



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DU  
CMPR L'ADAPT  
DE SAINT-ANDRÉ-DE-L'EURE**

**Le Buisson-Fallu  
27220 SAINT-ANDRÉ-DE-L'EURE**

**Novembre 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.10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL.....	p.11
II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation .....	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 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](http://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.

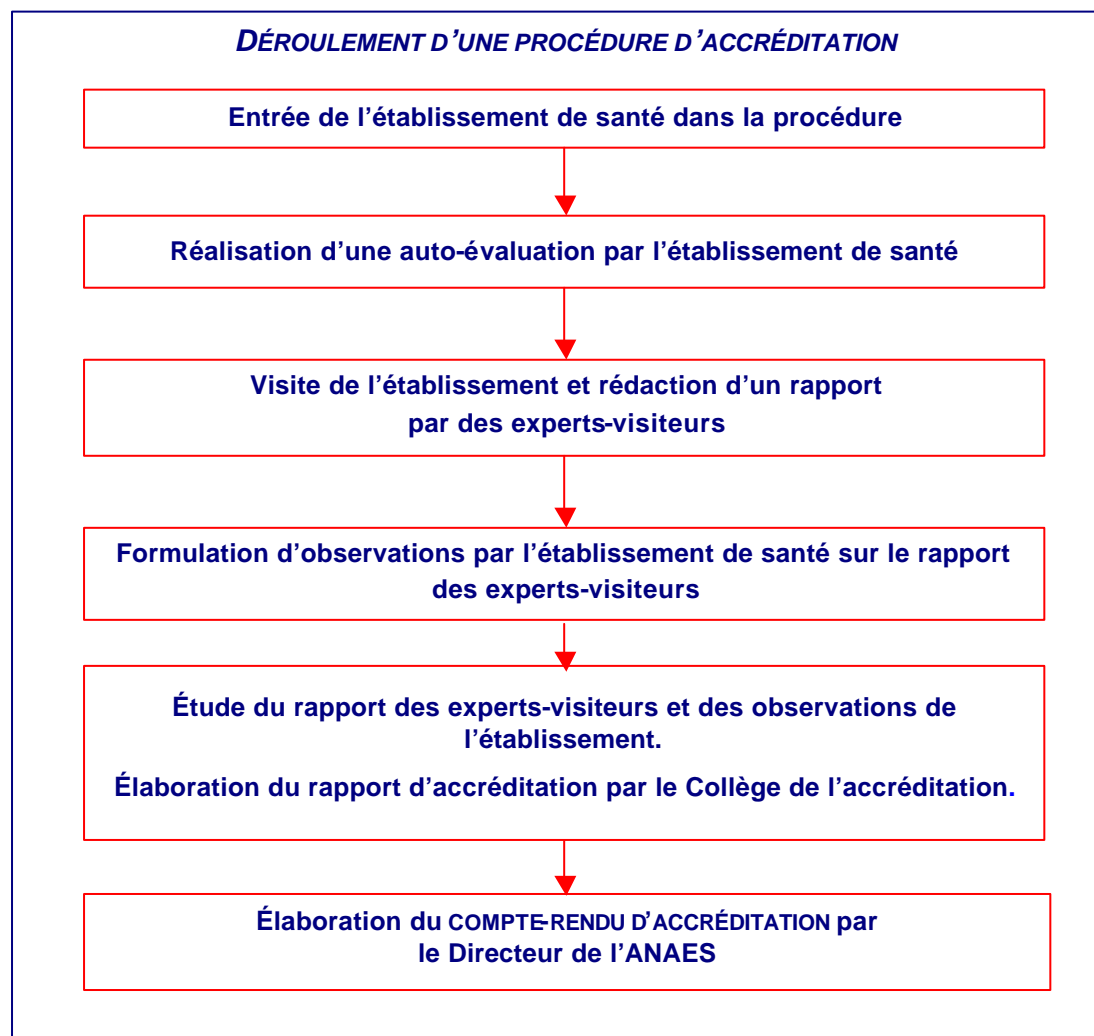
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

#### ***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](http://www.anaes.fr)*



## PARTIE 1

### PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La présente procédure d'accréditation concerne :

<b>Nom de l'établissement</b>	CMPR l'ADAPT Saint-André-de-l'Eure	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : Saint-André-de-l'Eure <b>Département</b> : 27	<b>Région</b> : Haute-Normandie
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Privé	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, Hôp. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	PSPH	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	50 lits et 5 places : réadaptation fonctionnelle	
<b>Nombre de sites</b> <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	1	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	Réadaptation fonctionnelle	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )	Consultations externes spécialisées	
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> ( <i>GCS, SIH, conventions...</i> )	Conventions avec : - hôpital de la Musse 27 - clinique Pasteur Évreux 27 - clinique Bergouignan Évreux 27 Relations non formalisées : CH Évreux, CH Dreux, clinique Dreux, CHU : Garches, Ambroise-Paré, Saint-Joseph	



<b>Origine géographique des patients</b> <i>(attractivité)</i>	73 % originaires de l'Eure 27 % hors département
<b>Transformations récentes</b> <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Projet de restructuration architecturale en cours



## PARTIE 2

---

### DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

---

- **Le CMPR l'ADAPT St André de l'Eure, sis Le Buisson-Fallu, 27220 SAINT-ANDRÉ-DE-L'EURE.**

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 17 septembre 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 8 au 11 juin 2004 par une équipe multiprofessionnelle de 2 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 Novembre 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 COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

---

#### **I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

##### **Synthèse par référentiel**

###### **I.1 Droits et information du patient**

La politique en matière de droits et d'information du patient est formalisée. Les professionnels sont sensibilisés au respect du secret professionnel par le règlement intérieur. La charte du patient hospitalisé est diffusée. Dès son admission, le patient reçoit une information sur les conditions de séjour. La possibilité de désigner de la personne de confiance lui est donnée. La configuration et l'équipement des locaux permettent d'assurer l'intimité des patients toutefois la possibilité de supprimer les deux chambres à trois lits devrait être étudiée. Le consentement du patient pour les actes et les soins relève surtout d'un accord verbal, la traçabilité écrite n'est assurée que pour les actes invasifs, les incapables majeurs et les patients mineurs. Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de séjour, sur les soins, et sur son état de santé. La gestion des plaintes est organisée. La satisfaction du patient est recherchée uniquement par le biais d'un questionnaire. La procédure d'évaluation du respect des droits et information du patient doit être renforcée.

###### **I.2 Dossier du patient**

La politique concernant le contenu et la gestion du dossier du patient est formalisée. Il existe une dynamique sur la tenue du dossier du patient et le personnel affiche un intérêt et une volonté de progresser dans ce domaine. L'ensemble des professionnels est associé à la réflexion et à l'élaboration d'actions d'amélioration des éléments du dossier. La tenue du dossier permet une gestion fiable des informations et la coordination des soins. Le dossier est accessible aux professionnels concernés, son lieu de dépôt est sécurisé. L'archivage est assuré et l'accessibilité des dossiers organisée. L'évaluation du dossier du patient est en place.



### I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La prise en charge du patient est organisée dans le cadre d'une politique explicite inscrite dans le projet d'établissement soutenue par une dynamique qualité qui se met en place progressivement. La rééducation et surtout la réinsertion du patient se situent au centre des préoccupations de chacun des intervenants dans le cadre d'une coordination élaborée. De sa pré admission à sa sortie le patient est accompagné dans le cadre d'une « démarche précoce d'insertion » en voie de formalisation en un référentiel normatif travaillé sous l'égide de l'AFNOR. Le patient et son entourage participent activement au projet de soins et à des actions d'éducation concernant son affection et son traitement. La démarche d'accréditation a permis à l'établissement d'initier une évaluation des pratiques professionnelles qui reste maintenant à poursuivre et à renforcer. Il conviendra d'améliorer le renseignement des demandes d'examen biologiques.

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

Les orientations stratégiques de l'établissement sont inscrites dans le projet d'établissement et sont déclinées dans le contrat d'objectifs et de moyens. Les différentes instances ainsi que l'ensemble des acteurs ont été associés à la formalisation de ces orientations grâce à la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires. La mise en œuvre du projet d'établissement détaillée par objectifs hiérarchisés figure dans le Contrat d'objectifs et de moyens. Le fonctionnement institutionnel et la dynamique participative des instances concourent à l'instauration d'un management par la qualité. L'implication plus active des secteurs d'activité dans le pilotage de la gestion et à l'évaluation de ses ressources renforcera la dynamique participative. Le suivi et l'évaluation des objectifs de l'établissement et des secteurs d'activité restent à généraliser.

### I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social n'est pas formalisé mais la politique de gestion des ressources humaines s'appuie sur un volet social intégré au contrat d'objectifs et de moyens et sur l'existence d'un dialogue social organisé autour des représentants du personnel siégeant au sein des différentes instances. Grâce à la formalisation de ses missions, la Conférence médicale d'établissement est une instance de proposition sur laquelle la direction peut s'appuyer. Le plan de formation continue et les efforts menés en faveur de la promotion professionnelle des agents favorisent le développement des compétences et des potentiels. Le développement des outils de la gestion prévisionnelle des emplois, la généralisation des profils de poste et l'évaluation du personnel doivent être menés à terme. L'évaluation de la qualité de la gestion des ressources humaines reste à mettre en place.



## I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les fonctions logistiques sont confiées pour la plupart à des prestataires de service qui organisent leurs propres évaluations. Les résultats sont transmis à l'établissement. Ces prestataires organisent leurs propres actions correctrices. Pour les prestations logistiques organisées par l'établissement, celui-ci les évalue (sauf la fonction transport). Des formations sont organisées régulièrement pour les différents personnels s'occupant des fonctions logistiques. La sécurité des biens, des personnes et des bâtiments est organisée, l'établissement prévoit de renforcer la sécurité nocturne du site. La protection incendie fait l'objet d'une surveillance régulière. Les prestations logistiques restent à évaluer par les secteurs d'activité concernés.

## I.7 Gestion du système d'information

Les professionnels utilisateurs du système d'information, ont entrepris la formalisation d'un schéma directeur. Ils ont recueilli par l'intermédiaire d'enquêtes de satisfaction les avis de chacun et souhaitent renforcer leurs actions dans ce secteur d'activité. La création d'un département d'information médicale devrait permettre de structurer l'important travail réalisé, de définir les missions de ce secteur et de mettre en place un plan d'amélioration continu de la qualité du système d'information.

## I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

L'amélioration continue de la qualité est inscrite dans le fonctionnement institutionnel de l'établissement. L'association gestionnaire et la direction y ont un rôle défini et connu. Les instances y participent activement. La formation des personnels et la réalisation de l'auto-évaluation en vue de l'accréditation de l'établissement ont permis de renforcer la prise de conscience de chacun sur la démarche qualité et sur la prévention des risques. La formalisation des outils nécessaires à la pérennisation de la démarche qualité et de la gestion des risques est engagée.

## I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Hormis, l'hémovigilance les vigilances sanitaires sont prises en compte par l'établissement et font l'objet de rapports annuels et d'actions préventives et correctives qui sont suivies par les responsables des différentes vigilances. La structuration de l'hémovigilance, adaptée aux



spécificités de l'établissement est en cours. Elle tient compte de la réalisation des actes transfusionnels au Centre Hospitalier d'Evreux et organise le suivi transfusionnel des patients.

#### I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de l'établissement concernant la maîtrise du risque infectieux est organisée. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales est opérationnel et son rôle est reconnu par tous. La politique de surveillance du risque infectieux est en phase de développement. Les protocoles sont adaptés à l'activité de l'établissement. L'engagement de l'établissement dans une réelle dynamique d'amélioration se traduit par une mobilisation des acteurs qui ont mené des actions collectives en vue d'améliorer leurs pratiques. Tous les professionnels de l'établissement sont impliqués dans le programme de lutte contre le risque infectieux. Certaines actions telles que la lutte contre la résistance bactérienne et la légionellose doivent être poursuivies. Le programme de prévention du risque infectieux ne fait pas encore l'objet d'une évaluation généralisée.



## **II DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION**

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

- Elaborer les profils de poste et mettre en place une procédure d'évaluation des personnels ;
- Mettre en place un département d'information médicale.

### **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.