



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION
DU CENTRE DE RÉÉDUCATION
FONCTIONNELLE DE SIOUVILLE**

**17, rue Marcel Grillard
50340 SIOUVILLE**

AVRIL 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.



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.

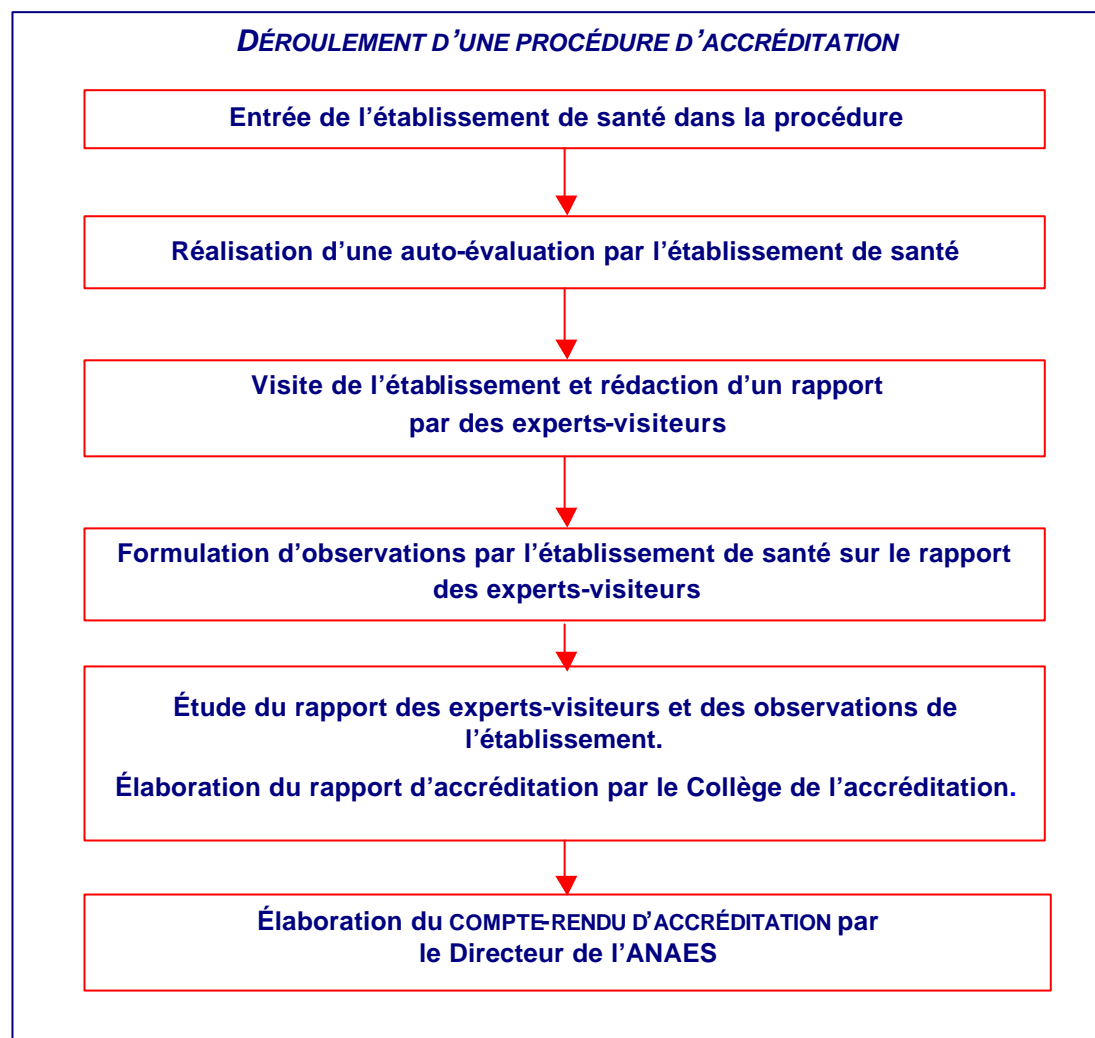
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

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'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	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 de rééducation fonctionnelle de siouville 17, rue Marcel Grillard - 50340 SIOUVILLE.**

Le centre de rééducation fonctionnelle de Siouville est un établissement privé à caractère commercial appartenant depuis 2000 au groupe MEDIDEP.

Le centre se trouve dans la région Basse-Normandie, dans le secteur sanitaire n° 3 Cotentin et est situé sur la côte ouest à une vingtaine de kilomètres de Cherbourg.

Le centre est constitué de deux bâtiments reliés par une passerelle.

Un externat de 40 places fut créé en 1969, puis, en 1976, 99 lits d'hébergement furent autorisés et installés en 1978.

Depuis le début de l'année 2003, 15 lits neurologiques sont autorisés et effectifs. Les travaux dans le secteur d'hospitalisation permettent la prise en charge individualisée du patient par une organisation sectorielle.

La capacité de l'établissement est actuellement de 40 places et 99 lits d'hospitalisation.

Jusqu'à fin 2002, le centre de rééducation de Siouville développait une prise en charge de patients en rééducation fonctionnelle : en hospitalisation complète, les pathologies majoritaires relèvent de l'orthopédie ; en externat, les pathologies traitées relèvent de la rhumatologie (+ de 70 %).

Depuis 2003, le CRF diversifie son offre de soins pour répondre aux objectifs du SROSS 1999-2004 en développant un service de prise en charge des patients neurologiques sectorisé et, à partir de 2004, un service de soins de suite et de réadaptation sectorisé. Les pathologies relevant du secteur neurologie sont essentiellement des pathologies aiguës vasculaires et des pathologies neurologiques évolutives.

Les services MPR polyvalents et SSR prennent en charge les pathologies relevant de la traumatologie, de l'orthopédie et de la rhumatologie.

Le recrutement des patients est essentiellement départemental. Le centre de rééducation fonctionnelle de Siouville accueille plus de femmes que d'hommes, la moyenne d'âge des patients étant d'environ 60 ans.



Le plateau médicotechnique de l'établissement comporte :

- la kinésithérapie avec 1 salle de mécanothérapie, 1 salle de gymnastique, 2 salles de neurologie et 1 salle d'ergothérapie ;
- une pharmacie centrale ;
- une activité de radiologie conventionnelle avec une salle de radiologie.

Concernant les analyses médicales, les prélèvements sont réalisés par le personnel de l'établissement et les analyses sous-traitées à un laboratoire extérieur.

Au niveau des fonctions logistiques, les repas sont confectionnés dans l'établissement ainsi que le traitement du linge.



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 24 février 2003.

Cette procédure a donné lieu à une autoévaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 16 au 19 septembre 2003 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 avril 2004.

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 rééducation fonctionnelle de Siouville 17, rue Marcel Grillard - 50340 SIOUVILLE, 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

Les droits et l'information du patient constituent une des priorités de l'établissement. L'accès aux soins est garanti sans condition. Les aménagements permettant l'accueil des personnes handicapées sont à achever. Les informations délivrées aux patients sur les conditions de séjour, les soins et leur état de santé sont claires, compréhensibles et adaptées, en hospitalisation complète ; il conviendrait de les développer dans le secteur d'hospitalisation à temps partiel. Le consentement des patients est recueilli, l'information bénéfice risque est assurée mais non formalisée.

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient est une préoccupation de l'établissement, des améliorations sont en cours. La confidentialité des informations est prise en compte dans les pratiques mais reste à parfaire, une procédure de non divulgation de présence est notamment à élaborer.

Il existe une gestion effective des réclamations et/ou des plaintes des patients. L'évaluation du respect des droits et de l'information du patient doit être développée. L'ensemble des personnels est concerné et impliqué dans une dynamique d'amélioration continue.

I.2 Dossier du patient

Une politique du dossier du patient est définie pour l'ensemble des secteurs d'activité. Elle implique la totalité des professionnels concernés ; la refonte du dossier actuel, en partie réalisée, est un projet fédérateur. Les règles de confidentialité font l'objet d'actions de sensibilisation.

La gestion des informations contenues dans le dossier est fiable : les prescriptions médicales sont datées et signées, chaque visite de synthèse donne lieu à un résumé. La coordination de la prise en charge entre professionnels et secteurs d'activité est assurée ; l'envoi du courrier au médecin traitant respecte un délai très court. L'accès aux informations est total le jour, des solutions devront être trouvées pour la nuit. L'évaluation du dossier du patient doit être poursuivie dans le cadre de la dynamique qualité instaurée.



I.3 Organisation de la prise en charge des patients

L'établissement a défini une politique visant à assurer l'organisation et la prise en charge du patient dans ses différents projets. L'accès à l'établissement et la politique d'accueil du patient et de son entourage sont organisés. La politique hôtelière est à formaliser. Le fonctionnement de l'imagerie médicale est à réorganiser, une action dans ce sens est annoncée. L'état de santé du patient est évalué régulièrement, sa prise en charge est coordonnée et des visites de synthèses permettent aux professionnels d'échanger sur l'évolution de l'état de santé des patients et les résultats des thérapeutiques mises en place. Les besoins spécifiques, en termes de douleur, sont pris en compte, un Comité de Lutte contre la Douleur est opérationnel. Des actions d'éducation pour la santé sont assurées. Des procédures sont mises en place pour faire face aux situations d'urgence vitale interne, la formation du personnel est en voie de généralisation. Les acteurs de l'établissement sont impliqués au quotidien dans cette prise en charge dont il convient d'assurer les diverses traçabilités, en particulier celle de la réflexion bénéfice-risque. La dynamique d'amélioration est soutenue ; il reste à développer l'évaluation des pratiques professionnelles, avec indicateurs de résultats.

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

Le centre de rééducation de Siouville a élaboré un projet d'établissement 2002-2007 en concertation avec les acteurs de l'établissement. Le suivi en est mensuel. L'ensemble des acteurs de l'établissement est engagé dans un processus dynamique de gestion avec un objectif d'amélioration de la prise en charge du patient. Les instances fonctionnent régulièrement. De nombreuses actions de communication interne et externe sont développées avec une volonté d'accentuer l'image médicalisée de l'établissement correspondant aux restructurations en cours et à venir. La politique financière est définie pour permettre la réalisation du projet d'établissement. L'ensemble des informations concernant la gestion et les objectifs de l'établissement est largement diffusé aux professionnels.

I.5 Gestion des ressources humaines

L'établissement s'appuie sur un projet social réaliste et structuré en instaurant un dialogue social régulier et constructif avec un personnel dynamique et motivé. La Conférence Médicale d'Etablissement a été élargie aux cadres soignants et exerce pleinement ses attributions. La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation de l'établissement à ses évolutions. Des profils de poste sont établis, la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants gagnerait à être formalisée. L'accès à la formation continue est favorisé afin d'améliorer le niveau de compétence des professionnels. Les entretiens d'évaluation des personnels ont débuté sur la base d'un support commun mais restent à généraliser ; ils permettront de mieux prendre en compte les besoins individuels de formation et de compléter le plan prévisionnel existant. Les indicateurs de suivi de la gestion des ressources humaines sont 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 par des mesures préventives et correctives (prévention des chutes, des intrusions, incendie, contrats de maintenance, contrôles bactériologiques...). Bien que les professionnels soient impliqués dans leur fonction et conscients des nécessités d'hygiène, les règles de bonnes pratiques professionnelles sont à développer en lingerie et en cours de mise en place en cuisine et restauration. Le nettoyage des locaux fait l'objet de protocoles et de contrôles réguliers (bactériologiques et visuels), mais les conditions de stockage des chariots et leur aménagement sont en cours d'amélioration. De même, le circuit des déchets reste à évaluer. La fonction transport est assurée et bien coordonnée. L'établissement est conscient des efforts à poursuivre dans le domaine des fonctions logistiques ; la mise en place de certaines améliorations est lancée.

I.7 Gestion du système d'information

Le schéma directeur de l'information est articulé autour de la mise en place du Programme de Médicalisation du Système d'Information prévue en janvier 2004 avec un démarrage dès octobre 2003.

La mise en place du Programme de Médicalisation du Système d'Information nécessite une réflexion en cours sur les points suivants :

- dossier du patient ;
- mise en réseau ;
- appropriation du système de codage.

L'ensemble des professionnels chargé de l'informatique médicale a été formé et est impliqué fortement dans ce projet.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

L'établissement a défini une politique de gestion de la qualité et de la prévention des risques, basée sur un mode participatif et multidisciplinaire, avec identification des responsabilités ; elle est intégrée au projet d'établissement. La mise en œuvre de l'évaluation régulière du système qualité est fondée sur des enquêtes de satisfaction des patients, sur un système de fiches de non-conformité et recueil des plaintes, et sur des audits annuels à thèmes différenciés, permettant la mise en place d'un programme de prévention des risques. L'évaluation de l'efficacité de la gestion de la qualité et gestion des risques est à développer.



I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Des choix politiques simples ont permis de mettre rapidement en place une organisation efficace des vigilances au sein de l'établissement, celui-ci n'étant concerné que par deux vigilances, la pharmacovigilance et la matériovigilance. Il existe une implication réelle des personnes concernées par ces vigilances. Toutefois, une action de sensibilisation de l'ensemble des personnels serait souhaitable ainsi qu'une évaluation de l'organisation mise en place.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux de l'établissement est structurée. Il existe un engagement de l'ensemble des professionnels de l'établissement. L'association des professionnels compétents au programme de lutte contre le risque infectieux doit être poursuivie. Des programmes de prévention et de surveillance du risque infectieux sont en place, y compris pour la balnéothérapie. L'usage des antibiotiques est maîtrisé. La prévention et la prise en charge des infections touchant les professionnels sont réalisées en collaboration avec la médecine du travail. L'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisée dans certains secteurs. La maîtrise du risque environnemental est obtenue en balnéothérapie, mais est à améliorer en restauration et en lingerie. Il reste à poursuivre l'évaluation de l'efficacité du programme de lutte contre le risque infectieux. Les acteurs de l'établissement, déjà très impliqués dans la politique de prévention du risque infectieux, souhaitent continuer à développer des actions d'amélioration dans ce domaine.



II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

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

- Veiller au respect de la confidentialité.
- Assurer la traçabilité de la réflexion bénéfiques risques.
- Assurer l'accessibilité permanente aux dossiers médicaux.
- Poursuivre et évaluer la mise en place des règles de bonnes pratiques concernant la restauration, le traitement du linge, le nettoyage des locaux et l'élimination des déchets.

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.