



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DU  
CENTRE DE RÉÉDUCATION ET  
DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE  
DE BAGNOLES-DE-L'ORNE**

**17, avenue du Docteur-Jacques-Aimez**

**61140 BAGNOLES-DE-L'ORNE**

**Avril 2004**



---

## SOMMAIRE

---

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION » .....	P.3
<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'ACCRÉDITATION .....</b>	<b>P.9</b>
<b>PARTIE 3</b>	
<b>CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION</b>	
<b>I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION</b>	
<b>    SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL .....</b>	<b>P.10</b>
<b>II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION</b>	
<b>II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....</b>	<b>p.16</b>
<b>II.2 Modalités de suivi.....</b>	<b>p.16</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.

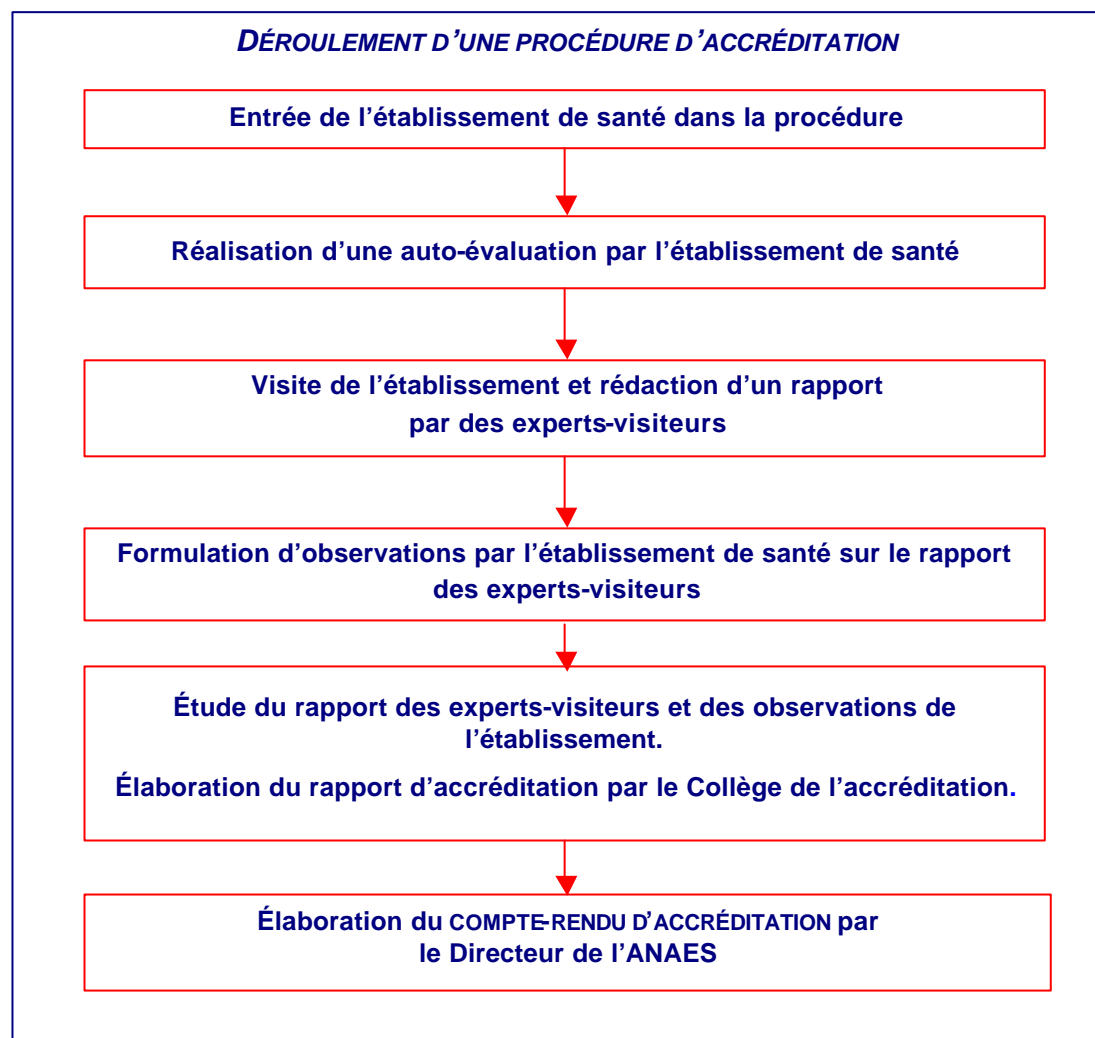
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

#### ***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 :

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



## PARTIE 1

---

### PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

---

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (CRRF) de Bagnoles-de-l'Orne**, sis 17, avenue du Docteur Jacques-Aimez - 61140 BAGNOLES-DE-L'ORNE.

Le CRRF de Bagnoles-de-l'Orne a été construit et créé en 1978. Il est géré par une association de type 1901 (association Pierre-Noal du nom de son médecin fondateur, maire et député). L'association gère un autre CRRF et, depuis le mois de septembre 2003, un institut de formation en massokinésithérapie. L'établissement est monodisciplinaire. Toutes les places sont dévolues à la rééducation fonctionnelle.

À ses débuts, l'établissement ne fonctionnait qu'en hospitalisation complète et recevait des patients de la région, mais également de nombreux patients originaires de l'Île-de-France. Actuellement, l'établissement, qui souhaite conserver sa polyvalence, a recentré son recrutement sur la région pour répondre aux besoins de la population du bocage ornaïs. Le département de l'Orne compte 280 000 habitants. Il accueille des patients provenant de services de chirurgie orthopédique, de neurologie, de rhumatologie, et de cardiologie.

En 1999, l'établissement obtient une autorisation d'ouverture de deux places d'hospitalisation de jour en cardiologie et en 2000 de huit places d'hôpital de jour de rééducation polyvalente. Il compte par ailleurs quatre-vingts places d'hospitalisation complète.

Il a développé des conventions avec les hôpitaux voisins de Flers, d'Alençon, de Mortagne, et d'Argentan. Les praticiens du CRRF consultent des patients dans ces hôpitaux à raison de deux fois par semaine chacun, à la demande de leurs confrères hospitaliers. Le CRRF souhaite faire reconnaître sa compétence dans le cadre de la cellule Évaluation, conseil, orientations. Il travaille également en réseau avec les cliniques de Flers, d'Alençon et d'Argentan, mais sans avoir signé avec elles de convention de fonctionnement.

Une communauté d'établissements sur le bocage ornaïs (100 000 habitants) est à l'étude avec pour objectif une optimisation du dialogue interétablissements et une éventuelle mutualisation de moyens. L'établissement est également impliqué dans des réseaux transversaux spécialisés : réseau régional SEP, réseau douleur, centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales Ouest.

L'établissement soutient et suit des projets comme la création d'un site à la vie autonome de l'Orne. Il envisage de s'impliquer dans les réseaux locaux de prise en charge des personnes âgées (CLIC).

L'établissement va se doter d'une troisième aile visant à l'amélioration de la prise en charge des patients grâce notamment à la construction de trente-quatre chambres individuelles, mais aussi l'extension des plateaux techniques et l'agrandissement de la pharmacie. Les travaux seront achevés le 1<sup>er</sup> janvier 2004.



## 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 15 avril 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation 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'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

Le projet d'établissement, en cours de réalisation, intégrera les principes énoncés dans la charte du patient hospitalisé. Celle-ci est largement diffusée auprès des patients et du personnel.

L'établissement a été conçu dans un souci d'accessibilité interne et externe pour les patients qu'il reçoit. Bien qu'il ne soit pas reconnu comme service d'urgence, il assure une assistance de qualité en cas de besoin. Les patients de nationalité étrangère peuvent communiquer grâce à des personnels bi- ou trilingues. Toutes les informations sur le déroulement du séjour, le programme des soins sont données dès l'admission et précisées dans le livret d'accueil. Les tenues des agents comportent un badge d'identification, et le personnel se présente lors d'une première rencontre. L'ensemble des personnels s'attache à donner au patient des informations claires et adaptées sur l'évolution de son état de santé. Le consentement du patient est requis lors des traitements particuliers. La trace de la réflexion bénéfices-risques n'est pas retrouvée systématiquement dans les dossiers, pour les cas qui le requièrent. Dans les chambres à deux lits, le personnel prend les dispositions nécessaires pour optimiser la confidentialité et l'intimité. La circulation du patient est libre. Le personnel est attentif au respect de la confidentialité. Des enquêtes de satisfaction sont menées au travers des questionnaires de sortie. Quelques actions correctives ponctuelles sont entreprises. Cependant, l'établissement doit mettre en place l'évaluation du respect des droits et informations du patient.



## I.2 Dossier du patient

Le dossier du patient unique est en cours de mise en œuvre dans l'ensemble de l'établissement. Une procédure de gestion du dossier du patient vient d'être rédigée par le président de la conférence médicale d'établissement. Le dossier patient d'établissement vers lequel s'oriente l'établissement sera prochainement informatisé et regroupera l'ensemble des informations recueillies pendant le séjour du patient.

La direction et les différents professionnels sont aujourd'hui largement impliqués dans la démarche d'amélioration de la qualité du dossier patient. Les dossiers sont organisés et classés. Les différents éléments qui les composent sont rassemblés au moment de l'archivage depuis très peu de temps. Toutefois, le dossier, dans sa conception actuelle, ne permet pas de connaître à tout moment les moyens et les techniques mis en œuvre en rééducation. Une amélioration notable de la traçabilité des informations devant figurer dans le dossier doit être mise en œuvre. Certains éléments du dossier restent dispersés pendant le séjour et de ce fait le dossier ne permet pas de visualiser la coordination de la prise en charge. La gestion du dossier du patient ainsi que son archivage devront être améliorés. Quelques évaluations sur certains éléments du dossier ont été réalisées.

Une évaluation globale de la qualité du dossier du patient doit être mise en œuvre à périodicité définie.

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

Le projet d'établissement est en cours de finalisation. Le projet médical est décliné dans ses grandes lignes. La qualité de la prise en charge du patient est de culture ancienne dans l'établissement et est au centre des préoccupations des professionnels.

L'établissement conduit une démarche d'amélioration importante en matière d'hébergement et d'extension des plateaux techniques.

Il a cherché à optimiser l'accueil du patient par la mise en œuvre de plusieurs mesures structurelles et organisationnelles. Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge.

La sortie du patient fait l'objet d'une attention particulière. Le service social y joue une part active importante en collaboration éventuelle avec le service d'ergothérapie. Seul le secteur infirmier a organisé des temps d'échange quotidiens centrés sur le patient. Des modes de concertation et de communication entre les différentes catégories de personnels soignants sont à développer, ainsi que la traçabilité des temps d'échange entre professionnels, lorsqu'ils existent, dans le dossier du patient. L'utilisation des protocoles diagnostiques et thérapeutiques doit être développée.

En règle générale, les pratiques professionnelles ne sont pas évaluées dans l'établissement. Celui-ci doit développer une politique en ce sens.



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

Le projet d'établissement a été élaboré en association avec les instances et les professionnels des secteurs d'activité. Il prendra en compte des objectifs hiérarchisés en cohérence avec le projet médical.

Le rôle et la place de la direction, du conseil d'administration, sont bien définis. Les instances exercent pleinement leurs attributions et sont régulièrement consultées. L'organigramme hiérarchique et fonctionnel a été élaboré et diffusé.

L'établissement a développé une politique de communication externe et interne. L'établissement a mis en place une politique budgétaire et financière pluriannuelle pour ses investissements. Les professionnels sont associés aux modifications architecturales et fonctionnelles les concernant.

Les responsables de différents secteurs d'activité sont destinataires de tableaux de bord mensuels. Les compétences et les domaines de responsabilité des responsables et de l'encadrement sont clairement définis dans des fiches de poste et de fonction. Les fiches de fonction et de poste devront être étendues à l'ensemble du personnel.

La politique financière et budgétaire mise en place permet à l'établissement d'atteindre ses objectifs qui sont définis et suivis annuellement, mais il lui reste à définir une procédure d'évaluation au regard de ses orientations stratégiques.

#### I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social vient d'être finalisé et sera présenté aux instances fin 2003. Les instances représentatives du personnel sont réunies régulièrement et fonctionnent selon un règlement intérieur. La conférence médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences, un plan de formation médicale continue devra être planifié et organisé. L'établissement a mis en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines. Le secteur infirmier projette d'utiliser les soins infirmiers individualisés à la personne soignée comme indicateur de la charge de travail. L'établissement devra finaliser l'ensemble des fiches de poste et de fonction à tout le personnel. Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires devront être mises en place. Il n'y a pas d'évaluation systématique annuelle du personnel. Une formation à l'entretien annuel d'évaluation est prévue pour l'ensemble des cadres en 2004.

Le plan de formation est élaboré en cohérence avec la politique de l'établissement, un programme de maintien et d'amélioration des compétences est mis en place, en fonction des besoins des personnels.

La confidentialité de la gestion administrative des dossiers du personnel n'est pas garantie actuellement pour des raisons structurelles, une prochaine tranche de travaux à l'étage administratif doit y remédier.

Un projet d'identification des risques professionnels a été initié et doit être finalisé. Le plan d'amélioration des conditions de travail n'est pas formalisé, toutefois, des actions d'amélioration ont été réalisées et les conditions de travail sont évoquées dans le cadre du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Il n'y a pas d'enquête de satisfaction du personnel. L'établissement n'a pas mis en place d'évaluation, ni d'amélioration de la qualité de la gestion des ressources humaines.



## I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins de son activité. Les besoins en approvisionnements sont évalués sur le plan quantitatif et qualitatif. Il n'a pas été mis en place de procédure d'approvisionnement en urgence. Les professionnels sont associés aux procédures d'achats.

L'établissement a défini et met en oeuvre une politique de maintenance préventive et curative interne et externe. Des systèmes d'alerte sont en place pour la balnéothérapie, les fluides médicaux et la sécurité incendie.

La prestation de restauration est effectuée en interne conformément à l'analyse des risques et à la maîtrise des points critiques et répond aux besoins et aux attentes des patients.

La fonction linge est confiée à un prestataire extérieur ; les circuits propre/sale sont respectés.

Le nettoyage des locaux est confié pour les parties communes à un prestataire extérieur. Celui des services de soins est sous la responsabilité des salariés de l'établissement et répond à des protocoles. La fonction transport est déclinée en interne et en externe, mais ne fait pas l'objet d'un suivi en matière de qualité et de sécurité.

L'établissement a mis en place un circuit d'élimination des déchets prenant en compte le tri sélectif à la source et le respect des règles d'hygiène. La nouvelle aile ne permettra pas d'optimiser la circulation des containers.

L'organisation et le personnel assurent la sécurité des biens et des personnes contre l'incendie. L'établissement devra mettre en oeuvre une évaluation formalisée des prestations logistiques auprès des secteurs utilisateurs, à périodicité définie.

## I.7 Gestion du système d'information

La politique des systèmes d'information s'est réduite à un programme basé sur l'informatique et à la diffusion de l'information par ce support. Toutefois des moyens sont développés, de manière classique pour que le personnel bénéficie de l'information nécessaire.

La confidentialité des informations circulant sur le réseau est assurée par verrouillage et codes d'accès. Une charte informatique a été distribuée à tous les salariés.

Le département d'information médicale est opérationnel depuis 1998. Il est géré par un médecin et une secrétaire à temps partiel. L'ensemble des personnels concernés transmet les données nécessaires sous forme de document papier. Une saisie sur logiciel adapté est faite et adressée aux organismes de tutelle de façon semestrielle. Des évaluations de cohérences régulières sont réalisées, transmises à la conférence médicale d'établissement et à la direction.

En l'absence d'enquête globale de satisfaction sur l'information menée auprès du personnel, seuls les constats faits dans le domaine informatique ont conduit à des actions d'amélioration.



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

La qualité est une préoccupation de l'établissement depuis sa création. La politique qualité a été définie en 2000, puis confortée en 2002. La direction et l'ensemble des professionnels se sont largement investis dans la conduite d'actions d'amélioration en vue de l'accréditation. Des dispositions sont prises pour connaître la satisfaction des patients et de leur entourage. Des démarches qualité sont en cours dans de nombreux domaines.

Le recensement des dysfonctionnements et des événements indésirables aidera à la maîtrise des risques propres à l'établissement. La formation des personnels au signalement des événements indésirables n'a pas été réalisée. Il n'existe pas encore de consensus sur la forme du document de recueil de ses événements. Il reste à l'établissement à mettre en place une évaluation de l'efficacité du programme de gestion de la qualité et à définir un programme de prévention des risques.

#### I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les différentes vigilances sont en place depuis quelques mois et sont pilotées par des référents. Un ensemble d'alertes et de retrait de produits est opérationnel. Les actions seront coordonnées sous peu par un comité des vigilances qui uniformisera les procédures et les documents. Les personnels référents ont bénéficié d'une formation et ont sensibilisé les agents à l'obligation de déclaration d'événements indésirables. Le suivi post-transfusionnel des patients est assuré. L'établissement devra mettre en œuvre l'évaluation des vigilances sanitaires.



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

La politique de l'établissement en matière de maîtrise du risque infectieux sera définie dans le projet d'établissement. Un comité de lutte contre les infections nosocomiales de composition pluridisciplinaire remplit sa mission depuis 2002 avec la collaboration et l'accord des différentes instances. Un projet de cellule d'hygiène interhospitalière est en cours. Des correspondants en hygiène sont nommés dans chaque secteur d'activité, ils ont été formés.

La stratégie de surveillance et de dépistage est réalisée en interne après identification de secteurs géographiques qualifiés à risque. Le laboratoire envoie une alerte en cas de dépistage des bactéries multi-résistantes, le comité de lutte contre les infections nosocomiales effectue un relevé systématique des bactéries multi-résistantes par l'intermédiaire de la « cellule veille ». Il n'existe pas de programme du bon usage des antibiotiques et la confrontation entre la consommation des antibiotiques et l'évolution de la résistance bactérienne n'est pas encore réalisée. Le risque lié à l'environnement est maîtrisé.

Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont en cours de rédaction (entretien et nettoyage des matériels, des locaux à usage commun...), d'autres sont terminés (risques liés à l'environnement, gestion des accidents d'exposition au sang, protocoles *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques)...).

L'évaluation du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux a porté sur quelques procédures finalisées.

Une politique d'évaluation plus complète reste à définir et à mettre en œuvre.



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

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

- Renforcer la mise en œuvre de la politique du dossier du patient visant à favoriser le regroupement des informations, son exhaustivité, son accessibilité permanente pendant le séjour, la qualité des informations, la coordination des intervenants et son évaluation régulière.
- Généraliser l'élaboration des fiches de poste et de fonction et mettre en œuvre l'évaluation des personnels.
- Définir, mettre en œuvre un programme de prévention et de gestion des risques et l'évaluer.

### **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.