



# **COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET**

**2, avenue de la Pinède  
BP 92  
84143 MONTFAVET CEDEX**

**Octobre 2003**

---

## SOMMAIRE

---

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION » ..... p.3

8

### PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE..... p.8

### PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION ..... p.11

### PARTIE 3

#### CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION ..... p.12

Synthèse par référentiel ..... p.12

II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION ..... p.16

II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation..... p.16

II.2 Modalités de suivi ..... p.16

---

## 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.

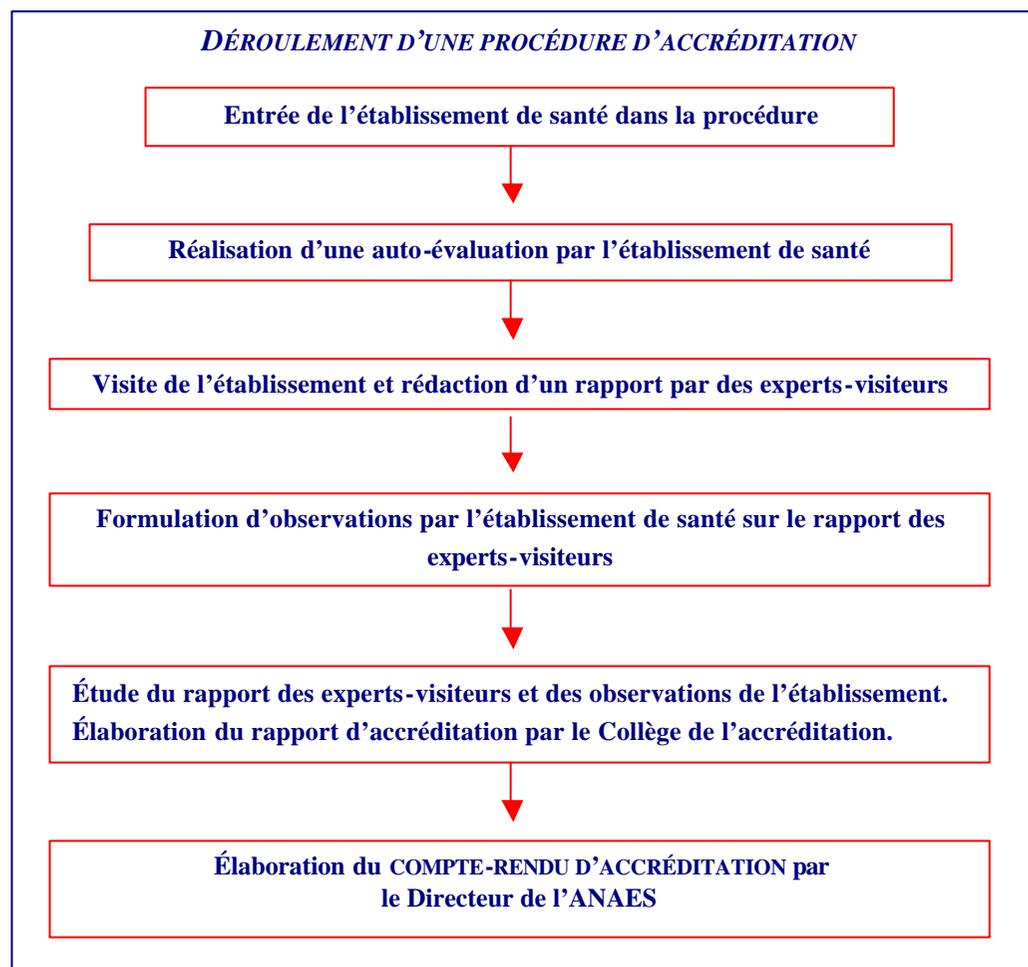
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

#### ***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

---

### PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

---

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre Hospitalier Montfavet**, sis 2, avenue de la Pinède – BP 92 – 84143 MONTFAVET CEDEX

Existant depuis l'Ancien Régime sous différentes dénominations, l'hôpital a été reconstruit sur le site de Montfavet à partir de 1854 et il est devenu établissement de soins autonome en 1970.

Il est situé sur la commune d'Avignon, dans un parc de plus de 60 hectares, au centre d'une communauté urbaine représentant plus de 200 000 habitants, soit la moitié des populations desservies.

Rattaché au secteur sanitaire n° 9 qui comprend toute la bordure ouest PACA, le centre hospitalier dessert la zone nord-ouest PACA, soit une zone cohérente délimitée au nord-est par le massif du Ventoux, le Rhône à l'ouest et les Alpilles au sud, soit environ 540 000 habitants.

La population desservie est moitié rurale, moitié urbaine, avec un niveau de revenus faible, inférieur à la moyenne nationale, et un taux de populations immigrées très important.

L'hôpital, qui a compté plus de 2 000 lits après la Seconde Guerre mondiale, ne possède plus que 528 lits dont 54 installés en dehors du site de Montfavet.

Au cours des 20 dernières années, le centre hospitalier a mis en place une politique de sectorisation sur l'ensemble des communes importantes desservies, ce qui se traduit par un dispositif de soins très décentralisé (plus de 120 unités de soins implantées sur le secteur : hospitalisation temps plein, hospitalisation de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, centres médicopsychologiques) en psychiatrie générale et en pédopsychiatrie.

Le maillage couvre l'ensemble de la zone et les efforts aujourd'hui sont plus tournés vers son amélioration que vers son extension (à l'exception de la psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie du nord des Bouches-du-Rhône dont le rattachement récent au centre hospitalier de Montfavet a nécessité la mise en place de structures de soins inexistantes jusque-là).

Aujourd'hui, les alternatives à l'hospitalisation, qui ont été particulièrement développées, comprennent 690 places dont 534 situées en dehors du site de Montfavet.

L'hôpital présente aussi une particularité, celle de comporter dans le dispositif de soins psychiatriques des lits pour malades difficiles (3 unités hommes soit 64 lits et une unité femmes de 20 lits) qui ont une vocation d'accueil sur le plan national. De plus, la psychiatrie pénitentiaire s'est fortement

développée au cours des dernières années avec la prise en charge de deux centres de détention (Tarascon et Avignon-le-Pontet) qui comprendront plus de 1 200 prévenus ou détenus en mars 2003.

Le centre hospitalier a développé au cours des huit dernières années un pôle médicosocial et social qui comprend 65 lits et 45 places et devrait augmenter très rapidement de 42 lits et places avec l'ouverture prochaine d'un foyer occupationnel.

Le dispositif de soins mis en place exerce une forte attractivité sur les populations Sud-Drôme et Est-Gard rural desservies, et la file active du centre hospitalier est dans certaines zones constituée pour une part non négligeable par des populations extérieures au Vaucluse.

Toutes les pathologies psychiatriques et toutes les tranches d'âge de la population sont prises en charge depuis la naissance (unité mère-enfant qui soigne les troubles de la relation), la petite enfance, la préadolescence, les troubles de l'adolescence (unité fermée, foyer de nuit, accueil de jour, prévention du suicide), la prise en charge de l'adulte (unité de crise, unités fermées, unités ouvertes, réinsertion sociale, alternatives à l'hospitalisation, accueil familial thérapeutique, accueil psychiatrique aux urgences ; unités pour psychoses infantiles vieilles), de la personne âgée (unités d'hospitalisation complète de gérontopsychiatrie, hôpitaux de jour, consultations spécialisées sur la mémoire avec intervention d'un psychologue).

Parmi les évolutions récentes, il faut noter :

- le développement de la psychiatrie d'urgence avec la mise en place d'antennes psychiatriques dans les services d'urgence des hôpitaux généraux, avec la création d'une cellule d'urgence médicopsychologique chargée de prendre en charge, en lien avec le SAMU, les populations en cas de catastrophe, avec la mise en place d'une antenne psychiatrique mobilisable avec les secours d'urgence des pompiers prenant en charge les victimes, les témoins et les intervenants en cas d'accident grave ;
- le resserrement du dispositif en hospitalisation complète et le développement des places d'alternatives à l'hospitalisation s'inscrivent dans le cadre des orientations du SROSS. Cette diminution de lits s'est traduite par la mise en place d'unités de plus petite taille et par un effort d'humanisation des locaux dans le cadre d'un programme de travaux pluriannuel ;
- la formalisation de réseaux de soins et le développement des conventions de partenariat :
  - en pédopsychiatrie avec les IME, les CMPP et avec l'Éducation nationale,
  - en psychiatrie adulte : réseau ville-hôpital, réseau en addictologie, réseaux gériatriques, réseau de soins palliatifs, réseau grande précarité ;
- extension et renforcement de la présence psychiatrique à l'hôpital général (urgences, soins de liaison, hospitalisation de crise en médecine) ;
- développement et renforcement des équipes psychiatriques en UCSA ;
- développement du pôle social et médicosocial en partie par redéploiement de personnel ;
- mise en place d'un schéma directeur informatique qui a permis, en cinq ans, de moderniser sensiblement les moyens de communication de l'établissement. Cette informatisation a permis en passant de 80 postes de travail à plus de 500 postes de travail reliés par un réseau local,



de réduire considérablement la partition existante entre l'intrahospitalier et les structures implantées dans le département du Vaucluse et le nord des Bouches-du-Rhône.

## 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 **12 décembre 2002**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du **14 au 18 avril 2003** par une équipe multiprofessionnelle de **6** 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 octobre 2003**.

**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 COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

---

## **I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION**

### **Synthèse par référentiel**

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

Les différentes instances de l'établissement se sont impliquées autour du référentiel « Droits et informations du patient ».

Les professionnels dans leur ensemble sont sensibilisés depuis de nombreuses années au respect de droits du patient et investis par leur participation au groupe d'amélioration de la qualité.

Les procédures de conciliation, dont les patients et les professionnels sont informés, sont organisées par l'établissement.

Cet engagement des acteurs en lien avec la politique institutionnelle se développe également à travers la mise en œuvre d'outils d'évaluation tels que le questionnaire de sortie.

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

Les différentes instances de l'établissement sont engagées dans une politique d'amélioration du dossier du patient.

Un groupe de soignants s'est impliqué dans l'élaboration d'un dossier standardisé baptisé Léonardo et sa généralisation.

Une formation permanente est proposée aux différents professionnels dans ce domaine.

Un dispositif de référents « Dossier du patient » dans chaque service est prévu pour permettre une évaluation.

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

Les différents éléments constitutifs du projet d'établissement renvoient tous aux aspects *in fine* liés à la prise en charge des patients.

La mise en œuvre des dispositifs organisationnels est une démarche ancienne et remarquable au vu du contexte multicentrique du CH Montfavet. Il existe une dynamique de collaboration des métiers avec un souci de transmission d'un savoir spécifique clinique et extériorisation. La plupart de ces dispositifs organisationnels font l'objet d'évaluation. Le repérage des événements indésirables pour les services de soins est une démarche ancienne.

La continuité des soins est assurée tant par l'organisation des dispositifs de permanence que par la qualité des transmissions ou l'élaboration des tableaux prévisionnels de service. La synergie des acteurs dans la politique sectorielle avec un décroisement intra et extra hospitalier représente un point fort de l'établissement.

La coordination avec les partenaires extérieurs est réelle et reconnue.

Les rapports d'activité sont généralisés, des suivis sont réalisés et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

L'intégration de l'évaluation dans les pratiques professionnelles est à affirmer.

L'évaluation des pratiques professionnelles est à promouvoir.

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

L'élaboration en cours du projet d'établissement 2003-2007 permet à l'ensemble des professionnels du CH Montfavet (CHM) de faire à la fois le bilan des années écoulées et de se projeter sur les cinq années à venir notamment sur la base du projet médical.

Cette réflexion s'est faite avec la participation des différentes catégories professionnelles de façon concomitante avec les groupes d'auto-évaluation de la procédure d'accréditation.

Les instances de l'établissement, dont les réunions sont régulières, participent à l'élaboration de la politique de l'établissement par leurs avis, leurs initiatives et leur collaboration avec la direction pour la préparation des ordres du jour.

L'établissement est incité à renforcer la communication interne pour pallier l'éclatement de la structure.

La présentation du projet d'établissement aux instances concernées, ainsi que la volonté de s'engager avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation dans un contrat d'objectifs et de moyens fourniront un cadre de référence au management du centre hospitalier et lui permettront de mettre en place des indicateurs d'évaluation.

L'encadrement des services est associé au management à travers les conseils de service et diverses réunions, il est très centré sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient ; il n'existe pas encore de mise en place de tableaux de bord financiers par service.

#### I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social qui vient d'être validé souligne la volonté politique de la direction de favoriser le dialogue social dans un souci de management participatif. La mise en place d'indicateurs de suivi permettra d'évaluer ce dispositif.

#### I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement met en œuvre une politique de sécurisation des personnes et des biens en termes d'hygiène, d'effets personnels des patients, d'équipements et de locaux, d'incendie, d'environnement. Il est réactif par rapport à sa problématique de multiplicité des structures sur tout le département (112 structures extra hospitalière et 50 en intra hospitalier réparties sur 62 hectares) ; notamment il faut souligner l'organisation de la fonction transport. L'établissement a formé des personnes compétentes dans les domaines suivants : traitement des déchets, environnement, hygiène, sécurité incendie. Des enquêtes de satisfaction sont en place dans toutes les fonctions transversales ; des commissions linge, repas évaluent la qualité des prestations fournies.

Il est souhaitable de développer l'évaluation des fonctions logistiques notamment en ce qui concerne la surveillance des matériels placés sous la responsabilité du CHM, l'application des protocoles de nettoyage dans tous les locaux, la conformité des structures en détection incendie.

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

La politique des systèmes d'information s'élabore en associant les professionnels dans le schéma directeur informatique en cours, qui doit s'étendre à l'ensemble des structures extérieures, en veillant à la protection de la confidentialité et à la sécurisation des informations.

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

La politique qualité est menée depuis 1998, de nombreux groupes d'amélioration de la qualité ont pu produire des résultats. Et cette dynamique a pu faciliter la démarche d'accréditation du CHM. L'engagement et la participation de l'encadrement sont forts. L'appropriation par les équipes de soins se fait progressivement, gênée par un manque de formalisation des positionnements hiérarchiques décisionnels. La mise en œuvre d'un comité de gestion et de prévention des risques devrait permettre de coordonner les deux axes stratégiques que sont la politique qualité et la gestion des risques. La gestion de la qualité et de la gestion des risques est engagée, il reste à mettre en place le dispositif d'évaluation de la qualité et des risques qui permettra de suivre la politique qualité.

## I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Une stratégie est définie en matière de vigilance sanitaire.

Elle fait l'objet de protocoles écrits en matière de matériovigilance et pharmacovigilance.

Les correspondants sont identifiés et les professionnels sont informés sur les modalités de déclaration et la conduite à tenir en cas d'événements indésirables.

Un comité de prévention et de gestion des risques est en place.

Il organise des actions d'information sur les procédures de vigilances sanitaires.

Le réseau intranet est largement utilisé pour diffuser l'ensemble des informations.

La mise en place d'indicateurs de suivi permettra l'évaluation de la mise en place des vigilances et de la sécurité transfusionnelle.

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

On note une très forte implication des membres du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et une réelle volonté de démarche d'assurance qualité dans le domaine de la surveillance, de la prévention et le contrôle du risque infectieux.

Des actions de formation, de prévention et de surveillance sont mises en œuvre.

Des relais d'information sont opérationnels par l'intermédiaire du cadre hygiéniste, l'équipe opérationnelle d'hygiène et les relais d'hygiène dans les unités de soins.

Le CLIN joue pleinement son rôle en collaboration avec les autres instances de l'établissement dans la surveillance, la prévention et le contrôle du risque infectieux.

---

## II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

---

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

- Renforcer la protection de la confidentialité et la sécurisation de l'information,
- Poursuivre l'organisation des prestations logistiques et en assurer l'évaluation,
- Elaborer un dispositif permettant l'identification, la gestion et la maîtrise d'un phénomène épidémique.

### 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.