



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE
LA CLINIQUE PAUL PICQUET**

**11, Boulevard du MAIL
89100 – SENS**

Décembre 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.9
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	
I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	
Synthèse par référentiel.....	p.10
II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	
II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....	p.13
II.2 Modalités de suivi.....	p.13



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.



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.

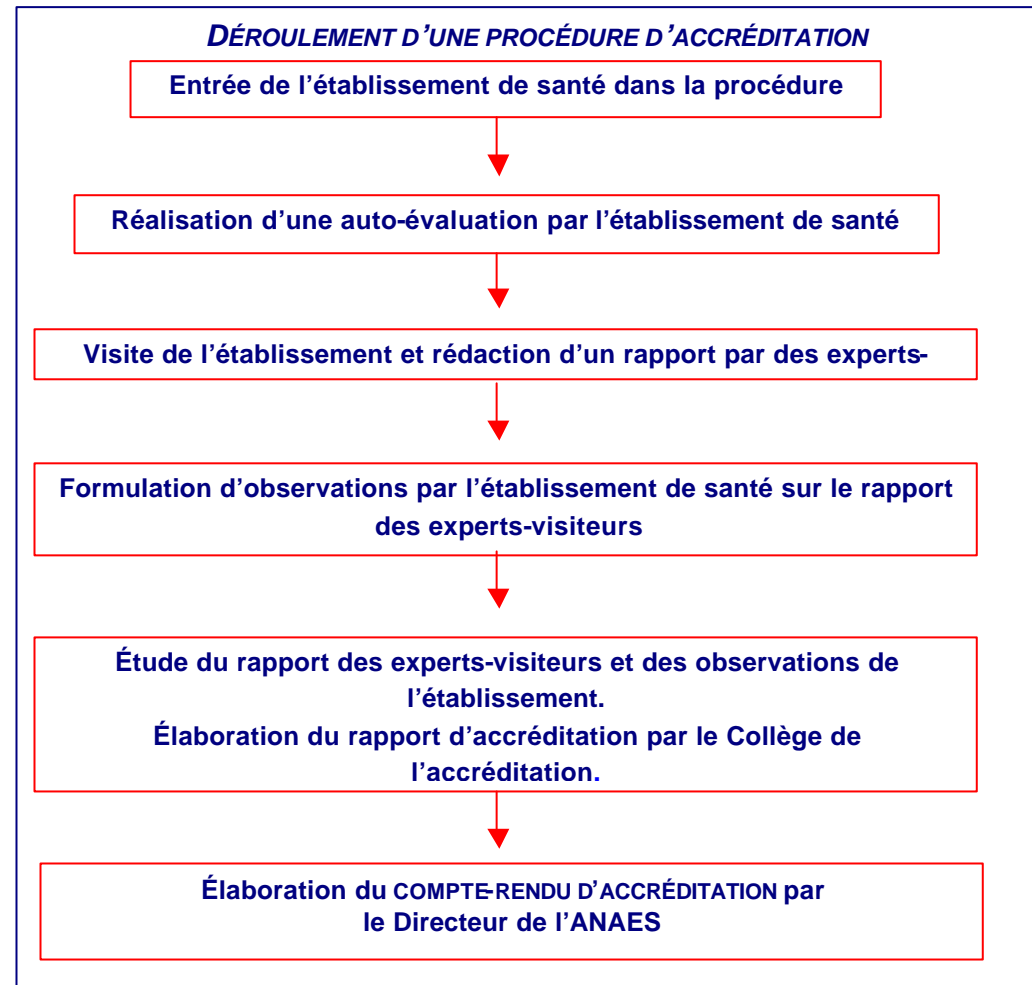
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

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



PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La présente procédure d'accréditation concerne :

- La Clinique Paul Picquet, **sise 11, boulevard du Mail – 89100 SENS.**

La Clinique Paul Picquet a été créée en 1903, elle fait partie d'un groupe financier à actionnariat majoritairement médical.

Elle fait partie du secteur sanitaire n° 3.

Elle est intégrée dans le pôle sanitaire du sénonais qui s'étend de Villeneuve la Guyard, au nord, jusqu'à Migennes, au sud.

Ce bassin de population comprend environ 140 000 habitants, Sens étant une ville de 38 000 habitants.

La Clinique Paul Picquet est un établissement de 103 lits de courts séjours et de 13 places, soit un total de 116 lits et places. Ils se répartissent en : 84 lits de chirurgie classés en catégorie A dont 8 lits classés Hors Catégorie (soins particulièrement coûteux), 11 lits de médecine cardiopathie classés en catégorie A, 8 lits de médecine anciennement spécialisée en colbathérapie classés en catégorie A utilisés désormais en médecine indifférenciée ou soins palliatifs, 10 places de chirurgie ou d'anesthésie ambulatoire, 3 places de chimiothérapie ambulatoire.

Un projet architectural de transfert de son activité sur un nouveau site n'a pas été retenu, du fait que le choix de l'emplacement était situé à la limite de la zone de sécurité d'une usine classée SEVESO. Le projet de transfert est toujours d'actualité, et devrait débuter en 2004.

Une convention de coopération a été signée le 18 décembre 1999 avec le Centre de convalescence de Sainte Colombe, situé à Saint Denis les Sens.

Une convention de coopération a été signée le 14 décembre 1999 et le 14 février 2000 avec la Clinique de Ker Yonnet, située à Champigny sur Yonne.

L'établissement développe une coopération avec le CH. de Sens, la formalisation de cette coopération est en cours.

D'autres conventions existent, notamment avec un laboratoire d'analyse de la ville, une SCP de médecins anatomo-pathologistes, une SCP de médecins radiologistes.

L'établissement dispose d'une licence de gestion d'une pharmacie interne, et possède un service de stérilisation centrale. Le bloc opératoire, composé de 6 salles d'interventions et d'une SSPI de 9 postes, est regroupé sur un seul site. La fonction restauration et l'hygiène des locaux, sont organisées sous la responsabilité de l'établissement. La fonction linge et le tri des déchets, sont sous traités à des prestataires de services.

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 4 octobre 2002.

Cette procédure a donné lieu à une autoévaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 20 au 23 mai 2003 par une équipe multiprofessionnelle 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 décembre 2003.

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 Clinique Paul Picquet, sise 11, boulevard du Mail – 89100 SENS 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

L'établissement inscrit les droits et l'information des patients dans ses priorités. Il assure à tous, l'accès aux soins. L'ensemble des professionnels est sensibilisé au respect du droit des patients.

L'engagement des professionnels permet d'assurer le respect de l'intimité, de la dignité des patients et de la confidentialité des informations afin et pallie la contrainte architecturale. L'évaluation du respect des droits des patients est réalisée au travers du recueil et de l'analyse des résultats des enquêtes de satisfaction.

Il conviendra de poursuivre la réflexion sur l'information, auprès des patients et de leur entourage.

I.2 Dossier du patient

L'établissement développe une politique du dossier patient depuis 1992. L'ensemble des professionnels est engagé dans les actions d'amélioration permettant de finaliser l'informatisation du dossier patient.

Les audits internes sur la tenue des dossiers de soins ont fait l'objet d'une diffusion auprès des professionnels et ont amené à des actions correctives témoignant de la dynamique d'amélioration continue de la qualité.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Le projet de soins décline des orientations visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients en complémentarité avec le projet médical et en coordination avec le projet social. L'engagement des professionnels apporte une dynamique et une réactivité essentielles dans la qualité de l'organisation de la prise en charge, de l'accueil des patients et de leur famille. Il pourra être soutenu par un recours à la formalisation et à la mise en application de protocoles diagnostiques et thérapeutiques dans toutes les spécialités.



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

Le management de l'établissement démontre une volonté très participative fondée sur une culture d'établissement. La poursuite de la réflexion, notamment en terme de communication, devrait favoriser l'implication des individualités.

Quelques outils existants sont à améliorer, un autre est à établir pour favoriser la diffusion de la connaissance du partage des responsabilités dans la poursuite de la dynamique actuelle.

I.5 Gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est une priorité culturelle de l'établissement, ce qu'illustre la politique active d'anticipation et d'adaptation des besoins aux objectifs du projet d'établissement. La politique mise en avant autorise un dialogue social reconnu. Son extension doit s'orienter vers le développement de la motivation des praticiens dans le fonctionnement de l'établissement et la mise en place (programmée) d'outils d'évaluation.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Si les équipements mis à disposition et l'organisation des approvisionnements sont bien adaptées à l'activité pratiquée, il est sûr que les contraintes architecturales actuelles rendent la logistique difficile. Conséquemment, l'établissement a mis en place des mesures palliatives en attendant une possibilité de réponse plus satisfaisante qui sera concrétisée par l'aboutissement du projet architectural. Les équipes sont formées, motivées et dynamiques. La démarche d'amélioration des prestations donne des résultats. La culture du recueil de l'évaluation reste à développer.

I.7 Gestion du système d'information

Le système d'information a fait l'objet d'une réflexion partagée conduisant à des projets ou à des actions d'amélioration. La réalisation des projets facilitera l'évaluation par la mise en place d'outils de mesure et la création de tableaux de bord.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique de la Direction, en adhésion avec la dynamique des professionnels, a réussi à transformer la culture qualité bien implantée dans l'établissement, en véritable démarche continue d'amélioration de la qualité. La démarche d'accompagnement par les personnels formés est actuellement participative et pédagogique, elle devra se structurer autour d'une méthodologie globale multidisciplinaire.



L'engagement des professionnels est réel. Les actions menées sont nombreuses.

L'établissement gagnerait à intégrer les démarches individuelles à la démarche commune.

L'établissement s'est doté d'outils qui vont lui permettre de développer l'évaluation et le suivi de ces actions. Les personnels formés à la qualité engagent une réflexion pour favoriser le choix d'indicateurs suivi sous forme de tableau de bord.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique de l'établissement a favorisé la coordination de l'ensemble des vigilances. Les actions entreprises ont permis de nombreuses améliorations dans ce domaine. La dynamique des différents responsables des vigilances est soutenue, par la forte implication des professionnels. Les structures mises en place vont permettre à l'établissement de s'engager dans une réelle évaluation des actions mises en œuvres.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux est structurée. Les actions entreprises sont nombreuses. La contrainte architecturale peut favoriser des glissements dans les comportements et les circuits. Le dynamisme et l'engagement des professionnels pallient ces défauts de structure. L'établissement et les professionnels en ont conscience et travaillent ensemble sur leur projet de reconstruction d'un nouvel établissement. L'engagement du CLIN et de l'ensemble des professionnels est important autour de ce projet. Une évaluation est en place, et la dynamique des professionnels rencontrés doit permettre de développer le choix d'indicateurs.



II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

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

- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque.

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 de la recommandation mentionnée ci-dessus.

L'établissement met en œuvre les actions correctives et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure d'accréditation.