



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DE  
CENTRE DE RÉÉDUCATION  
ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE  
DE HAUTE-PROVENCE  
L'EAU-VIVE**

**Le Village  
04250 TURRIERS**

**Juin 2005**

## SOMMAIRE

---

<b>COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION » .....</b>	<b>p.3</b>
<b>PARTIE 1</b>	
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ .....</b>	<b>p.8</b>
<b>PARTIE 2</b>	
<b>DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION .....</b>	<b>p.9</b>
<b>PARTIE 3</b>	
<b>CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL .....</b>	<b>p.10</b>
<b>II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé .....</b>	<b>p.13</b>
<b>II.2 Modalités de suivi .....</b>	<b>p.13</b>

---

## 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](http://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**

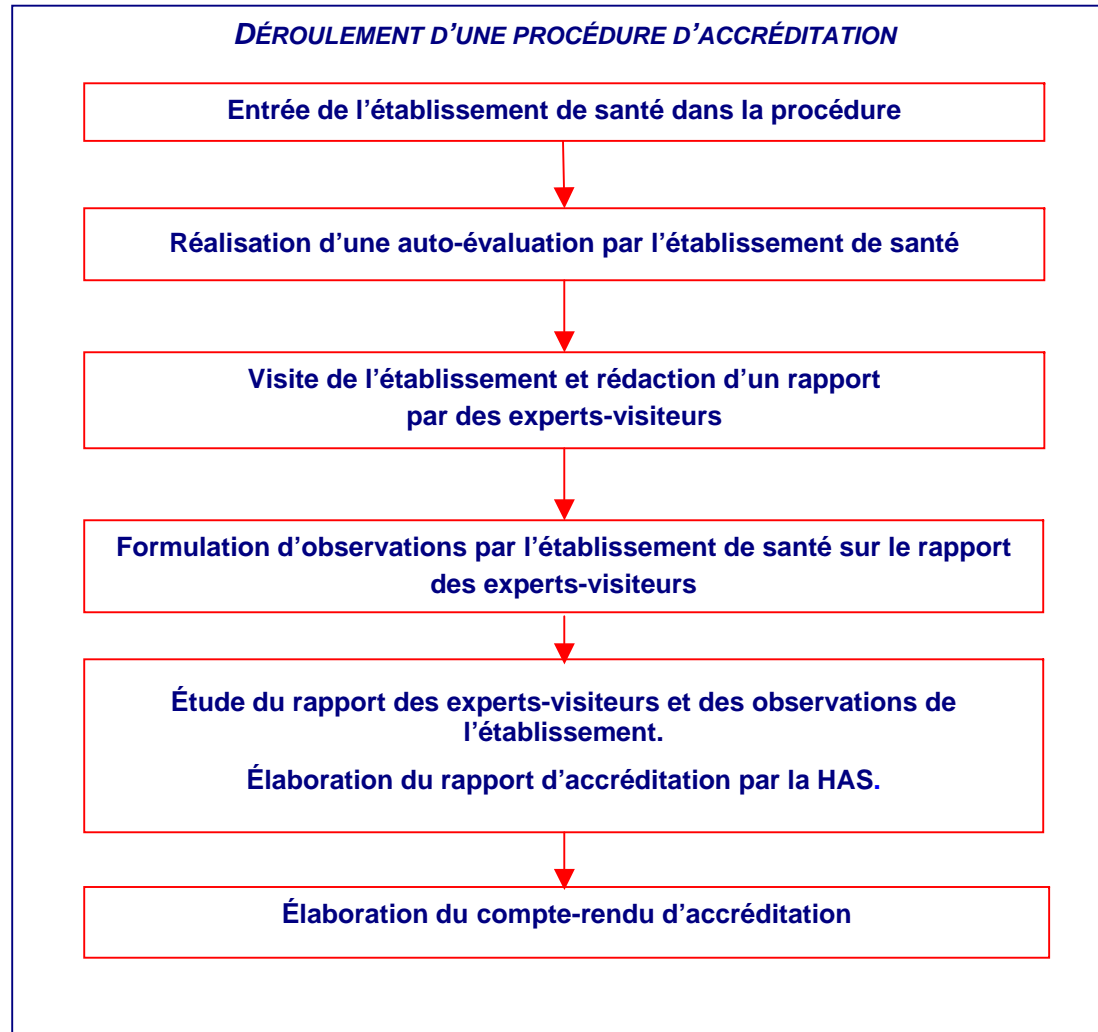
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés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

**PARTIE 1**

**PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

<b>Nom de l'établissement</b>	Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Haute-Provence L'Eau-Vive	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville :</b> Turriers <b>Département :</b> Alpes-de-Haute-Provence	<b>Région :</b> PACA
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Établissement privé de santé	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	Établissement privé à but commercial	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	80 lits d'hospitalisation complète	
<b>Nombre de sites</b> <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	Un	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	Rééducation et réadaptation fonctionnelle polyvalente	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )		
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> ( <i>GCS, SIH, conventions...</i> )	Convention de coopération avec la clinique médicochirurgicale des Hautes-Alpes du 11 mai 1998 Convention avec les centres hospitaliers de Gap et de Sisteron du 19 janvier 1998	
<b>Origine géographique des patients</b> ( <i>attractivité</i> )	80 % des patients proviennent de la région PACA et 20 % des départements limitrophes	
<b>Transformations récentes</b> <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>		

## PARTIE 2

---

### DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

---

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle de Haute Provence L'Eau Vive** sis Le Village, 04250 TURRIERS.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 13 Mai 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 25 au 28 Janvier 2005 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 juin 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 APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

##### **Synthèse par référentiel**

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

La politique de l'établissement en matière de droits et information du patient n'est pas formalisée dans un projet de l'établissement. L'ensemble des professionnels est cependant très engagé dans ce domaine. Un groupe de travail a été mis en place en 2000 dans le cadre de la démarche qualité. Des actions ont été menées notamment au niveau du livret d'accueil et du questionnaire de sortie. Le patient reçoit une information claire sur les conditions de son séjour, sur les soins qui lui sont dispensés et sur son état de santé. Les évaluations des droits et information du patient doivent être poursuivies.

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

La politique du dossier du patient est portée par les professionnels, leur implication a abouti à la mise au point d'une organisation permettant le partage par les différents intervenants des informations nécessaires à une prise en charge efficace du patient. L'ensemble des éléments est regroupé pour constituer un dossier unique lors de l'archivage. Outre les données administratives, seules la prescription et les données PMSI sont informatisées. Les médecins et l'équipe paramédicale sont conscients que le maintien de la dynamique qualité existante nécessitera une informatisation progressive de l'ensemble des données. Les actions d'évaluation sont à poursuivre.

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

L'organisation de la prise en charge du patient est bien structurée, dès sa demande d'admission et permet une très bonne adéquation au système de soins prévu.

La prise en charge multidisciplinaire est coordonnée et bien répartie entre les différents acteurs de santé, mais ne fait pas l'objet de procédure formalisée généralisée.

La politique de lutte contre le tabagisme n'est pas définie. L'établissement doit veiller au respect des bonnes pratiques dans le domaine des prescriptions, notamment en supprimant la transcription des prescriptions des médicaments injectables ; il doit également assurer la traçabilité de la dispensation des médicaments.

Les évaluations des protocoles sont à étendre à l'ensemble des secteurs et celles des pratiques professionnelles à mettre en place.

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

Les objectifs définis dans la note d'orientation et qui ont servi à mettre en place la démarche d'amélioration de la qualité correspondent à des axes d'amélioration définis en liaison avec l'ARH.

Le management de l'établissement est à renforcer en impliquant les responsables des secteurs d'activité.

Le projet de l'établissement (ou les orientations stratégiques) doit définir la stratégie générale de l'établissement et comporter des objectifs hiérarchisés et réalisables pour servir de base à la planification des actions, à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

Il doit associer les professionnels et les instances concernées.

#### I.5 Gestion des ressources humaines

Des actions d'amélioration de la qualité de la gestion des ressources humaines ont été réalisées, elles doivent être intégrées au projet social qui est à élaborer. L'établissement a prévu de mettre en place les fiches de poste et les procédures d'entretiens périodiques et d'évaluation du personnel.

Une organisation est en place pour assurer de manière efficace la qualité de la gestion des ressources humaines, mais elle doit cependant être évaluée.

#### I.6 Gestion des fonctions logistiques

Une dynamique qualité est en place au niveau de la gestion des fonctions logistiques, comme le prouvent les actions menées dans le domaine des transports, de la restauration, de l'hygiène et de la maintenance.

Les protocoles d'approvisionnement doivent être établis, validés et approuvés.

L'organisation de l'ensemble de la fonction transport doit être formalisée.

Les actions d'évaluation des prestations logistiques seront à étendre à l'ensemble des secteurs.

#### I.7 Gestion du système d'information

Des actions ont été entreprises pour diffuser l'information et le développement des systèmes d'information.

Cette dynamique doit se poursuivre par l'établissement d'un schéma directeur en cohérence avec le projet de l'établissement.

La confidentialité et la sécurité des données concernant les patients sont assurées.

Les missions du DIM ne sont pas formalisées et il n'existe pas de règlement intérieur.

La politique d'amélioration continue de la qualité répondant aux besoins des professionnels est à formaliser.

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

La démarche d'amélioration continue de la qualité a été structurée en 2000.

À la suite d'un audit un plan d'actions a été élaboré et décliné en actions prioritaires, mais les modalités de suivi ne sont pas définies.

Les responsabilités des membres du comité de pilotage et du responsable qualité ont été précisées.

La gestion documentaire est bien organisée, structurée et disponible sur l'ensemble des secteurs d'activité concernés.

Les conditions de mise à jour et de suivi sont à définir et à formaliser.

Il n'existe pas de programme structuré de prévention et de gestion des risques ni d'évaluation

## I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sont en cours de structuration. Les correspondants locaux en matériovigilance et pharmacovigilance sont nommés, ils sont formés à leur obligation de signalement. L'établissement est très peu concerné par l'hémovigilance et ce uniquement dans le cadre du suivi posttransfusionnel. L'information des structures régionales et nationales est relayée jusqu'aux correspondants. La procédure d'alerte est écrite. Le recueil d'événements indésirables, bien que récent est opérationnel, l'exploitation de ces données sera à intégrer au programme de gestion des risques. Une information et une sensibilisation du personnel aux vigilances sanitaires sont en cours. Il reste à poursuivre la structuration des vigilances et à définir les actions d'évaluation.

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

Il existe une politique de prévention du risque infectieux partagée par les professionnels et les instances depuis la création du CLIN en 1997. L'établissement a le souci de s'adjoindre des compétences extérieures par sa participation à des réseaux d'hygiène. Des actions de prévention, de surveillance et de formation sont programmées.

Le risque d'infection croisée est pris en compte. L'équipe opérationnelle d'hygiène est constituée. Les actions d'évaluation sont à mettre en œuvre.

## **II DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

### **II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé**

- Renforcer la sécurité du circuit du médicament en supprimant la transcription des prescriptions et en assurant la traçabilité de l'administration de tous les médicaments,
- Généraliser les fiches de poste et mettre en place les procédures périodiques d'évaluation du personnel,
- Mettre en place et évaluer un programme de prévention et de gestion des risques,
- Définir une politique de lutte contre le tabagisme.

### **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.