



**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DU
CENTRE DE SOINS, DE RÉÉDUCATION
ET D'ÉDUCATION
DE LAMALOU-LE-HAUT**

**8, place du Général-de-Gaulle - BP 10
34240 Lamalou-les-Bains**

Juin 2003

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »	p.3
PARTIE 1	
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE.....	p.8
PARTIE 2	
DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION	p.9
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	
I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.10
Synthèse par référentiel	p.10
II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.12
II.1 Recommandation formulée par le Collège de l'accréditation	p.12
II.2 Modalités de suivi	p.12



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 ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

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 PROCEDURE 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 QUALITE 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 ETABLI 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 REFERENTIELS 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.

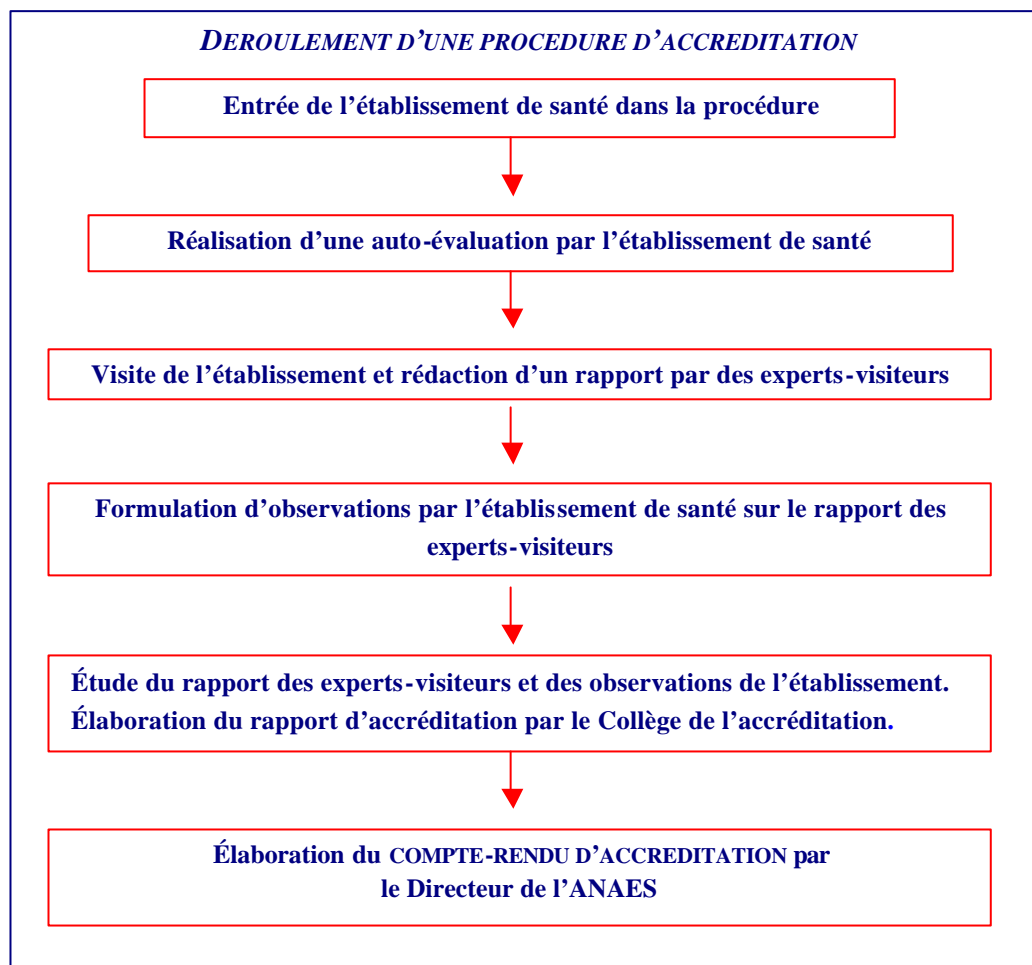
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLEGE 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'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 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 :

APPRECIATIONS	MODALITES 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

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre de Soins, de Rééducation et d'Education LAMALOU-LE-HAUT, sis 8, place du Général de Gaulle – 34240 LAMALOU LES BAINS.**

Créé en 1954, le centre de soins, de rééducation et d'éducation (CSRE) de Lamalou-le-Haut est un établissement de santé privé non lucratif, résultat d'une profonde restructuration engagée entre 1992 et 1998. Depuis 1999, il est géré par l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) des régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, nouvel organisme de Sécurité sociale. Il est implanté sur la commune de Lamalou-les-Bains à environ 80 km à l'ouest de Montpellier et 40 km au nord de Béziers.

Les activités autorisées du CSRE se situent dans le champ des soins de suite et de réadaptation : il dispose de 24 lits et 6 places de rééducation fonctionnelle. L'établissement, qui accueille des enfants et adolescents de 2 à 18 ans, est organisé en deux secteurs d'activité : celui des grands handicapés en soins intensifs (10 lits) et celui de rééducation fonctionnelle (14 lits et 6 places). Le CSRE est spécialisé dans le traitement des traumatisés crâniens et celui de l'enfant brûlé, mais il accueille aussi des enfants et adolescents polytraumatisés.

Une école de l'Éducation nationale, qui couvre le primaire et le secondaire, est associée au CSRE et implantée en son sein.

Le CSRE assure aussi la gestion d'autres services ou établissements :

- une maison d'accueil spécialisée (35 places, 1993) ;
- un institut d'éducation motrice (15 lits et 15 places, 1993) ;
- un service de soins et d'éducation à domicile (18 places, Béziers, 1993) ;
- un centre d'action médicosociale précoce (50 places, Béziers, 1996).

Son attractivité couvre principalement la région Languedoc-Roussillon et s'étend sur les départements limitrophes.

Il a obtenu en 2001 l'agrément pour un centre médicopsycho-pédagogique de 50 places qui est en cours de création sur Béziers.

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du **10 juillet 2002**.

Cette procédure a donné lieu à une autoévaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du **23 au 25 octobre 2002** par une équipe multiprofessionnelle de **3** 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 **juin 2003**.

Après avoir pris connaissance :

- **du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'autoévaluation 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 le Centre de Soins, de Rééducation et d'Education LAMALOU-LE-HAUT, sis 8, place du Général de Gaulle – 34240 LAMALOU LES BAINS 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

L'énoncé des valeurs et des principes du projet d'établissement s'imprègne largement des droits et de l'information contenus dans la charte du malade hospitalisé, renforcés et adaptés à la population soignée par une large diffusion de la charte de l'enfant hospitalisé. Les rencontres organisées et spontanées nous ont permis d'apprécier un bon niveau de préoccupation des professionnels dans ce domaine. Des actions de formation (par exemple : confidentialité des informations) prévues pour 2003 et des actions d'améliorations spécifiques inscrites au plan qualité pluriannuel (par exemple : évolution du livret d'accueil) attestent de la volonté et de l'engagement de la direction dans la dynamique qualité.

I.2 Dossier du patient

Une politique explicite du dossier du patient unique n'est pas proposée ni repérable pour les différents professionnels. En revanche, tous les outils et la désignation des responsabilités relatifs sont en place, de même que l'engagement des professionnels. L'évaluation du dossier global est envisagée et planifiée.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La politique de prise en charge, sa coordination et son inscription dans une démarche qualité sont perçues comme une préoccupation constante des professionnels du centre. La dynamique de communication clinique et la participation à l'enseignement attestent de la volonté du centre de participer et intégrer l'évolution des connaissances, des processus et des techniques de soins. L'évaluation des pratiques professionnelles est largement engagée. Il conviendrait d'améliorer l'information au médecin traitant pendant l'hospitalisation.

- I.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité
Les experts-visiteurs ont observé des marques d'une culture d'entreprise et d'un sentiment d'appartenance, traduites par un engagement et une réactivité des acteurs de l'établissement face à ses contraintes du moment. Il conviendrait de parfaire les outils de pilotage de la gestion.
- I.5 Gestion des ressources humaines
Les experts-visiteurs soulignent le caractère participatif de la gestion des ressources humaines et le souci de l'établissement de valoriser la compétence de son personnel corrélativement à son image de marque.
- I.6 Gestion des fonctions logistiques
L'établissement a développé et poursuivi, avec volontarisme, une politique de la gestion de ses fonctions logistiques qu'il assume avec efficacité dans la constance et la continuité, en remettant en cause son engagement, par les moyens appropriés qu'il fait l'effort de se donner. La politique de gestion des fonctions logistiques mériterait d'être évaluée.
- I.7 Gestion du système d'information
L'établissement dispose d'une politique ; son engagement est actuellement perturbé par des facteurs extérieurs dont l'intégration est progressive ; il a la volonté de s'adapter, dans de courts délais, à cette mutation pour retrouver la maîtrise à laquelle il était habitué. Il conviendrait de structurer la réponse aux besoins du programme de médicalisation du système d'information.
- I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques
L'établissement s'est inscrit dans une réelle démarche de qualité et de prévention des risques. L'ensemble des acteurs est sensibilisé. Cette dynamique en garantit la pérennité qui devra s'accompagner de son évaluation. Elle s'appuie sur le développement du plan pluriannuel d'actions qualité (plan pluriannuel 2002-2004).
- I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
Il existe des structures, des objectifs et des protocoles de vigilance sanitaire dont l'évaluation est à mettre en place.
- I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux
Malgré l'absence de pharmacie hospitalière, l'établissement a mis en place une politique d'hygiène hospitalière dynamique impliquant tous les acteurs concernés pour répondre à la maîtrise des risques infectieux généraux et spécifiques aux pathologies soignées.
Les actions d'évaluation sont à généraliser.

II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

II.1 Recommandation formulée par le Collège de l'accréditation

Garantir le respect des bonnes pratiques en matière de stérilisation.

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 de la recommandation mentionnée ci-dessus.

L'établissement met en œuvre les actions correctives et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure d'accréditation.