



**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DE
LA CLINIQUE DES TROIS-SOLEILS
CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE**

**19, rue du Château
77310 Boissise-le-Roi**

AVRIL 2003

SOMMAIRE

| | |
|--|------|
| COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION » | p.3 |
| PARTIE 1 | |
| PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE..... | p.8 |
| PARTIE 2 | |
| DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION | p.10 |
| PARTIE 3 | |
| CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION | |
| I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION | p.11 |
| Synthèse par référentiel | p.11 |
| II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION | p.17 |
| II.1 Modalités de suivi | p.17 |



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 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.

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 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...).

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.

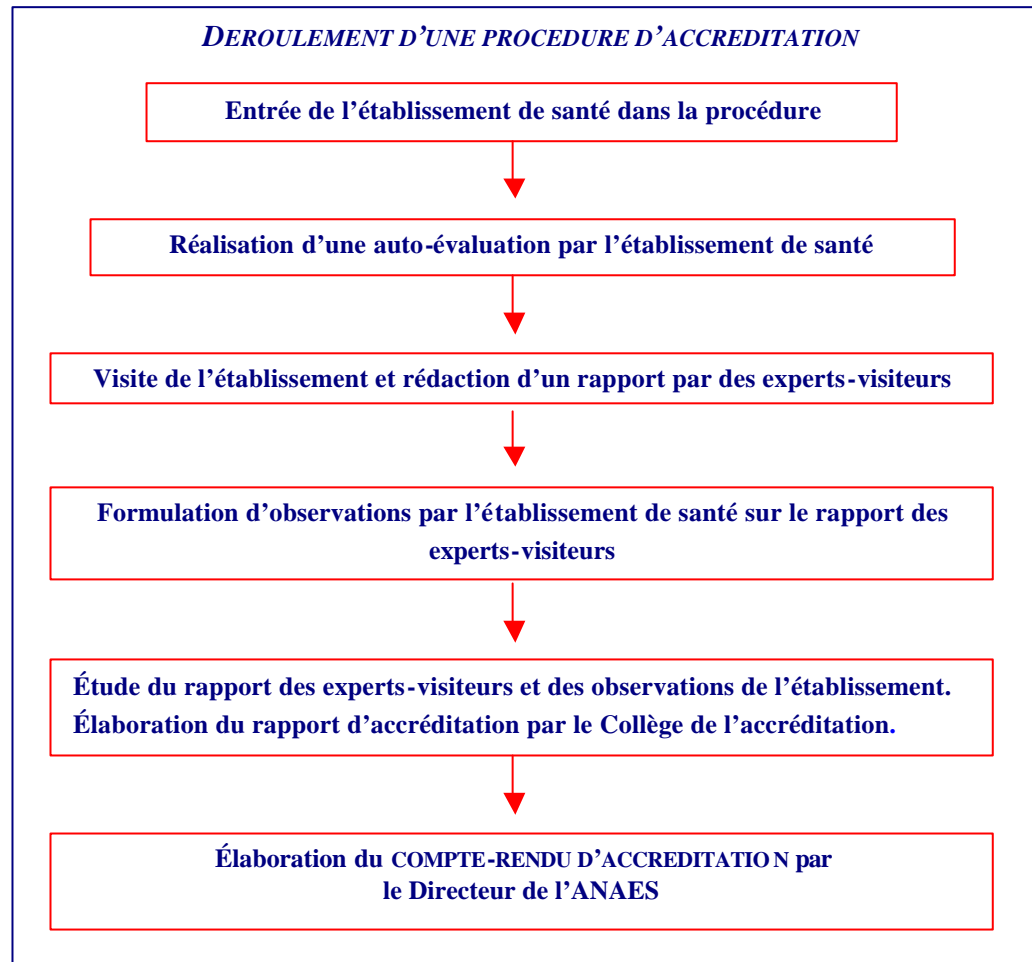
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 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'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 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 | MODALITES 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

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **La Clinique les Trois Soleils – Centre de Rééducation Fonctionnelle**, sise 19, rue du Château - -77310 BOISSISE LE ROI.

Créée en 1970, la clinique médicale privée Les Trois-Soleils a fonctionné jusqu'au 1^{er} juillet 1995.

À cette date, l'établissement a converti la totalité de ses 132 lits de médecine en lits de rééducation fonctionnelle et il a été ajouté en continuité du bâtiment initial de 5 000 m², une extension immobilière de 1 500 m² destinée au plateau technique de rééducation.

Installé dans le village de Boissise-le-Roi, La clinique Les Trois-Soleils est située dans une zone de forte croissance démographique dont le bassin de population de 10 à 15 kilomètres regroupe 200 000 à 300 000 personnes (Melun, Corbeil...). L'établissement appartient au secteur sanitaire Seine-et-Marne Sud n° 14 limitrophe du secteur n° 8 Essonne-Sud.

L'établissement est à ce jour un centre de rééducation fonctionnelle d'adultes de 132 lits en hospitalisation complète.

L'établissement accueille en majorité des patients nécessitant de la rééducation après chirurgie orthopédique ; ces dernières années d'autres pathologies ont été prises en charge, notamment la rééducation neurologique, vasculaire et aussi la rééducation en hôpital de jour.

Les orientations stratégiques du projet d'établissement 2000-2004 comprennent :

- le maintien de la rééducation orthopédique et rhumatologique comme rééducation principale de l'établissement avec orientation vers la prise en charge de la rééducation des épaules ;
- la poursuite du développement d'autres spécialités de rééducation compatibles avec les moyens et les compétences disponibles : rééducation neurologique, vasculaire, rachis ;
- la création d'une structure alternative à l'hospitalisation complète sous la forme d'un hôpital de jour.

À ce jour, la rééducation orthopédique représente 85 % de l'activité ; dont 15 % de rééducation de l'épaule et 6 % de rachis.

La rééducation neurologique, centrée sur la rééducation après accident vasculaire cérébral, représente 10 % de l'activité et la rééducation vasculaire 3 à 5 %.

L'établissement ouvrira 8 places d'hôpital de jour autorisées en août 1999 et qui seront installées en octobre 2002 après la construction actuellement en cours d'une nouvelle extension immobilière de 1 000 m² supplémentaire rendue nécessaire pour agrandir les plateaux techniques de rééducation et accueillir les patients en hôpital de jour.



Courant 2002, la conversion de 14 lits de rééducation polyvalente en 14 lits de rééducation neurologique sera effective. Ce redéploiement permettra de mieux structurer la prise en charge des patients neurologiques.

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 27 mars 2002.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 24 septembre au 27 septembre 2002 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 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

Tous les projets de la clinique prennent en compte les principes de la charte du patient hospitalisé. L'information sur la charte est largement diffusée (réseau informatique interne, livret d'accueil des personnels, bibliothèque qualité et affiches dans les services). Des formations de tout l'ensemble du personnel sont en cours.

Les informations données au patient concernant son séjour sont complètes : document d'information sur le déroulement de l'hospitalisation, livret d'accueil, information sur l'évolution de son état de santé (réunion d'étage multidisciplinaire, consultations individuelles).

L'intimité du patient est prise en compte (paravent dans les chambres à deux lits, indicateur lumineux de présence). Des actions d'amélioration sont prévues : individualiser le bureau d'accueil pour la confidentialité des informations échangées avec le patient lors de l'admission ou de la sortie, augmentation des chambres individuelles dans le cadre de l'extension de la clinique.

Les plaintes des patients sont traitées. La formalisation de leur gestion permettrait une meilleure évaluation.

I.2 Dossier du patient

Depuis 1995, il existe une politique d'amélioration continue du dossier du patient inscrite dans les orientations stratégiques et le projet de soins infirmiers, et impliquant toutes les instances et les professionnels concernés.

Cette politique a permis la réalisation de dossiers contenant toutes les informations nécessaires à une bonne prise en charge du patient, à l'entrée et pendant son séjour, à une bonne coordination entre les professionnels et les secteurs d'activité, à un accès facile et rapide aux informations, à l'établissement d'un dossier de sortie complet assurant la continuité des soins.

La confidentialité est assurée à la fois par des mesures techniques de conservation, de circulation et d'archivage des dossiers, et par une formation des personnels qui a débuté et qui doit être poursuivie.

Certains dossiers ont été évalués et ont bénéficié d'actions correctives (dossier de soins infirmiers et dossier médical). Cette évaluation est programmée pour l'ensemble des dossiers, ce qui nécessitera l'identification d'indicateurs de contrôle de qualité fiables.

Une modification du système de classement des dossiers archivés pourrait en rendre l'accès plus facile.

La réflexion sur l'informatisation du dossier du patient en est à l'extrême début, mais les conditions semblent réunies pour qu'elle progresse.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

L'organisation de la prise en charge est une préoccupation majeure et permanente de la direction et du personnel de la clinique «Les Trois-Soleils ». Elle est prévue dans le projet médical, le projet de soins infirmiers, les orientations stratégiques, définie et proposée par de nombreux groupes de travail et commissions, pour la plupart multidisciplinaires, mise en application par l'ensemble des personnels soignants, administratifs, techniques.

Elle a donné lieu à de très nombreux protocoles et procédures, tous diffusés sous forme papier dans les services concernés et à la bibliothèque qualité, et accessibles sur le réseau informatique interne.

Il existe une progression régulière dans la démarche qualité voulue par la direction et bien comprise et acceptée par les personnels. L'évaluation des résultats de cette démarche en est encore à ses débuts, mais devrait se poursuivre régulièrement et efficacement.

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

La politique de l'établissement en matière de management est définie dans les différents projets (orientations stratégiques, projet social, projet de soins infirmiers, projet des systèmes d'information).

Les personnels et les instances ont été associés à ces projets.

La communication interne autour du patient est assurée grâce aux réunions de coordination entre les professionnels de santé, et les comptes rendus s'y afférant.

La messagerie interne mise en place récemment, permet la diffusion rapide et efficace des informations.

La communication par rapport à la démarche qualité est facilitée par la création de la bibliothèque qualité, la nomination de relais qualité dans les services, le réseau informatique interne.

Le référent qualité assure la coordination.

La politique financière a permis d'atteindre les objectifs des orientations stratégiques (ouverture de l'hôpital de jour prévue pour novembre 2002).

Le suivi budgétaire est assuré par les différents tableaux de bord mis en place.
La comptabilité analytique est prévue après l'ouverture de l'hôpital de jour.
Les profils de poste existent pour l'encadrement.

I.5 Gestion des ressources humaines

La politique de gestion des ressources humaines est définie dans le plan social 2001-2004. Il existe une délégation unique DP-CE qui est concertée sur les affaires la concernant.

La gestion des ressources humaines est assurée par la direction administrative et l'assistante de direction chargée du personnel.

La conférence médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences concernant la sélection et le recrutement des médecins, et la gestion de leur plan de formation. Un plan de formation est élaboré par le recueil informel des besoins.

Il n'existe pas de politique d'évaluation des personnels permettant d'évaluer leurs compétences et d'identifier leurs besoins en formation, mais une volonté d'y réfléchir est présente et l'établissement est invité à progresser dans ce domaine en mettant en place l'entretien annuel du personnel. De même, il est souhaitable de définir une politique de mesure de la satisfaction du personnel.

Le recrutement se fait sur la base des fiches de poste existantes. Il est prévu de généraliser les fiches de poste à tout le personnel.

La vérification des diplômes est faite systématiquement.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

La politique de gestion des fonctions logistiques permet d'assurer un fonctionnement optimal.

L'approvisionnement des secteurs d'activité est organisé en concertation ; tout achat de matériel ou d'équipement fait l'objet d'une concertation entre les professionnels concernés.

Des procédures d'approvisionnement en urgence sont en place. En cas d'urgence médicale, un médecin est sur place 24 heures/24. Le personnel administratif d'astreinte est joignable 24 heures/24.

La maintenance préventive et curative est organisée pour toutes installations nécessitant d'être opérationnelles en permanence et les recommandations des organismes de contrôle sont rapidement levées.

Depuis fin 1999, un système assurance qualité de la cuisine a été mis en place (audits et formations périodiques, investissements réguliers).

Le traitement du linge est sous-traité, et la société prestataire fournit tous les six mois les résultats des contrôles bactériologiques. Au sein de la clinique, le circuit du linge est organisé et le personnel est formé.

Le bionettoyage a fait récemment l'objet de nombreux protocoles et de formations auprès des agents de service hospitaliers.

La fonction transport est organisée : les brancardiers ont été formés et ils possèdent les protocoles qui leur sont applicables.

L'organisation de l'élimination des déchets est maîtrisée. Une évaluation interne de la procédure d'élimination des déchets est prévue en 2003.

L'organisation de la sécurité des biens des patients est assurée.

La sécurité des personnes fait l'objet de nombreuses mesures préventives.

La procédure générale de conduite à tenir en cas d'urgence vitale a été diffusée à tout le personnel en 2002.

Concernant la sécurité incendie : des contrôles préventifs réguliers ont lieu avec des levées de réserves rapides.

De nombreux moyens sont mis en œuvre pour la prévention du risque incendie ; l'évaluation est en cours.

Enfin, une évaluation des prestations logistiques sera réalisée auprès des différents services utilisateurs par l'intermédiaire d'enquêtes systématiques, en 2004.

I.7 Gestion du système d'information

La politique de la clinique en matière d'amélioration continue des systèmes d'information est clairement définie dans le projet d'orientation des systèmes d'information (établi jusqu'à 2004).

De nombreuses actions d'amélioration ont été réalisées depuis ces dernières années : mise en place du réseau informatique et de la messagerie interne, multiplication des terminaux d'accès, des fiches d'incidents et de divers protocoles... permettant une meilleure communication des informations au personnel.

En juin 2002, une évaluation a été menée auprès du personnel utilisateur par le responsable Informatique qui est toujours disponible en cas de problème.

Une réflexion est menée dans la perspective de l'extension de l'informatisation au secteur médical.

Bien que non tenue au programme de médicalisation du système d'information, la clinique a anticipé sa mise en place par l'embauche d'un médecin titulaire d'un DU d'information médicale qui a été nommée responsable de l'information médicale ; sa mission actuelle est en cours de définition.

La confidentialité et la sécurisation des données font l'objet de nombreuses actions d'amélioration, associant tous les professionnels.

Au premier semestre 2003, tous les professionnels de la clinique continueront à recevoir une formation sur le respect de la confidentialité et le respect des droits des patients.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité de la clinique est définie dans les orientations stratégiques et dans les autres projets de l'établissement. Elle se concrétise par une forte implication de la direction et de l'ensemble du personnel.

Les actions sont coordonnées par la responsable qualité, avec l'aide d'un comité de pilotage pluridisciplinaire. Des relais qualité ont été nommés afin de faciliter la communication interne concernant l'application des procédures, et la remontée des dysfonctionnements, au travers des fiches d'incidents.

La politique qualité fait par ailleurs l'objet d'un plan d'action qualité annuel, établi en comité de pilotage et diffusé à tout le personnel.

Le programme de prévention des risques est pris en compte à la fois dans le plan d'action qualité annuel, et dans le programme annuel du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

La prévention des risques liés au bâtiment est structurée annuellement et fait l'objet d'interventions par des sociétés agréées.

La politique de formation du personnel et la communication facilitent les actions en cours ou à mettre en œuvre (bibliothèque qualité, journal interne, réseau informatique...).

Des groupes de travail multidisciplinaires participent aux démarches qualité sur des thèmes prioritaires, définis en comité de pilotage et décrits dans le plan d'action qualité.

La procédure de gestion des événements indésirables est en place. Tout le personnel est informé du processus de signalement des événements indésirables et possède une fiche spécifique à la déclaration des incidents.

Les besoins et les attentes des patients sont recueillis et analysés. Les plaintes sont traitées.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les procédures des vigilances sont formalisées et diffusées à l'ensemble du personnel. Les responsables et les suppléants des vigilances connaissent leurs missions et sont connus des personnels.

L'inventaire du matériel médical est encore à finaliser pour la matériovigilance.

Une évaluation formalisée de l'efficacité des vigilances est à mettre en place, ainsi que l'évaluation des connaissances du personnel en matière de vigilance.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Il existe une dynamique qualité forte pour la politique de lutte contre les infections qui est définie, connue et appliquée. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales joue un rôle majeur en établissant, en validant, en évaluant la majorité des procédures et des protocoles. Son activité est largement diffusée. Les personnels sont informés et formés. Il existe des indicateurs de dépistage et de suivi des infections. Les patients reçoivent une information orale et écrite sur les risques infectieux et leur prévention.

La commission du médicament analyse la consommation d'antibiotiques. Il existe pour le personnel de nombreuses actions de prévention du risque infectieux et des accidents d'exposition au sang ou aux liquides biologiques. Tout le matériel stérile est à usage unique. La démarche qualité en cuisine est permanente et efficace.

De nombreux protocoles et procédures sont écrits, validés et appliqués, mais beaucoup restent à évaluer, ce qui nécessite la recherche d'indicateurs fiables pour ces évaluations, et la confirmation d'un calendrier déjà en partie prévu.



II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

II.1 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 ne fait l'objet d'aucune recommandation et l'invite à poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité.