

**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION
DE LA CLINIQUE SAINT-GEORGE**

**2, avenue de Rimiez
06105 NICE Cedex 2**

Avril 2001

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »	p.3
Partie 1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE	p.6
Partie 2 DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION	p.7
Partie 3 LES CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.8
1. APPRECIATIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.8
1. Synthèse par référentiel	p.8
2. Synthèse selon les trois orientations stratégiques	p.14
2. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.15
1. Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation	p.15
2. Échéance de la prochaine procédure et modalités de suivi	p.15

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.

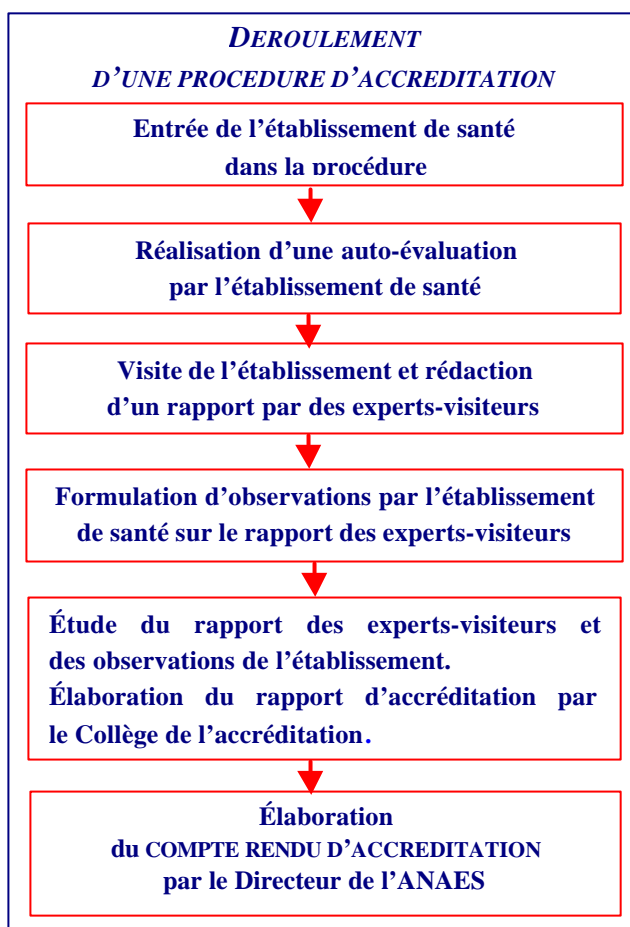
Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* Le manuel d'accréditation est disponible sur le site Internet de l'ANAES www.anaes.fr.

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.

* *
*

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

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

Le présent compte-rendu concerne :

La **Clinique Saint-George** sise 2, avenue de Rimiez – 06105 NICE Cedex 2.

Créée en 1969, située à Nice dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Clinique Saint-George est un établissement privé à but lucratif comportant 321 lits et places dont :

- 130 lits de chirurgie incluant 8 lits de réanimation chirurgicale et 35 lits de chirurgie à soins particulièrement coûteux,
- 21 places de chirurgie ambulatoire,
- 66 lits de médecine incluant 4 lits de réanimation médicale et 8 lits de médecine à soins particulièrement coûteux,
- 49 places de chimiothérapie ambulatoire,
- 55 lits de gynécologie obstétrique.

La clinique ne comprend qu'un seul site avec un bâtiment principal qui regroupe toutes les unités de soins.

En 1998, dans les unités de chirurgie, le nombre d'entrées s'élevait à 8 967, le nombre de journées facturées à 50 716, la durée moyenne de séjour à 4,68 jours et le taux d'occupation à 88,2 %.

En chirurgie ambulatoire, le nombre de venues s'élevait à 7 658.

En médecine, le nombre d'entrées s'élevait au total à 4 465, le nombre de journées facturées à 28 212, la durée moyenne de séjour à 4,55 jours et le taux d'occupation à 100%.

En chimiothérapie ambulatoire, le nombre de séances s'élevait à 22 730.

En gynécologie-obstétrique, le nombre d'entrées s'élevait à 3 201, le nombre de journées facturées à 20 095, la durée moyenne de séjour à 5,28 jours et le taux d'occupation à 84,20%.

L'activité médico-chirurgicale s'organise autour des spécialités suivantes :

- spécialités médicales : cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, neurologie, oncologie, endocrinologie ;
- spécialités chirurgicales : chirurgie générale, thoracique, vasculaire, orthopédique, urologique, neurochirurgicale, oto-rhino-laryngologique, plastique et reconstructrice.

La clinique comprend en outre un service de chirurgie ambulatoire et de soins externes, un service de chimiothérapie ambulatoire, un service d'imagerie médicale et un centre d'assistance médicalisée à la procréation.

A l'exception de trois médecins qui sont salariés, l'ensemble du corps médical dispose d'un statut libéral.

L'attractivité de la clinique est essentiellement locale et régionale.

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Ce compte-rendu fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 1^{er} décembre 1999.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 26 juin 2000 au 29 juin 2000 par une équipe multiprofessionnelle de quatre 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 janvier 2001.

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 le la Clinique Saint-George, sise 2, avenue de Rimiez – 06105 NICE Cedex 2, a satisfait à la procédure d'accréditation.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I. APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

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

1. Synthèse par référentiel

1.1. Droits et information du patient

L'établissement accueille et prend en charge toutes les personnes quelle que soit leur couverture sociale.

La charte du patient est intégrée au livret d'accueil remis au patient lors de son admission. Le respect du secret médical fait l'objet d'une attention particulière comme en témoignent les nombreux supports existants dont un formulaire « d'information, de droit et de confidentialité du patient ». L'accueil est facilité par des personnels polyglottes et formés à cette fonction, la rédaction en langue étrangère de la charte étant initiée. L'identification des intervenants est effectuée.

Les locaux sont accessibles aux handicapés. Une assistante sociale facilite les démarches administratives des patients et les aide à planifier les conditions de leur sortie.

Le patient est informé des conditions pratiques et financières relatives à son séjour. Une information spécifique lui est délivrée concernant la prise en charge de la douleur et les soins qui lui sont proposés ; le corps médical a élaboré une série de fiches d'information concernant les actes chirurgicaux, un travail particulier a été fait par les anesthésistes qui remettent un compte-rendu d'anesthésie au décours de l'intervention.

Les fiches d'information élaborées par les médecins pour la demande de consentement éclairé sont signées après lecture et informations complémentaires et sont jointes au dossier médical.

La communication des informations du médecin à son patient se fait de façon orale, toutefois une concertation existe entre le personnel soignant et les médecins pour harmoniser les informations données au patient concernant son état de santé.

Des questionnaires de satisfaction sont proposés au patient, des actions incitatives pour assurer leur remplissage et leur exploitation sont en cours.

Le respect des droits du patient est évalué.

Les améliorations doivent porter sur :

- la poursuite d'actions pour inciter les patients à consulter le livret d'accueil et remplir le questionnaire,
- la poursuite du travail entrepris pour généraliser l'information du patient et l'obtention d'un consentement à l'ensemble des actes.

1.2 Dossier du patient

Une politique de dossier de soins du patient est en place, les informations médicales et paramédicales y sont regroupées, l'élaboration de ce dossier a fait l'objet d'un consensus pluridisciplinaire et est adaptable en fonction des différents secteurs d'activité.

Le circuit du dossier et son archivage sont définis, l'accès des dossiers antérieurs est possible, un vademecum est mis à disposition.

Hormis les services de réanimation et d'oncologie où la règle est respectée, les prescriptions médicales font l'objet actuellement d'une réorganisation consistant à l'élaboration d'outils informatiques permettant d'éviter que les prescriptions signées ne soient recopiées plutôt que reportées. De même, la trace de la réflexion bénéfices/risques fait l'objet d'une sensibilisation et de la mise au point d'un document d'aide à l'argumentation. La fiche d'initialisation de la prise en charge infirmière est remplie irrégulièrement selon les services. La lettre de sortie n'est pas toujours jointe au dossier lors de la sortie du patient, par contre le dossier du patient est localisable à tout moment de l'hospitalisation.

Des auditeurs internes ont pratiqué une évaluation de la qualité des dossiers, ce qui a permis de mettre en évidence des insuffisances, l'élaboration d'un plan d'action pour y remédier est prévue.

La réactivité concernant les prescriptions médicales et la trace bénéfices-risques souligne le souci manifeste de fiabilité et d'exigence qui est un point très positif pour cet établissement.

Les améliorations doivent porter sur :

- le regroupement des informations administratives, médicales et paramédicales afin de garantir la cohérence, l'exhaustivité des informations et la continuité des soins,
- l'inclusion systématique des lettres de sortie dans le dossier du patient,
- la mise en œuvre des moyens nécessaires pour garantir la traçabilité des prescriptions,
- l'évaluation de la traçabilité de la réflexion bénéfices/risques, dans le dossier du patient,
- la poursuite de l'évaluation de la qualité des dossiers.

1.3. Organisation de la prise en charge des patients

La prise en charge du patient s'appuie sur un projet d'établissement et un contrat d'objectifs et de moyens. La lutte contre les infections nosocomiales et la douleur est prise en compte.

L'accueil programmé des patients est bien organisé, ainsi que l'accueil en urgence.

Une signalisation interne pertinente facilite l'accès à l'établissement et aux secteurs d'activité.

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient est faite en cabinet médical de ville par le chirurgien, l'anesthésiste ou le médecin. Les examens d'entrée permettent les ajustements nécessaires pour assurer la continuité des soins, cependant le document de saisie est en cours de modification pour une meilleure utilisation. Au cours de l'hospitalisation une visite quotidienne est effectuée par le médecin. Le médecin traitant n'est pas systématiquement tenu informé.

La continuité des soins est assurée par une présence médicale permanente, les plannings des gardes et astreintes sont connus.

Il existe une bonne organisation des plages horaires de fonctionnement du bloc opératoire. La prescription nominative de médicaments est généralisée, le bon de prescription des examens radiologiques est en cours d'élaboration, formalisant ainsi les règles de fonctionnement. Il existe des protocoles de soins et d'hygiène écrits, validés et diffusés.

Des audits d'évaluation des pratiques sont effectués, essentiellement pour les actes paramédicaux.

La coordination entre les services cliniques et le laboratoire de biologie ne suscite pas de difficultés. La formation au soutien du personnel soignant à l'accompagnement en fin de vie est actée. La prévision de la sortie du patient est facilitée à des fins d'optimisation.

Les améliorations doivent porter sur :

- la tenue du dossier du patient en temps réel,
- la systématisation de l'information du médecin traitant,
- l'évaluation de l'amélioration (en cours) concernant la bonne utilisation des examens radiologiques et des organisations en place.

1.4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité.

L'établissement dispose d'un projet d'établissement déclinant des objectifs clairement définis, le projet médical est structuré, les orientations stratégiques sont identifiées.

La direction, le conseil d'administration et les différentes instances de l'établissement exercent pleinement leurs attributions.

La politique de communication n'est pas formalisée malgré l'existence de divers outils.

Les responsables des secteurs d'activité sont engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité et disposent d'outils de pilotage.

Des réunions de service permettent de favoriser l'expression des personnels et de rechercher des solutions aux divers problèmes rencontrés au quotidien.

Une politique de mesure et d'évaluation des actions d'amélioration est engagée grâce à la mise en place d'indicateurs et à la pratique d'audits internes.

Les améliorations doivent porter sur :

- la formalisation d'une politique de communication interne et externe,
- l'évaluation à périodicité définie de la réalisation des objectifs de l'établissement et des secteurs d'activité, ce qui nécessite l'élaboration de projets de secteurs.

1.5. Gestion des ressources humaines

Le dialogue social est instauré et les instances représentatives du personnel sont réunies à des périodicités définies.

La commission médicale d'établissement est opérationnelle, la clinique développe une gestion prévisionnelle des ressources humaines, le recrutement du personnel donne lieu à une vérification des conditions d'exercice et tient compte des profils de poste qui sont

généralisés. Les procédures d'accueil et d'intégration du personnel sont développées, un tutorat facilite l'adaptation des nouveaux salariés.

Une procédure d'évaluation annuelle du personnel est actuellement engagée. Un plan annuel de formation continue est mis en place pour le personnel non médical et permet d'améliorer le niveau de compétence du personnel de l'établissement. La gestion administrative du personnel est informatisée, des enquêtes de satisfaction du personnel sont conduites et des actions correctrices sont envisagées.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'optimisation des processus en place afin de renforcer la qualité de la gestion des ressources humaines notamment par la définition d'indicateurs,
- la formalisation d'un plan de formation médicale continue,
- l'évaluation du projet social.

1.6. Gestion des fonctions logistiques

L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins relatifs à son activité, il s'est organisé afin d'assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations. Ceci est finalisé par un plan d'actions planifiant la maintenance externalisée. La restauration est confiée à un prestataire extérieur, celui-ci est certifié ISO 9002 depuis août 1999.

La fonction blanchisserie est confiée également à deux prestataires extérieurs, le circuit du linge propre et sale est conforme aux normes établies. Les tenues vestimentaires font l'objet d'un travail de réorganisation.

Il existe des protocoles de nettoyage des locaux et des équipements, la fonction transport est opérationnelle dans tous les domaines. Le tri des déchets est effectif en interne et l'élimination des déchets est confiée à un prestataire extérieur qui dispose d'un personnel formé.

Une organisation est en place pour assurer la sécurité des biens et des personnes contre l'incendie, et des procédures d'alerte existent. Une évaluation des prestations logistiques est réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs.

L'amélioration doit porter sur :

- la poursuite de la réflexion concernant la séparation du linge sale d'une part et des tenues vestimentaires d'autre part.

1.7. Gestion du système d'information

L'établissement a fait une bonne analyse des flux d'information, permettant de recenser l'ensemble des composantes du système d'information, des supports de gestion et de diffusion de cette information. La sécurité et la confidentialité des informations représentent un axe de travail, le programme de médicalisation du système d'information fonctionne depuis plusieurs années de façon centralisée avec un personnel spécifique.

Les améliorations doivent porter sur :

- la formalisation d'un schéma directeur du système d'information et sa diffusion aux professionnels,
- la sécurisation des données qui est à intégrer dans ce programme.

1.8. Qualité et prévention des risques

La qualité est une partie intégrante du projet d'établissement, elle comporte des objectifs précis traduits dans le programme de gestion de la qualité et dans la prévention des risques. La formation du personnel a constitué un élément important dans la structuration de la démarche qualité et elle a touché tous les niveaux hiérarchiques.

Un système de gestion des réclamations et des plaintes est en place.

Un programme de gestion des risques a été instauré, toutes les vigilances y sont prises en compte, un système de signalement des événements indésirables est en place, malgré tout on peut regretter le manque d'appropriation de la fiche de signalement de la part des services utilisateurs. Des mesures correctrices et préventives existent et peuvent prendre un caractère d'urgence si nécessaire. L'évaluation à l'aide du tableau de gestion des indicateurs permet de mesurer l'efficacité de ces mesures.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'engagement d'une réflexion afin d'améliorer le retour du questionnaire de sortie des patients,
- la poursuite des actions de formation visant l'utilisation de la fiche de signalement des événements indésirables.

1.9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Un logigramme de fonctionnement du système de vigilances a été établi et il est diffusé.

Tous les professionnels de santé sont engagés dans le dispositif de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle, des responsables sont nommés, les procédures écrites. Les fiches de déclaration d'incidents et d'événements indésirables existent et sont disponibles dans des lieux connus par les professionnels, la traçabilité est organisée avec un souci d'optimisation de l'organisation du travail, grâce à l'informatisation.

Toutefois, si la réactivité et l'interactivité sont certaines, elles restent informelles pour le comité d'hémovigilance et la cellule de pharmacovigilance : une réflexion est engagée dans l'établissement à ce sujet.

L'établissement met en œuvre les règles de sécurité transfusionnelle par une politique de maîtrise de l'utilisation des produits sanguins labiles.

Les différentes étapes du processus transfusionnel font l'objet d'un protocole selon les règles de bonne conduite, y compris le transport. L'efficacité des vigilances est évaluée au travers du recueil d'incidents et d'événements indésirables ainsi qu'à partir des audits réalisés.

Les améliorations doivent porter sur :

- la réactivation des structures de vigilances, de la pharmacovigilance, du comité du médicament et des dispositifs médicaux,
- la poursuite des actions d'évaluation dans le domaine des vigilances et principalement dans celui de la sécurité transfusionnelle.

1.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux est définie dans le projet d'établissement, les programmes annuels sont élaborés avec la participation du comité de lutte contre les infections nosocomiales dont la composition répond aux textes de référence. L'établissement ne dispose pas d'une stratégie de surveillance ciblée sur les secteurs d'activité à risque.

Des comptes-rendus des réunions du comité de lutte contre les infections nosocomiales sont diffusés en interne, l'information concernant les recueils épidémiologiques est communiquée aux personnes intéressées, seule l'information du corps médical demeure limitée, malgré des réunions ciblées. L'établissement prend en compte l'avis du comité de lutte contre les infections nosocomiales lorsque celui-ci est nécessaire mais la communication avec ce comité reste dans la majorité des cas informelle.

Une surveillante hygiéniste est désignée mais sa mission n'est pas encore identifiée de façon précise.

Un système d'alerte épidémiologique fonctionne en partenariat avec le laboratoire, hormis la transmission de l'information concernant la surveillance des bactéries multirésistantes au sein de l'établissement.

Les moyens sont donnés pour prévenir les risques d'exposition au sang, ceux-ci sont répertoriés et donnent lieu à une analyse et à la mise en place de plans d'actions correctrices. Les procédures à suivre ainsi que les informations sur les accidents exposant au sang existent et feront l'objet d'une remise à jour.

Des contrôles sont effectués régulièrement dans les zones à risque (bloc) de l'établissement, notamment en ce qui concerne les surfaces, l'air, l'eau et l'environnement.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'actualisation des procédures et des informations relatives aux risques de contamination des personnels,
- la possibilité d'accéder aux enquêtes proposées par la coordination des comités de lutte contre les infections nosocomiales, en particulier dans le domaine de la surveillance des bactéries multirésistantes.

2. SYNTHÈSE SELON LES TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1. Satisfaction des besoins du patient

L'établissement développe une politique centrée sur les patients pris en charge. Cette politique se traduit par une attention particulière portée au respect des droits du patient, ceci par l'application quotidienne des principes de la charte des patients hospitalisés et par la mise à disposition de nombreux supports dont un formulaire « d'information, de droit et de confidentialité du patient ».

La permanence et la continuité des soins sont assurées, la communication des informations s'effectue en deux temps, du fait de l'organisation médicale à caractère libéral : une information orale est donnée au patient par son médecin, cette information se retrouve dans le dossier du patient, ce qui en assure la traçabilité.

2.2. Maîtrise des situations à risque

L'établissement affiche une volonté de prévention des risques traduite dans la plus grande majorité des domaines ; la surveillance du risque infectieux est en place et un effort a été consenti dans le domaine de la sécurité transfusionnelle.

La réactivation de la cellule de pharmacovigilance, du comité du médicament et des dispositifs médicaux (qui est en cours) permettra de faire aboutir le processus.

2.3. Dynamique de la gestion de la qualité

L'engagement de la Direction dans la démarche d'amélioration continue de la qualité constitue de toute évidence un point fort de sa dynamique.

Cette dynamique est soutenue par de nombreuses actions de formation, par une communication régulière et des moyens adaptés.

Des actions d'évaluation sont effectuées dans de nombreux secteurs et des indicateurs sont développés dans plusieurs domaines.

L'établissement a fait preuve d'une réactivité remarquable, à la suite de la visite d'accréditation. La mobilisation et l'adhésion d'un grand nombre d'acteurs devraient permettre de pérenniser toutes les actions entreprises.

II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

1. Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation

Poursuivre les actions assurant la confidentialité des informations relatives aux patients.

S'assurer de la généralisation de la signature des prescriptions médicales et en fiabiliser le circuit.

Mettre en place une gestion par objectifs en cohérence avec le projet d'établissement.

2. Echéance de la prochaine procédure et modalités de suivi :

Au vu des éléments contenus dans le présent compte-rendu 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 de la qualité constatée, décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation et qu'il fait l'objet de recommandations spécifiques mentionnées ci-dessus.

Le délai de la nouvelle procédure aura lieu à l'échéance d'un délai de 5 ans.

L'établissement met en œuvre les actions correctrices préconisées et en assure le suivi en perspective de la nouvelle procédure.