitalisation du patient en fonction de son état de santé.

L'information sur l'état de santé, sur les soins, l'intimité, la liberté de circulation, la confidentialité des informations... sont garanties par l'établissement tout au long du séjour.

L'implication des professionnels est importante. L'équipe médicale doit encore harmoniser sa réflexion quant aux modalités de recueil du consentement du patient.

Des évaluations sont effectuées régulièrement par l'exploitation des questionnaires de sortie et méritent d'être élargies.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient devra être redéfinie pour faire aboutir le projet de dossier du patient unique répondant aux exigences de continuité de la prise en charge et de conformité aux exigences réglementaires. La coexistence d'un support informatique et d'un support papier, la gestion autonome des dossiers par les secteurs médicotéchniques ne favorisent pas l'accessibilité au dossier du patient. La confidentialité des informations est garantie.

La prise en charge du patient est coordonnée entre les différents professionnels intervenants, mais la traçabilité de cette coordination est à améliorer. L'établissement devra s'attacher à sécuriser les prescriptions médicamenteuses en supprimant les retranscriptions. L'accès aux dossiers est possible à tout moment.

Les premières évaluations datent de 1997 (évaluation du dossier infirmier) et témoignent de l'ancienneté de la dynamique qualité mise en œuvre par le personnel soignant.

L'établissement évalue annuellement l'ensemble de ses dossiers.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Dans l'attente du projet d'établissement 2005-2010, l'établissement poursuit ses actions d'améliorations continues de la qualité selon les axes définis dans le projet d'établissement 2000-2004, notamment sur la politique d'accueil des patients et de l'évaluation des procédures. La signalétique interne et l'accès aux personnes à mobilité réduite (places de parking) restent perfectibles. La politique de prévention et de lutte contre le tabagisme à l'intention des patients est mise en place, cependant tout reste à faire concernant les personnels. Les fiches de préadmissions envoyées aux établissements d'origine permettent une prise en charge organisée avant l'hospitalisation. Les secteurs d'activité clinique sont coordonnés avec les partenaires de soins et les services médicotechniques, mais la traçabilité des actions n'est pas toujours assurée. La prise en charge de l'urgence interne est organisée, la garantie de la fiabilité du contenu de la valise d'urgence entre deux contrôles peut être améliorée. L'établissement n'a pas évalué la satisfaction des équipes soignantes vis-à-vis du prestataire externe pour les analyses biologiques.

La culture de procédures et protocoles est opérationnelle depuis longtemps dans l'établissement. L'évaluation des pratiques professionnelles s'installe progressivement.

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

Le projet d'établissement 2000-2004 a fixé clairement les objectifs stratégiques du centre Les Escaldes en impliquant l'ensemble des professionnels. Les orientations actuelles de l'établissement et ses résultats font l'objet d'une communication précise et transparente tant sur intranet que lors des assemblées générales semestrielles, invitant tout le personnel du centre. Toutes les instances sont structurées et exercent leurs attributions.

Le suivi budgétaire est mensuel et communiqué aux chefs de service pour information et réajustements éventuels. L'élaboration du projet d'établissement 2005-2010 est retardée, en raison notamment de la date de parution du prochain Schéma régional d'organisation sanitaire social soins de suite et réadaptation dans lequel l'établissement doit s'inscrire (septembre 2005). L'évaluation de la réalisation du 1^{er} projet d'établissement sera un outil supplémentaire lors de la construction du projet suivant.

I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social actuel de l'établissement s'articule autour de cinq axes prioritaires votés en assemblée générale, rassemblant l'ensemble du personnel. Le projet social futur sera fonction des objectifs du siège Ugecam et de la direction de l'établissement.

Deux assemblées générales semestrielles permettent aux agents une expression directe en dehors des réunions institutionnelles réglementaires. La Conférence médicale d'établissement n'a pas initié de plan de formation médicale annuel. Des tableaux analytiques permettent une gestion prévisionnelle des ressources humaines, notamment pour les prévisions de départs à la retraite dans les cinq ans. L'outil Programme de médicalisation du système d'information- Soins de suite et réadaptation est entre autres utilisé pour l'adaptation des

postes aux besoins identifiés dans les services. Des fiches « emplois-métiers » sont utilisées depuis 1993 pour tout recrutement et font l'objet actuellement d'une réflexion en commission Ugecam pour une réactualisation et une uniformisation. Les nouveaux agents et les stagiaires reçoivent un livret, la procédure d'accueil n'est pas formalisée. L'évaluation et la notation des personnels se font annuellement avec les chefs de services de l'établissement et tous les cinq ans au siège Ugecam. Des entretiens annuels d'appréciation doivent être mis en place. Le plan de formation annuel des personnels non médicaux est élaboré sous forme participative des agents. La gestion administrative des personnels répond aux règles de la confidentialité, de la qualité de la sécurité des informations individuelles.

Un partenariat entre le médecin du travail et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail permet la réflexion sur l'amélioration des conditions de travail. L'évaluation de la qualité de la gestion des ressources humaines reste à développer.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement est organisé pour assurer les approvisionnements et équipements nécessaires à son activité, en fonction d'une évaluation régulière des besoins.

La sécurité des personnes, bâtiments, équipements... est assurée essentiellement par des mesures curatives. Les équipements sensibles font l'objet de contrats de maintenance.

Les professionnels sont impliqués dans leur fonction et conscients des nécessités d'hygiène, des correspondants en hygiène ont été formés en 2002.

Toutes les fonctions logistiques sont assurées directement par l'établissement avec un objectif de sécurité et de confort du patient ; la mise en œuvre de l'application des règles de bonne pratique doit être poursuivie par le secteur restauration.

L'élimination des effluents de radiologie est à organiser.

La fonction transport est assurée et coordonnée. L'évaluation des prestations logistiques émerge dans le domaine de l'hygiène et doit être étendue.

I.7 Gestion du système d'information

Le centre Les Escaldes a défini dans le cadre des Ugecam, auxquelles il appartient, une politique des systèmes d'information qui reste à clarifier.

La confidentialité et la sécurité des informations sont garanties.

La communication à l'intérieur de l'établissement a bénéficié de la mise en place d'un réseau informatique avec messagerie et intranet.

Le projet de dossier du patient informatisé a fait l'objet d'une analyse poussée avec mise en place d'un prototype qui devrait aboutir à une solution partagée et pérenne.

Le département d'information médicale est en place depuis 1994 et traduit la volonté de l'établissement d'établir et de poursuivre une dynamique qualité certaine et participative dans ce domaine. L'établissement participe avec vingt-cinq autres établissements à la mise au point d'un outil national d'évaluation des activités des soins de suite et réadaptation.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La démarche qualité de l'établissement a été initiée par le service infirmier en 1997 : évaluation du dossier infirmier.

De nombreuses actions qualité ont été menées et sont encore en cours, articulées autour des grands axes stratégiques définis par le projet d'établissement. Ces démarches, quelle qu'en soit l'origine, sont menées de façon pluridisciplinaire et restent à fédérer dans le cadre d'une politique qualité.

La prévention des risques est répartie entre les instances réglementaires et les référents du centre, la mise en place coordonnée du programme doit se poursuivre (mise en place d'un signalement unique et organisé).

Les besoins des clients sont appréhendés avant leur admission par une fiche de préadmission qui précise notamment le degré de dépendance.

L'analyse des questionnaires est trimestrielle et donne lieu, le cas échéant, à des actions correctives.

L'ensemble du personnel est impliqué dans une démarche qualité qui reste à organiser et structurer.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique de vigilances sanitaires est définie dans l'établissement. La mise en place d'une matériovigilance et une pharmacovigilance est effective. Des correspondants locaux sont identifiés et leurs missions définies. Le circuit de déclaration d'incidents et les relais d'alertes sont organisés et les nombreuses procédures mises en œuvre font l'objet d'une large diffusion auprès des professionnels concernés. Un questionnaire, relatif à la connaissance des vigilances et l'obligation de déclaration des événements indésirables, est en cours d'analyse. Les professionnels sont informés et formés localement par les correspondants locaux des vigilances. Le suivi transfusionnel des patients est assuré par un médecin référent.

Le manque de recul des vigilances ne permet pas encore une évaluation approfondie, ni la mise en œuvre d'actions d'améliorations.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux est coordonnée par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les mêmes personnels participant à ces deux instances. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales associe de nombreux professionnels motivés. La formation et la sensibilisation du personnel à l'hygiène hospitalière sont organisées. Elles doivent permettre une meilleure appropriation des procédures par le personnel. Les résultats des mesures de prévention sont très satisfaisants : il n'y a pas eu d'infections nosocomiales déclarées ces dernières années. Les contrôles bactériologiques mis en œuvre sont nombreux. Il existe une collaboration utile entre le laboratoire de bactériologie et le Comité de lutte contre les infections nosocomiales. L'eau sanitaire d'origine thermale est particulièrement satisfaisante sur le plan bactériologique.

La prévention et la prise en charge des infections touchant les professionnels sont mises par le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en association avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales : la protection vaccinale des professionnels est bien

assurée, la mise à disposition de matériel de prévention des accidents d'exposition au sang est généralisée. Les prélèvements nécessaires au contrôle du risque infectieux sont effectués. Les professionnels procèdent à des auto-évaluations de pratiques.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Généraliser la traçabilité du consentement des patients et de la discussion bénéfices-risques,
- Renforcer la mise en œuvre du dossier patient permettant le regroupement et le partage des informations concernant le patient,
- supprimer la transcription des prescriptions médicamenteuses,
- mettre en œuvre des entretiens d'appréciation annuel pour le personnel,
- formaliser la politique qualité, structurer sa mise en œuvre et coordonner les actions contribuant à la prévention et à la 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.