



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE  
LA CLINIQUE DE L'ARCHETTE**

**83, rue Jacques-Monod  
Quartier du Larry  
45160 OLIVET**

**AVRIL 2005**

**SOMMAIRE**

---

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

**PARTIE 1**  
**PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ..... p.8**

**PARTIE 2**  
**DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION..... p.10**

**PARTIE 3**  
**CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

**I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

**SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL ..... p.11**

**II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ ..... 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 la Haute Autorité de santé (HAS). 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 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.***

### 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 la HAS. 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 la HAS [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.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**

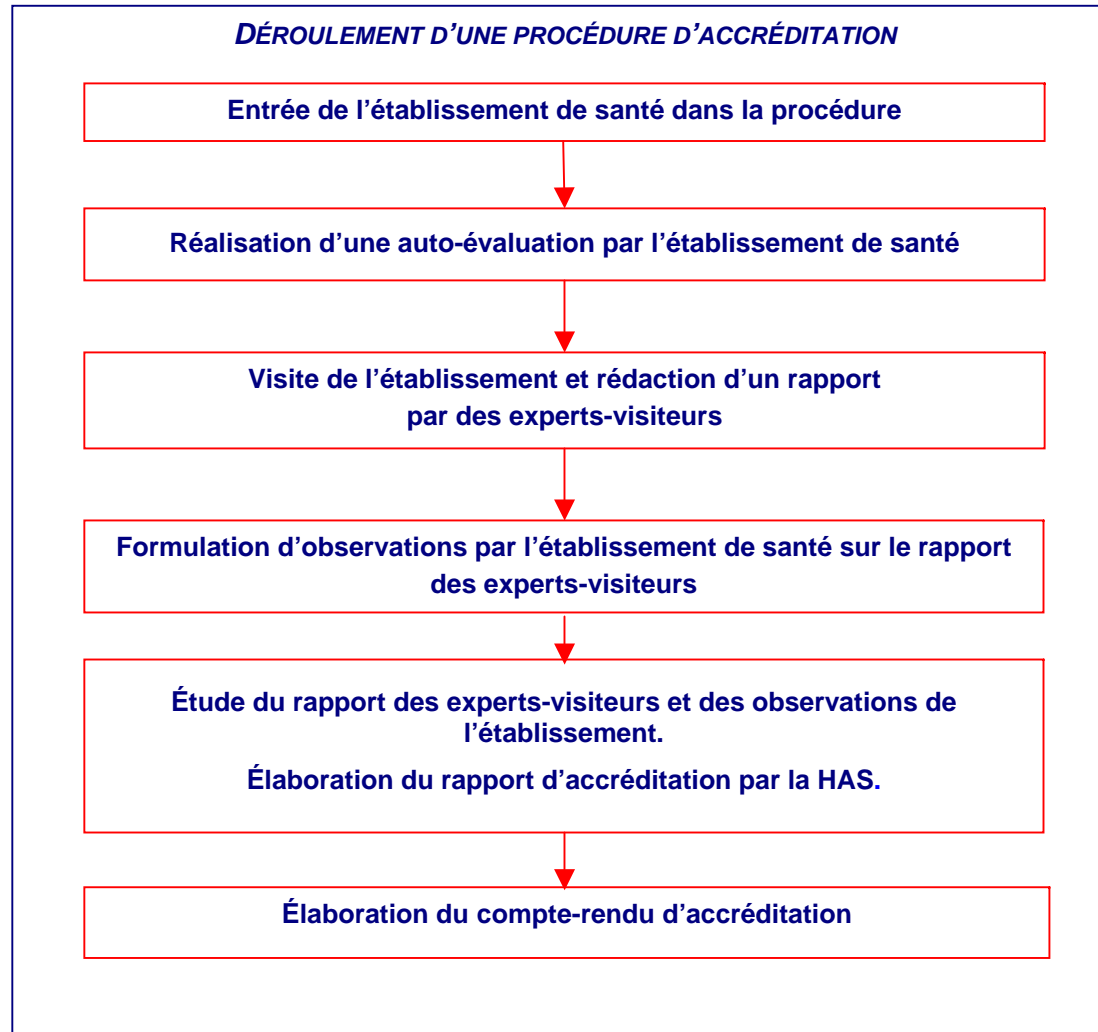
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés par la HAS.

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 la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé 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 compte-rendu d'accréditation est élaboré à partir du rapport d'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 de la HAS sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, la HAS 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 de la HAS peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRÉCIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandation	La HAS 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 la HAS 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 la HAS.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par la HAS.

\* \*

\*

*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 la HAS [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)*

**PARTIE 1**

**PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

<b>Nom de l'établissement</b>	Clinique de L'Archette	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : Olivet <b>Département</b> : Loiret	<b>Région</b> : Centre
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Privé	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	Ets privé à but lucratif	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	135 lits et places en Médecine, Chirurgie, obstétrique	
<b>Nombre de sites</b> <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>		
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	Chirurgie vasculaire, thoracique, viscérale, orthopédique, plastique esthétique, neurochirurgie, urologie, ophtalmologie. Anesthésie-réanimation, cardiologie, gastroentérologie, néphrologie, pneumologie, angiologie-doppler	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i> )	15 lits de neurochirurgie 11 postes de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire	
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> ( <i>GCS, SIH, conventions...</i> )	Convention avec : - la clinique de la Reine Blanche (cardiologie interventionnelle) ; - le réseau Hospitalisation à domicile	
<b>Origine géographique des patients</b> ( <i>attractivité</i> )	Le recrutement s'effectue pour les 2/3 des patients dans un rayon de 20 km d'Olivet. 86 % des patients sont originaires du département du Loiret, 13 % de la région centre, le 1 % restant sont hors région Centre	

<b>Transformations récentes</b> <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Création sur le site d'une consultation de rhumatologie, de diabétologie, de neurologie. Création sur le site d'un pôle d'imagerie lourde : IRM, Scanner
---	---

## **PARTIE 2**

---

### **DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION**

---

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **La Clinique de l'Archette, 83 rue Jacques Monod, Quartier du Larry, 45160 OLIVET.**

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 27 septembre 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 7 au 10 décembre 2004 par une équipe multiprofessionnelle de 3 experts-visiteurs mandatée par la Haute Autorité de santé.

A l'issue de cette visite un rapport des experts a été communiqué à l'établissement qui a formulé ses observations auprès de la HAS.

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués à la HAS pour délibération en Avril 2005.

**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,**

**la Haute Autorité de santé décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure d'accréditation.**

## PARTIE 3

---

### CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

#### I APPRECIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

##### Synthèse par référentiel

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

Les droits et information du patient sont pris en compte dans la note d'orientation pour un projet d'établissement de 2003 et la politique d'accueil s'appuie sur les principes de la charte du patient hospitalisé. Ces principes sont repris dans le livret d'accueil du patient.

Les professionnels sont informés et formés à la question du respect des droits des patients. L'établissement sollicite le patient pour qu'il désigne la personne de confiance ainsi que celles qu'il souhaite voir prévenir. Tout au long de son parcours hospitalier le patient reçoit des informations pratiques sur son séjour, son état de santé et les soins prodigués par les professionnels. S'il le désire, les praticiens se rendent disponibles pour l'informer. Le respect de l'intimité et de la dignité du patient est largement facilité par l'architecture, l'aménagement des locaux, le nombre de chambres individuelles et le respect des bonnes pratiques professionnelles. Les personnels sont sensibilisés à la confidentialité et au secret professionnel lors de la formation du nouvel embauché et dans le livret d'accueil du personnel. L'implication du personnel dans le respect de la confidentialité est à noter. Des procédures de médiation existent à un premier niveau avec la surveillante générale et à second niveau avec la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). La gestion des plaintes des patients est opérationnelle. Le respect des droits des patients est évalué au niveau des usagers notamment par l'analyse des questionnaires de satisfaction. L'établissement développe une politique d'amélioration continue du respect des droits des patients. Occasionnellement des mesures correctives sont adoptées. L'établissement devra veiller à maîtriser les encarts publicitaires du livret d'accueil du patient.

##### I.2 Dossier du patient

La clinique a défini une politique du dossier du patient. Il se compose d'un dossier administratif et d'un dossier de soins unique dont la dernière version a été mise en place en novembre 2002. Le groupe de travail « dossier du patient » a travaillé à la conception d'un dossier de soins unique et a élaboré une procédure de gestion du dossier du patient qui est validée et diffusée. Le dossier du patient comporte les éléments permettant son identification.

Le dossier de soins permet le recueil et le regroupement de l'information par l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans la prise en charge du patient tout au long de son parcours hospitalier. Le circuit du dossier du patient et son archivage ont été réorganisés en 2002 et ont

depuis montré leur pertinence, les règles de confidentialité sont respectées. Les responsabilités des différents intervenants dans la gestion du dossier du patient sont définies dans la procédure *ad hoc*. La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations. Le dossier du patient ne comporte pas systématiquement la trace de la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostic et ou thérapeutique. Fréquemment un document signé du patient atteste qu'il a reçu toutes les informations objectives nécessaires lui permettant de prendre sa décision. Chaque dossier de soins dispose d'un document de prescriptions médicales récemment différencié de celui des observations. Lors de la visite la consultation de dossiers de patients a révélé des observations et des prescriptions médicales le plus souvent signées des praticiens. La politique d'évaluation du dossier du patient est en place et donne lieu à la mise en place d'actions d'amélioration.

L'établissement devra pérenniser la pratique des observations et des prescriptions médicales écrites horodatées et signées.

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

La Conférence médicale d'établissement n'a pas travaillé à définir un projet médical, il n'y a pas de projet de soins abouti et les contrats d'objectifs et de moyens ne déclinent pas les axes prioritaires, mais l'établissement avait identifié ceux-ci à la suite d'une première auto-évaluation en 2001 ; les qualités de l'accueil et de la prise en charge sont favorisées par l'installation en 1999 de la clinique dans un bâtiment entièrement neuf ; l'organisation de la prise en charge des patients est pour une part ancienne, empirique, culture de l'établissement ; sa part plus récente résulte d'initiatives de praticiens incomplètement partagées, et du travail sur ce thème d'un groupe multidisciplinaire depuis 2001 ; l'accueil est organisé dès la préadmission systématique ; la gestion des dossiers favorise l'accès aux informations des venues antérieures ; la gestion de l'urgence interne et externe est organisée ; le circuit du médicament est maîtrisé, mais la lisibilité des paraphes des praticiens n'assure pas leur identification et la récente modification du support des prescriptions, si elle évite leur retranscription et permet la validation de la distribution des médicaments au patient ne voit pas encore son emploi stabilisé ; la charte du bloc n'est pas partagée par la totalité des intervenants ; les imperfections dans les coordinations avec le laboratoire d'analyses et avec le service d'imagerie ont été relevées par l'auto-évaluation ; l'abondant corpus de procédures validées depuis 2001 a peu porté sur des protocoles diagnostiques et thérapeutiques ; certaines procédures ont déjà fait l'objet d'évaluations et le recueil d'indicateurs se développe. L'établissement devra assurer l'organisation des modalités de prescription et leur authentification.

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

La proximité des équipes et des responsables dans leur fonctionnement quotidien, l'organisation de réunions régulières aux différents niveaux de la hiérarchie, la définition d'objectifs et d'indicateurs de résultat, favorisent la communication dans l'établissement et contribuent à alimenter une dynamique qualité. Le conseil d'administration, la délégation du personnel et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail exercent pleinement leurs attributions. Le fonctionnement de la conférence médicale d'établissement n'est pas totalement structuré. Les secteurs d'activité disposent d'outils leur permettant de s'impliquer dans la gestion de l'établissement. Une vision prospective des activités médicales n'est pas formalisée dans le projet d'établissement.

### I.5 Gestion des ressources humaines

Les fonctions des responsables sont connues des professionnels. Le dialogue social est assuré par des rencontres régulières entre la direction et la délégation unique des délégués et du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Les nouveaux personnels sont accueillis et informés dans le cadre d'une journée animée par les différents responsables administratifs et soignants de l'établissement. Un livret d'accueil du personnel est distribué. Une procédure d'évaluation périodique des personnels est en train de se mettre en place. Les personnels nouvellement recrutés sont accompagnés d'un tuteur et évalués au cours des deux premiers mois de leur prise de fonction. Un plan d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels avec un calendrier de mise en œuvre reste à formaliser.

### I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les prestataires internes et externes de l'établissement sont directement impliqués dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. La circulation des biens et des personnes conçue dans un ensemble architectural récent permet la séparation des circuits sale et propre. Des défauts liés à la construction du bâtiment sont en cours de résorption notamment en cuisine. De nombreux protocoles dans le domaine des fonctions logistiques sont formalisés et régulièrement évalués. La démarche qualité est intégrée aux pratiques professionnelles des prestataires internes et externes et contribue à assurer la sécurité des biens et des personnes.

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

L'établissement pose dans une note d'orientation stratégique de 2003 le principe d'une politique des systèmes d'information dont les objectifs sont de favoriser la qualité de la circulation de l'information en y intégrant progressivement l'outil informatique dans une construction pertinente et permettre le croisement des différentes sources d'informations : médicales, administrative et économique. L'informatisation du dossier du patient est le premier objectif fixé permettant le partage de l'information. Un administrateur de réseau est identifié, provenant des services techniques il bénéficie du soutien d'un technicien informatique et la formation de ce personnel mérite d'être poursuivie. L'établissement a défini des mesures visant à garantir la protection de la confidentialité des informations concernant le patient.

Depuis janvier 2001, un médecin est responsable de l'information médicale, ses missions gagneraient à être été formalisées et contractualisées. L'établissement devra initier sa politique d'évaluation dans ce domaine.

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

La politique qualité de l'établissement a été initiée en 1998 par la direction générale de la clinique qui souhaitait une implication pluriprofessionnelle et transversale. Le contrat d'objectifs et de moyens rattaché au projet d'établissement de 1999 identifiait par domaine d'activité des fiches actions avec des objectifs précis.

La politique qualité est intégrée dans le projet d'établissement formalisé en 1999 et repris dans la note de synthèse et d'orientation rédigée en 2003. Le comité de pilotage structuré définit la politique qualité, en structure l'organisation et valide les plans d'amélioration.

Le responsable qualité est chargé d'initier, de suivre et d'informer le comité de direction de l'état des travaux des groupes et l'avancement des réalisations.

Un des objectifs initial et principal de la démarche qualité était de recueillir la satisfaction des patients. Suite au diagnostic interne réalisé en 2001, suivant le manuel d'accréditation, sept actions ont été identifiées comme prioritaires par le comité de pilotage.

Les groupes de travail ont été constitués sur la base du volontariat en veillant à respecter une composition pluridisciplinaire. Les groupes ont travaillé sur ces thèmes.

En 2002, un coordonnateur est adjoint au chef de projet pour animer le groupe et le binôme s'organise pour mener à bien le plan d'amélioration identifié. De nombreux protocoles ont été élaborés dans de nombreux domaines et certains ont fait l'objet d'évaluation. Des indicateurs de résultats ont été déterminés qui permettent de mesurer la qualité dans certains domaines comme la satisfaction des patients ou les bonnes pratiques en prévention des infections nosocomiales.

La gestion documentaire est en place, cependant le responsable qualité constate une lenteur dans le processus des procédures.

Un système de signalement des événements indésirables est en place et fonctionne depuis 2001.

En 2003, ce système est modifié avec révision de la fiche afin de mieux la documenter.

L'efficacité du programme de gestion de la qualité est évaluée à travers diverses enquêtes, leur comparaison dans le temps et la mesure de l'implication des personnels dans la politique qualité.

La gestion des risques étant encore récente dans l'établissement, elle n'a pas encore été évaluée.

## I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sont toutes opérationnelles en matière de recueil d'incidents comme en matière de réactivité à une alerte sanitaire. Un comité des vigilances se réunit plusieurs fois par an ; l'information est délivrée aux services, mais la sensibilisation des praticiens au signalement d'incidents n'est pas organisée ; l'établissement dispose d'un dépôt de sang nominatif dont la gestion est organisée et le suivi posttransfusionnel est organisé et ses résultats sont exploités. Hémo-vigilance et pratiques transfusionnelles font l'objet d'évaluations.

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

L'institution est engagée dans la lutte contre le risque infectieux ; un Comité de lutte contre les infections nosocomiales et une équipe opérationnelle en hygiène forte de 11 correspondants sont constitués sous les autorités d'une anesthésiste, de la pharmacienne et d'une infirmière diplômée d'état hygiéniste, et assurent leurs missions. Leur activité et leurs résultats sont évalués. Le partage des bonnes pratiques en antibioprophylaxie n'est pas généralisé. L'équipement de la stérilisation centrale et son fonctionnement, avec traçabilité informatique, sont performants. Un Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail existe et assure ses missions.

## II DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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, la Haute Autorité de santé, décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il ne fait l'objet d'aucune recommandation et l'invite à poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité.