



# **COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURGANEUF**

Place Tournois  
**23400 BOURGANEUF**

**Août 2004**



---

## SOMMAIRE

---

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION » .....	p.3
<b>PARTIE 1</b>	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	p.8
<b>PARTIE 2</b>	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION .....	p.9
<b>PARTIE 3</b>	
<b>CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION</b>	
<b>I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION</b>	
SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL .....	p.10
<b>II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION</b>	
<b>II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....</b>	<b>p.14</b>
<b>II.2 Modalités de suivi.....</b>	<b>p.14</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 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.

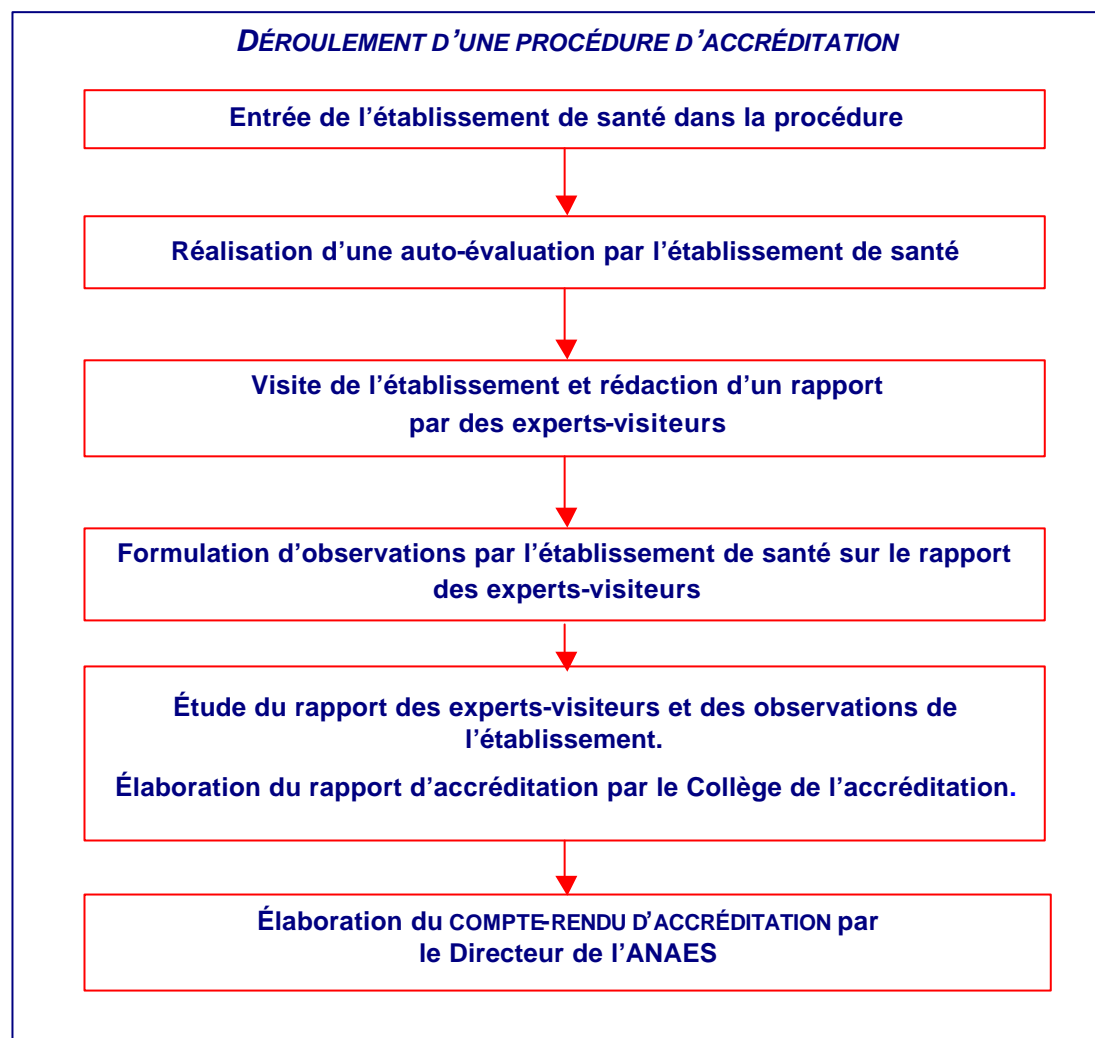
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

#### ***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 :

- **Le Centre Hospitalier de Bourgneuf**, sis Place Tournois 23400 Bourgneuf

**Région** : Limousin

**Département** : Creuse

**Statut** : public

**Type d'établissement** : centre hospitalier

### **Nombre de lits et places :**

26 lits de médecine, 20 lits de soins de suite plus 20 lits de soins de suite transférés à titre provisoire du centre hospitalier de Guéret, 70 lits de soins de longue durée, et 20 places de soins à domicile.

**Nombre de sites** : un seul site.

### **Activités principales :**

Médecine polyvalente, soins de suite polyvalents, et soins de longue durée organisés en fonction de trois niveaux de dépendance.

### **Activités spécifiques :**

Pôle gériatrique composé d'une coordination gériatrique et d'un CLIC de niveau 3.

### **Coopération avec d'autres établissements :**

conventions avec le centre hospitalier de Guéret pour la chirurgie, l'anesthésie, la gynécologie, l'ophtalmologie, la naissance, les urgences ; Conventions avec le centre médical de Sainte-Feyre pour la cardiologie, la pneumologie, et la tabacologie ; membre du syndicat interhospitalier de la Creuse pour l'hygiène hospitalière, la médecine du travail et la sécurité incendie, et convention avec le centre hospitalier spécialisé de Saint-Vaury pour l'équipe psychiatrique de liaison.

### **Origine géographique des patients :**

les patients accueillis sont majoritairement d'origine rurale et proviennent des cantons du département et de deux cantons de Haute-Vienne.

### **Transformations récentes :**

le centre hospitalier de Bourgneuf a connu une restructuration importante ces 20 dernières années avec la fermeture des services de maternité, de réanimation, de chirurgie et du bloc opératoire. Il se recentre dans un rôle d'établissement de proximité en intégrant les réseaux et en développant des consultations externes avec le pôle de secteur.



## 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 30 avril 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 9 au 12 mars 2004 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 août 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 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 sont une préoccupation pour l'établissement. Les objectifs et orientations des principes de la charte du patient hospitalisé sont inscrits dans divers documents et font l'objet d'information auprès du personnel au travers de moyens institutionnels élaborés par l'établissement.

Les constats montrent que les professionnels assurent l'accueil, sans discrimination et dans le respect des règles de confidentialité. Cependant une attention doit être portée sur les conditions d'accueil des personnes handicapées en termes d'équipement, et sur le recueil du consentement mineur et de l'incapable majeur.

L'établissement n'a pas mis en place de modalités d'évaluation.

#### I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient n'est pas formalisée. Cependant, une harmonisation des supports a été amorcée en 2002, tant par les praticiens que par les infirmiers, et un guide d'utilisation a été élaboré. L'établissement a mis en œuvre des mesures pour respecter la confidentialité des informations contenues dans le dossier du patient : chariots ou locaux fermant à clé, protection des résultats d'exams, broyeurs... La tenue du dossier permet une gestion fiable des informations, et est en fait un des éléments clés de la coordination gériatrique du secteur. L'information du patient concernant son droit d'accès direct à son dossier n'est pas encore diffusée. Les conditions d'archivage ne sont pas sécuritaires. L'évaluation du dossier du patient n'est pas encore mise en place de façon institutionnelle.



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

La politique de l'établissement concernant l'organisation de la prise en charge des patients est définie par le projet d'établissement, notamment dans le projet médical et dans le projet de soins infirmiers. En revanche ce projet d'établissement ne comporte pas de volet qualité.

L'engagement des professionnels dans la démarche qualité est nettement affirmé, mais sa mise en œuvre est à un stade d'avancement différent selon les personnes ou les fonctions. L'auto-évaluation a été un moment motivant dans la démarche qualité, mais cet élan s'est traduit surtout par une production importante de documents et d'outils sans que la sensibilisation et la formation des personnels concernés à une vision globale et stratégique de la démarche qualité soit finalisée. Par ailleurs, toujours dans une vision stratégique de la politique qualité, prévoir l'utilisation des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.

L'existence et le fonctionnement de la coordination gérontologique témoignent que la qualité de la prise en charge des personnes âgées est une préoccupation déjà bien implantée de façon pérenne. Cette structure de prise en charge présente les caractères d'originalité, d'exemplarité de transversalité et de pérennité pouvant constituer un point fort dans l'organisation de la prise en charge des patients.

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

L'établissement vient d'élaborer de manière concertée le nouveau projet d'établissement, mais la politique de communication n'est pas encore structurée. Chaque secteur d'activité dispose d'un projet de service, mais les différents acteurs ne sont pas directement concernés par les outils de pilotage. L'établissement a le projet de mettre en place les budgets de services. L'implication des acteurs est diversement réalisée : le groupe de travail qui va être mis en place va leur permettre de s'engager de façon pérenne.

### I.5 Gestion des ressources humaines

La politique de l'établissement en matière de gestion des ressources humaines est définie dans le volet « projet social » du projet d'établissement.

La phase d'auto-évaluation a été l'opportunité de pointer des dysfonctionnements qui ont fait l'objet de mesures correctives témoignant à la fois de la volonté d'amélioration continue et de la réactivité de l'établissement.

L'engagement des professionnels dans la démarche qualité est réel comme en témoigne leur participation à l'élaboration des fiches de poste par exemple. Cet engagement est un élément moteur pour la mise en place d'une politique globale d'amélioration continue de la qualité. L'établissement a commencé à s'engager dans cette voie en utilisant des indicateurs et mettant en place des plans d'actions, mais ces actions ne sont relayées et soutenues par une politique de communication répondant aux objectifs posés.



## I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les professionnels participent au dispositif d'approvisionnement et d'équipement. Un comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) est en place depuis 2003. Il en découle des actions concrètes portant notamment sur l'amélioration de la satisfaction du patient.

L'établissement dispose d'un service technique structuré, des protocoles d'alerte ont été élaborés.

La gestion du linge est formalisée à l'appui de protocoles et des fiches de traçabilité sont mises en place.

L'hygiène des locaux travaille en étroite collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.

La fonction transport ne porte que sur les produits sanguins, elle est assise sur un protocole connu de tous les agents concernés.

La sécurité des biens et des personnes est assurée, mais pas encore formalisée.

Les fonctions logistiques ne sont pas évaluées.

## I.7 Gestion du système d'information

Le centre hospitalier a élaboré une politique informatique, mais pas une politique d'information dans sa globalité. Cependant des supports d'information sont identifiés.

L'implication de la direction se traduit par l'engagement des moyens nécessaires à l'équipement de l'établissement.

L'établissement n'a pas formalisé sa politique de confidentialité du système d'information.

Le DIM est créé depuis 1994 et son président est identifié et ses fonctions clairement définies.

Une enquête de satisfaction a été effectuée en 2003 auprès des utilisateurs, les résultats ne sont pas encore connus.

L'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation de la qualité des données du programme de médicalisation du système d'information.

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

Bien que la politique qualité et risque de l'établissement ne soit pas clairement définie, la totalité des acteurs sont impliqués dans la mise en place de la démarche qualité de l'établissement : la direction en créant un poste de RAQ et en structurant l'équipe, le personnel en s'investissant dans l'étape de formalisation des documents. Des programmes d'amélioration de la qualité sont en place en matière de transfusion sanguine, à la pharmacie, au laboratoire, en cuisine, en blanchisserie, en hygiène des locaux. Un travail de structuration portant à la fois sur la politique qualité et la gestion de risques, devra être engagé. L'étape d'évaluation a été amorcée par l'équipe d'hygiène en 1995. Les personnels sont conscients de devoir généraliser à l'ensemble de l'établissement cette démarche d'évaluation. Les indicateurs qualité seront à définir.



### I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

En matière de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle l'établissement s'est d'abord attaché au respect des dispositions réglementaires. Les modifications de fonctionnement consécutives à la fermeture des urgences et la phase d'auto-évaluation ont été des opportunités de mettre en évidence les évolutions nécessaires du dispositif en place (déplacement des outils informatiques de surveillance transfusionnelle vers le service de médecine, déplacement de la réception des alertes de pharmacovigilance de la pharmacie vers la médecine). L'engagement des professionnels concernés est réel, mais l'information de tous les personnels concernant les vigilances, tel que par exemple le rappel de l'obligation de signalement, est apparu comme une action à mettre en œuvre de façon périodique. Le volet « évaluation » de la dynamique qualité des vigilances sanitaires est à élaborer. Les personnels concernés, notamment les responsables des vigilances, en ont conscience et ont commencé à se préoccuper de cet aspect de dynamique qualité et politique de prévention des risques dans l'établissement.

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

La politique de maîtrise du risque infectieux est prise en compte par l'établissement par l'intermédiaire du comité de lutte contre les infections nosocomiales de l'équipe opérationnelle en hygiène et le correspondant en hygiène qui sont fortement engagés. De nombreuses actions sont entreprises dont les formations à destination des personnels.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est largement consulté par la direction sur les choix de produits et matériels.

Un programme de prévention et de prise en charge du risque infectieux touchant le personnel a été élaboré et protocolisé. Il fait apparaître une forte dynamique de la part du comité de lutte contre les infections nosocomiales et du médecin du travail.

L'établissement évalue la réalisation du programme de prévention avec des indicateurs de conformité. Les indicateurs de qualité sont à définir.



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

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

- Elaborer et mettre en place les procédures de consentement du patient mineur et de l'incapable majeur,
- sécuriser les conditions d'archivage des dossiers patients,
- structurer et mettre en œuvre la politique qualité et de 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.