

**COMPTE RENDU D'ACCREDITATION**  
**Novembre 2000**

comportant le  
**SUIVI DES DECISIONS**  
**DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION**  
**Octobre 2002**

**DE LA FONDATION DU BON SAUVEUR**  
**D'ALBI**

**1 rue Lavazière – BP 94**  
**81003 ALBI Cedex**

---

## SOMMAIRE

---

<b>COMMENT LIRE LE « COMPTE RENDU D'ACCREDITATION »</b>	<b>P. 3</b>
<b>Partie 1</b>	
<b>PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE</b>	<b>P. 6</b>
<b>Partie 2</b>	
<b>DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION</b>	<b>P. 7</b>
<b>Partie 3</b>	
<b>LES CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION</b>	<b>P. 8</b>
<b>I APPRECIATIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION</b>	<b>P. 8</b>
<b>I.1 Synthèse par référentiel</b>	<b>p. 8</b>
<b>I.2 Synthèse selon les trois orientations stratégiques</b>	<b>p. 12</b>
<b>II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION</b>	<b>P. 13</b>
<b>II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation</b>	<b>p. 13</b>
<b>II.2 Échéance de la prochaine procédure et modalités de suivi</b>	<b>p. 13</b>
<b>Partie 4</b>	
<b>SUIVI DES DECISIONS DU COLLEGE D'ACCREDITATION</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.

### 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 tous les 5 ans, sauf lorsque des situations obligent qu'elle soit renouvelée plus tôt.

### 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...).

#### **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.*

#### **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.*

#### **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](http://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 11 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 d'une part une synthèse selon les 10 référentiels, d'autre part une synthèse selon trois orientations stratégiques définies par le Collège de l'accréditation : **la satisfaction des besoins du patient, la maîtrise des situations à risque et la dynamique de gestion de la qualité.**

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 recommandations	Le Collège de l'accréditation encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée. La prochaine procédure d'accréditation est fixée à une échéance de 5 ans.
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 dont l'échéance est fixée à 5 ans.
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.

\* \*

\*

*Lescomptes rendus d'accréditationdes 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

---

### PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

---

**La Fondation du Bon Sauveur d'Albi**, sise 1 rue Lavazière – BP 94 – 81003 ALBI Cedex

Situé dans la région Midi Pyrénées, le centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet et le centre de Réadaptation des Laryngectomisés font partie de la Fondation Saint Sauveur d'Albi, qui est un établissement privé à but non lucratif, participant au service public hospitalier.

Le centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet compte en 1999, 614 lits et places se répartissant comme suit :

- 240 lits et 97 places dans trois secteurs psychiatriques,
- 2 lits en hospitalisation mère-enfant,
- 15 lits et 10 places en clinique d'alcoologie,
- 3 lits en laboratoire du sommeil,
- 15 places en hôpital de jour Bellevue,
- 60 lits et 15 places en psychogériatrie,
- 10 lits en unité pour jeunes autistes adultes déficitaires,
- 10 lits et 64 places en secteur infanto-juvénile,
- 3 lits en service accueil d'urgence spécialisé,
- 15 lits en placement familial thérapeutique.

Le Centre de Réadaptation des Laryngectomisés compte, en 1999, 10 lits.

En 1998, le nombre de journées s'est élevé, en hospitalisation de plus de vingt quatre heures à plus de 106 000, en hospitalisation à temps partiel à près 36 000, le nombre d'actes dans les secteurs s'est élevé à plus de 139 000.

L'activité de psychiatrie s'effectue autour des spécialités suivantes :

- psychiatrie classique, urgences spécialisées, alcoologie, autisme, psycho-gériatrie, secteur infanto-juvénile, placement familial thérapeutique.

L'attractivité principale de l'établissement est départementale. En 1998, plus de 80 % des patients étaient issus du département du Tarn.

L'institution a été créée en 1832 par une congrégation religieuse essentiellement pour les soins aux malades mentaux, la rééducation de jeunes déficients auditifs, et l'hébergement des personnes âgées.

## 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 1<sup>er</sup> juillet 1999.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 20 au 24 mars 2000 par une équipe multiprofessionnelle de 4 experts-visiteurs mandatée par l'ANAES.

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 au rapport des experts ont été communiqués pour délibération au Collège de l'accréditation en novembre 2000.

#### **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 La Fondation du Bon Sauveur d'Alby, sise 1 rue Lavazière – BP 94 – 81003 ALBI Cedex a satisfait à la procédure d'accréditation.**

## PARTIE 3

---

### LES CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

---

#### I. APPRECIATIONS DU COLLEGE

**Les appréciations du collège de l'accréditation sont présentées selon les référentiels et les trois orientations arrêtées par le Collège de l'accréditation.**

##### I.1 Synthèse par référentiel

###### 1.1.1 Droits et information du patient

L'établissement a inscrit, dans ses priorités, les droits et l'information du patient ; la charte du patient, bien affichée, est disponible dans le livret d'accueil et dans tous les secteurs d'activité ; ses principes doivent être intégrés dans le futur projet d'établissement. L'accès aux soins est assuré pour tous les malades. Les informations sont clairement données au patient, tant sur les conditions de séjour que sur les soins ; l'analyse du rapport bénéfice/ risque, notamment dans la mise en place d'un traitement psychotrope, doit être formalisée.

La dignité, l'intimité et les droits du patient sont respectés tout au long du séjour. Le questionnaire de sortie est remis à chaque patient. Il existe un registre de recensement des plaintes et une commission de conciliation.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'intégration de la charte du patient dans le projet d'établissement,
- l'identification du personnel médical et paramédical,
- la réflexion avec le patient, transcrite sur le dossier, sur les bénéfices et les risques, du traitement psychotrope.

###### 1.1.2 Dossier du patient

L'établissement s'est engagé, depuis de nombreuses années, dans une politique de qualité de la gestion du dossier, impliquant les différents acteurs de santé, l'administration et les instances. Le dossier unique, en voie d'uniformisation et d'informatisation, reçoit des informations régulières, respectant les règles de confidentialité ; son accès reste aisé malgré la diversité des secteurs de soins. Une commission de suivi assure l'évaluation semestrielle et vise à l'amélioration du dispositif.

L'information du médecin traitant est parfois tardive et non systématique (en cas d'hospitalisations répétées).



Les améliorations doivent porter sur :

- la communication entre les différents secteurs d'activité (notamment avec les centres médico-psychologiques) et avec les médecins traitants,
- l'homogénéité du dossier,
- l'identification des prescriptions médicales.

#### 1.1.3 Organisation de la prise en charge des patients

La prise en charge du patient est organisée dès son admission et reste une valeur forte tout au long du séjour. L'accueil est particulièrement soigné, pour les patients et leur famille. Les prestations hôtelières assurent une grande qualité de séjour. L'état de santé du patient fait l'objet d'une évaluation régulière. La continuité des soins est assurée dans chaque unité fonctionnelle, avec la notion de gardes organisées et effectives au sein d'un service d'accueil d'urgences spécialisées. La sortie est planifiée. L'activité d'examen biologiques est, depuis peu, sous-traitée ; les résultats sont transmis par télécopie.

Le circuit du médicament présente des dysfonctionnements à tous les niveaux : remplissage de la feuille de prescription, signature par les médecins, transcription par les infirmiers, contrôle par le pharmacien.

Les améliorations doivent porter sur :

- la lutte contre le tabagisme, notamment chez le personnel de santé,
- la coordination des soins entre les diverses structures,
- la mise en place d'une politique de prise en charge de l'urgence dans les unités de soins,
- l'harmonisation des pratiques médicales et paramédicales, avec élaboration de protocoles.

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

Le projet d'établissement, formalisé dès 1995, doit être reconduit sur la période 2000-2005 ; il prend en compte les besoins de l'établissement et fait intervenir l'ensemble des catégories de personnels ; il s'inscrit dans une véritable démarche de soins de qualité intéressant les divers partenaires institutionnels départementaux et régionaux. Chaque secteur d'activité est impliqué dans les processus de gestion. Toutes les instances fonctionnent selon leurs attributions.

La communication interne est une priorité, constituant un vecteur essentiel du management. Des tableaux de bord d'activité des unités et de suivi budgétaire sont fournis mensuellement.

L'amélioration doit porter sur :

- la formalisation des relations entre les structures intersectorielles.

### 1.1.5 Gestion des ressources humaines

Le dialogue social, inscrit dans le projet d'établissement, reste une priorité ; il est organisé de façon à permettre aux différents interlocuteurs de s'exprimer au mieux ; il a permis un accord sur la mise en place des 35 heures . La direction des ressources humaines imprime une politique constructive et active. La commission médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences. Un entretien annuel est effectué entre chaque membre du personnel et l'encadrement. La formation continue est structurée et s'intègre dans la démarche globale d'amélioration de la qualité. La constante amélioration des conditions de travail apparaît comme une préoccupation de l'établissement. Des enquêtes de satisfaction du personnel sont régulièrement organisées ; les résultats doivent être analysés.

Les améliorations doivent porter sur :

- la gestion prévisionnelle des emplois à moyen et à long terme, permise par l'informatisation, à intégrer dans le prochain projet d'établissement,
- l'harmonisation des procédures d'accueil des stagiaires.

### 1.1.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement dispose d'équipements et d'approvisionnements adaptés à ses besoins et s'est organisé pour assurer la sécurité des installations et des personnes. Les fonctions de restauration et de blanchisserie sont de qualité. La convivialité des repas et, d'une manière générale, la prise en charge des patients et des familles, sont toujours en recherche d'amélioration. Les transports sont organisés et fonctionnels.

L'élimination des déchets doit être modifiée, en fonction de certains travaux. La sécurité des biens et des personnes a fait l'objet de réflexions récentes au sein de l'établissement (améliorations des procédures d'alerte dans l'équipe de sécurité).

L'amélioration doit porter sur :

- la poursuite et l'évaluation des dispositions sécuritaires (travaux, investissements, formations).

### 1.1.7 Gestion du système d'information

La politique d'information est un élément fort du projet d'établissement, renforcée par la mise en place d'un réseau télé informatique performant gérant les dossiers médicalisés, les données administratives et logistiques. Les traitements informatiques sont déclarés à la commission nationale informatique et liberté. Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité sont prises, mais il faut noter l'existence de transmission, non anonymisée, d'informations administratives ou médicales concernant les patients (télécopie).

Le fonctionnement du département d'information médicale doit encore être amélioré, par la nomination récente d'un médecin responsable.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'évolution du système d'information hospitalier vers une démarche collective d'amélioration de la qualité,
- une meilleure définition des missions du département d'information médicale,
- la recherche de procédures permettant l'anonymisation des informations nominatives,
- l'évaluation régulière du système informatique par les professionnels.

#### 1.1.8 Qualité et prévention des risques

Il existe une véritable culture de la qualité au sein de l'établissement, avec la participation active de tous les professionnels ; les services rendus au patient atteignent un haut niveau. Une cellule qualité fonctionnelle existe depuis 1997. Cette politique qualité doit être formalisée dans le prochain projet d'établissement.

Le programme de prévention des risques est en place, mais le relevé systématique des événements indésirables n'a été instauré que très récemment et doit être évalué.

Les améliorations doivent porter sur :

- la formalisation de la démarche qualité au sein du projet d'établissement,
- l'évaluation des protocoles et des événements sentinelles.

#### 1.1.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sont assurées par l'établissement. Peu concerné par les procédures transfusionnelles, il assure le suivi des patients transfusés dans d'autres établissements. La pharmacovigilance est le fait du pharmacien. La matériovigilance est suivie par le pharmacien et les services économiques.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'organisation d'une politique de matériovigilance,
- la synthèse et l'évaluation d'une fiche de signalement des événements indésirables.

#### 1.1.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales et la cellule d'hygiène participent activement à la surveillance, la prévention et le contrôle du risque infectieux. Des actions de formation sont régulièrement organisées. Le suivi bactériologique des locaux est régulier. Le suivi des accidents d'exposition au sang est assuré par la médecine du travail.

Un classeur référentiel en hygiène est diffusé et constitue un support à la formation.

La stérilisation centrale est en voie d'amélioration (locaux, protocoles), mais l'établissement développe l'utilisation du matériel à usage unique.

L'amélioration doit porter sur :

- le développement de la politique d'hygiène portant sur l'évaluation des protocoles et la mise en place, dans chaque unité de soins, d'un référent.

## **I.2 Synthèse selon les trois orientations stratégiques**

### **I.2.1 Satisfaction des besoins du patient**

L'établissement développe une politique centrée sur le patient, depuis son admission jusqu'à sa sortie ; la charte du patient est particulièrement visible et respectée. Le respect de la confidentialité, des droits et de la sécurité est observé à toutes les étapes. La permanence et la sécurité des soins sont assurés. Le dossier fait l'objet d'une grande attention, assurant la continuité des soins. La prise en charge globale du patient est un souci constant de l'établissement, qui a fait de la démarche d'amélioration de la qualité l'une de ses priorités.

### **I.2.2 Maîtrise des situations à risque**

L'établissement a mis en place une politique de prévention et de gestion des risques, associant tous les professionnels. Les vigilances sont assurées. Les actions de sécurité des installations et des personnes sont efficaces. Les fonctions logistiques répondent de manière adaptée aux besoins des personnes. La mise en place récente d'une déclaration des événements indésirables doit se poursuivre et être évaluée.

### **I.2.3 Dynamique de gestion de la qualité**

L'établissement s'est engagé, depuis de nombreuses années, dans une dynamique de qualité inscrite dans le projet d'établissement, impliquant l'ensemble d'un personnel formé, qualifié et évalué. Le développement de l'informatisation, notamment grâce au réseau télé informatique, devrait encore accentuer cette démarche collective d'amélioration de la qualité, au bénéfice des personnes prises en charge.

## **II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

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

Développer l'information et les réflexions avec le patient sur les bénéfices et les risques des traitements.

Formaliser les responsabilités médicales des unités fonctionnelles et au sein des structures intersectorielles.

Engager une politique assurant la confidentialité de la transmission des informations concernant le patient.

Renforcer une politique globale de vigilance sanitaire prenant en compte la sensibilisation et la formation des professionnels.

#### **Réserves formulées par le Collège de l'accréditation**

Organiser le circuit du médicament depuis la prescription initiale, la dispensation par le pharmacien jusqu'à l'administration.

Mettre en assurance qualité la procédure de stérilisation.

### **II.2 Echéance de la prochaine procédure et modalités de suivi**

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation, issus 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, considérant la dynamique qualité constatée décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Cependant, le Collège émettant des réserves, sur les points susvisés, une visite ciblée aura lieu sur les sujets concernés dans un délai de dix huit mois à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

**A l'issue de cette visite ciblée, le Collège procèdera à un réexamen de la situation de l'établissement pour déterminer le délai avant une nouvelle procédure d'accréditation.**

## **PARTIE 4**

---

### **SUIVI DES DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

---

#### **I DEROULEMENT DE LA PROCEDURE DE SUIVI DES DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

Une visite ciblée a eu lieu le 11 juin 2002, conduite par une équipe de 2 experts-visiteurs.

A l'issue de la visite ciblée, un rapport des experts a été communiqué à l'établissement qui a formulé ses observations à l'ANAES.

Ce rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement à ce rapport ont été communiqués, pour délibération, au Collège de l'Accréditation en octobre 2002.

#### **II CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

##### **II.1 Rappel du libellé des réserves**

Les réserves suivantes ont été émises par le Collège de l'accréditation :

- Organiser le circuit du médicament depuis la prescription initiale, la dispensation par le pharmacien jusqu'à l'administration.
- Mettre en assurance qualité la procédure de stérilisation.

##### **II.2 Appréciation du collège**

###### **Première réserve :**

On note une amélioration très significative de l'organisation du médicament.

Le support des prescriptions médicales est unique et validé ;

Les prescriptions médicales sont toutes imprimées lisiblement, datées, signées électroniquement par le médecin prescripteur.

Les diagrammes de soins joints à la prescription médicale permettent une distribution et un contrôle quotidien des traitements médicamenteux.

Les procédures réglant le circuit du médicament sont établies et connues. On peut actuellement constater qu'elles ne sont pas encore rassemblées au sein d'un même classeur.

L'établissement envisage de participer à un groupe utilisateur du logiciel afin de proposer des améliorations de son ergonomie dont l'intérêt est apparu au cours des mois d'utilisation.

L'amélioration doit être poursuivie en ce qui concerne

- la mise en place du système informatique sur certains secteurs
- le regroupement des procédures

**Deuxième réserve :**

Depuis le 22 décembre 2000, il n'existe plus d'activité de soins productrices de matériel à stériliser.

En tout état de cause, les besoins du patient sont assurés.

### **II.3 Décisions du Collège de l'accréditation**

Au vu des éléments fournis par l'établissement aux experts-visiteurs et des constatations faites par les experts-visiteurs, le Collège de l'Accréditation décide de lever les réserves sus-mentionnées et l'invite à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité engagé dans ce secteur.

**La prochaine procédure d'accréditation aura lieu à l'échéance de 5 ans, à compter de la procédure initiale.**