

**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE  
LA CLINIQUE BIZET**

**23 rue Georges-Bizet  
75116 PARIS**

**Décembre 2004**

---

**SOMMAIRE**

---

<b>COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION » .....</b>	<b>p. 3</b>
<b>PARTIE 1</b>	
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....</b>	<b>p. 13</b>
<b>PARTIE 2</b>	
<b>DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION.....</b>	<b>p. 14</b>
<b>PARTIE 3</b>	
<b>CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>    SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL.....</b>	<b>p. 15</b>
<b>II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé.....</b>	<b>p. 20</b>
<b>II.2 Modalités de suivi.....</b>	<b>p. 20</b>

---

## 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.***

## 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 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***

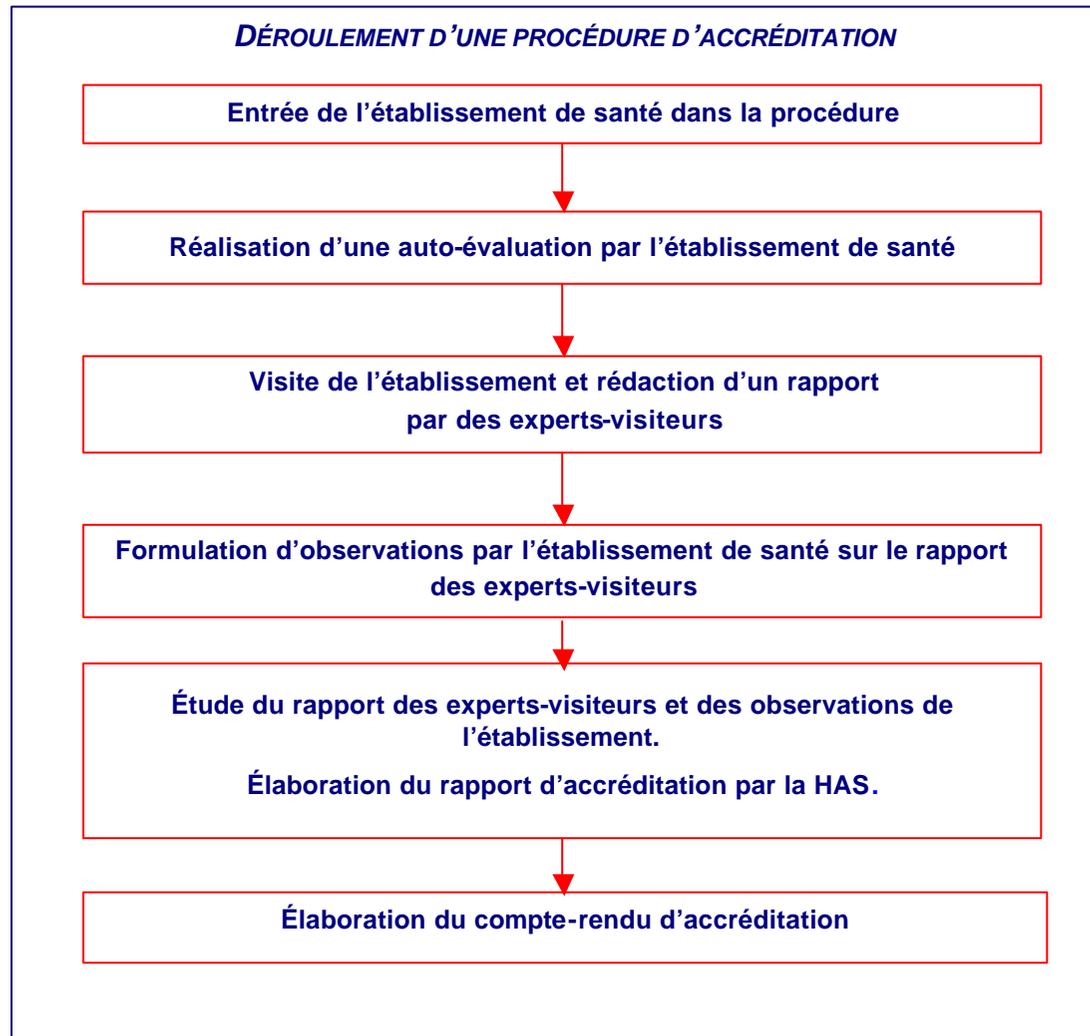
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés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

La présente procédure d'accréditation concerne :

<b>Nom de l'établissement</b>	Association Clinique Bizet	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : 23 rue Georges Bizet, Paris <b>Département</b> : 75	<b>Région</b> : Ile-de-France
<b>Statut</b> (privé-public)	Privé	
<b>Type de l'établissement</b> <i>(CHU, CH, CHS, Hop. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif)</i>	Établissement privé, association loi 1901 à but non lucratif	
<b>Nombre de lits et places</b> <i>(préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))</i>	Médecine : 41 lits et 6 places de chimiothérapie ambulatoire Chirurgie : 110 lits et 15 places de chirurgie ambulatoire Réanimation : 10 lits	
<b>Nombre de sites</b> <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	1	
<b>Activités principales</b> <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	Médecine – Chirurgie	
<b>Activités spécifiques</b> <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i>	Activité ambulatoire en chirurgie et médecine chimiothérapie	
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	Hôpital Saint-Joseph	
<b>Origine géographique des patients</b> <i>(attractivité)</i>	Paris – 50,6 % ; Hauts-de-Seine – 15,1 % ; Seine-Saint-Denis – 4,5 % ; Val-de-Marne – 4,3 % ;	
<b>Transformations récentes</b> <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Arrivée d'un scanner, demande d'autorisation d'une imagerie par résonance magnétique et de deux gammacaméras Restructuration du plateau médico-technique	

## PARTIE 2

---

### DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

---

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 5 août 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 29 juin au 2 juillet 2004 par une équipe multiprofessionnelle de 4 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 **décembre 2004**.

#### **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**

La politique relative aux droits et à l'information des patients est inscrite dans le projet d'établissement. Cette politique est connue et partagée. Elle a fait l'objet d'une action spécifique de formation auprès des personnels. La charte du patient est affichée et connue des professionnels. L'organisation de la prise en charge du patient au sein de l'établissement témoigne du souci du respect des droits des patients. L'établissement et les praticiens veillent à ce que tout patient puisse obtenir une information claire, compréhensible et adaptée, et que l'intimité et la confidentialité soient respectées. Cependant dans les salles de soins des étages, les chariots de dossiers non fermés ne permettent pas cette garantie. La gestion des plaintes et réclamations est organisée. La traçabilité de l'information et du consentement du patient est en cours de généralisation de la part des praticiens. L'analyse des questionnaires de sortie ne permet pas une appréciation globale du respect des droits du patient.

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

La politique du dossier du patient est une priorité de l'établissement, dynamisée depuis 2001 par les travaux suivis du groupe dossier du patient pluriprofessionnel.

La version actuelle de ce dossier sur papier résulte des enseignements de l'évaluation des deux versions précédentes et a été rendue opérationnelle après approbation des instances et des professionnels.

Suite à trois évaluations effectuées, les dossiers transfusionnel, anesthésique et de soins ont été actualisés et des évaluations sont prévues en 2005 sur la forme du dossier avec une attention particulière pour la traçabilité des prescriptions et leur exécution.

La pérennité de cette dynamique est souhaitée par l'ensemble des personnels participant ou non au groupe de travail.

L'état d'avancement actuel de la démarche nécessite de poursuivre l'amélioration de la tenue du dossier du patient et la signature des prescriptions médicales ainsi que la mise en œuvre des règles de confidentialité concernant le patient dans les services de soins.

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

La politique de l'établissement en matière d'organisation de la prise en charge du patient est définie dans le projet d'établissement qui est en voie d'actualisation dans le contexte particulier d'un plan de redressement après la reprise de la gestion de la clinique par la fondation Saint-Joseph.

L'élaboration du projet médical a été menée dans un contexte de coopération médicoadministrative qui n'a pas été possible pour l'élaboration du projet de soins, du fait de l'instabilité de l'ensemble des personnels soignants et du recours nécessaire aux personnels intérimaires.

La normalisation progressive de cette situation permet de constater au cours de la visite que la prise en charge du patient est au centre des préoccupations de tous les acteurs de l'établissement qu'ils soient administratifs, médicaux ou soignants.

Le patient suit un parcours personnalisé de la consultation initiale à sa sortie, le dossier administratif bénéficie d'un support informatique qui permet une traçabilité en temps réel. La traçabilité de la réflexion bénéfiques/risques devra être généralisée dans le dossier du patient.

Le dossier médical de pré-inscription et le dossier de soins en cours d'évaluation permettent la prise en charge des besoins spécifiques du patient, en particulier dans les domaines de la prise en charge de la douleur et de l'infection nosocomiale. Des formations devront être mises en œuvre pour la prise en charge des patients en fin de vie.

La coordination de la prise en charge au sein des secteurs d'activité clinique est facilitée par les diverses procédures et protocoles réglementaires élaborés par les équipes médicosoignantes avec l'aide de l'expertise de l'hôpital Saint-Joseph dans un esprit de travail en réseau. Cette recherche d'amélioration de la qualité a été mise en place en 2000 et mérite la mise au point de nouveaux indicateurs qui permettent une généralisation des procédures d'évaluation et la construction de plans d'actions permettant d'améliorer la traçabilité des actes, la coordination des actions de soins et le niveau de qualité des pratiques professionnelles.

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

La gestion de la clinique, assurée depuis 2001 par les dirigeants de la Fondation Saint-Joseph a initié un changement important dans le mode de management de l'établissement. La qualité est l'une des valeurs qu'elle défend. Ce changement a permis aux professionnels et aux instances internes de comprendre en étant associés à leur définition, les objectifs de la politique de l'établissement, ainsi que le rôle et le domaine de responsabilité de chacun. Une mobilisation et une dynamique du personnel sont perceptibles : elles sont liées à la volonté de transparence et de communication de la direction actuelle.

Les responsables et l'encadrement de proximité sont acteurs de l'amélioration de la qualité dans leur propre secteur. Le management bénéficie de la réactivité et de la complémentarité des secteurs d'activité et de la forte implication de l'encadrement de proximité.

Dans le cadre de cette démarche, l'établissement a engagé des actions de communication interne de la gestion financière. Cette nouvelle dynamique de management a pour but de d'améliorer et de retrouver un équilibre financier.

### I.5 Gestion des ressources humaines

Il existe un projet social formalisé. L'engagement des personnels apparaît au travers des instances représentatives qui se réunissent régulièrement dans le respect des textes en vigueur. Un dialogue social, constructif et organisé, est intégré dans la politique de gestion des ressources humaines. Bien qu'un document unique d'évaluation des risques professionnels soit en cours de réactualisation par le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail, il n'existe pas de programme annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail. La Commission Médicale d'Etablissement exerce pleinement ses compétences, notamment la validation des candidatures médicales. La clinique devra poursuivre la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ainsi que la vérification des conditions d'exercice des personnels non salariés de la clinique. Les fiches de poste sont généralisées et diffusées. Un plan de formation est formalisé et validé par les instances. L'évaluation du personnel n'est pas généralisée. Il existe dans la majorité des services des procédures d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels avec la distribution d'un livret d'accueil. Une gestion du dossier administratif du personnel est en place mais n'est pas évaluée. Enfin, des processus d'évaluations permettent d'améliorer la qualité de gestion des ressources humaines.

### I.6 Gestion des fonctions logistiques

La clinique dispose d'approvisionnements selon des procédures formalisées et connues des professionnels. Il existe une réelle politique de sécurité et de maintenance (préventive et curative) avec des procédures établies. La fonction restauration est sous-traitée, des protocoles sont en place et la satisfaction des clients est analysée, toutefois, l'hygiène des équipements et des locaux est à renforcer compte tenu de leur vétusté. La fonction blanchisserie est, elle aussi, confiée à un prestataire extérieur avec des protocoles en place, une traçabilité et des règles d'hygiène respectées. Une attention particulière doit être portée à la qualité du nettoyage de certains locaux, ce dont l'établissement est conscient, une réorganisation est en cours. L'élimination des déchets obéit à des procédures connues des professionnels mais les conditions de stockage dans le local spécifique doivent être réévaluées (aération, sécurisation). À noter cependant, la réactivité de la clinique pour prendre en compte la traçabilité du nettoyage de ce local.

Concernant la sécurité des biens et des personnes, la clinique l'a organisée selon des procédures formalisées, y compris contre l'incendie. Enfin, des évaluations régulières des prestations logistiques sont réalisées.

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

Le système d'information répond aux besoins des professionnels de l'établissement et fait l'objet d'une attention particulière et d'amélioration récente. Il répond notamment à l'objectif de transparence voulu par la direction pour remobiliser le personnel. Il se traduit par la diffusion d'informations relatives à la politique et à l'activité de l'établissement vers son encadrement et, en sens inverse, par une meilleure prise en compte des besoins des utilisateurs, notamment des unités de soins.

Des réunions régulières sont l'occasion d'échanges d'informations permettant une amélioration continue de la qualité.

Des mesures nécessaires à la protection de la confidentialité et à la sécurité des informations sont prises, toutefois il reste à sécuriser les données personnelles et médicales du patient dans les services de soins.

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

Il existe au sein de l'établissement une forte dynamique d'amélioration de la qualité, partagée par l'équipe de direction, les cliniciens et l'ensemble des personnels. La politique qualité est définie et intégrée au projet d'établissement.

Tous les services disposent d'un système documentaire important, structuré, riche de nombreux protocoles écrits par les personnels concernés, dont l'évaluation reste à formaliser.

La gestion des événements indésirables est en place, mais la sensibilisation de certaines personnes à la nécessité de leur signalement est imparfaite.

Les besoins des patients sont recueillis. Le système de gestion des plaintes et des réclamations est opérationnel.

Le suivi des pratiques à risque détermine la planification et les priorités des actions d'amélioration.

L'évaluation du programme de gestion de la qualité est incomplète, celle de la prévention des risques n'est pas encore en place.

### I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les structures assurant les vigilances sanitaires réglementaires sont en place et opérationnelles. Les responsables sont identifiés et les procédures sont connues. Un comité des vigilances et des risques multidisciplinaire est en place, il gère les signalements et les alertes relevant des vigilances sanitaires.

Le système de réception des alertes fonctionne 24 heures/24, selon des protocoles formalisés et connus de tous. Leur gestion est assurée.

Les incidents sont systématiquement signalés sauf pour la pharmacovigilance. En cas d'incident, les protocoles à suivre sont disponibles dans tous les services et appliqués, les actions correctives nécessaires sont menées, un rapport est transmis à la direction et aux équipes concernées.

Des actions de formation à l'utilisation des protocoles et aux conduites à tenir sont menées pour tous les personnels. La participation des cliniciens y est inégale.

L'activité de transfusion sanguine est assurée conformément aux règles de sécurité. L'information au médecin traitant en cas de suivi post-transfusionnel devra toutefois être systématique.

Les bilans annuels sont faits et communiqués aux instances et aux responsables, les propositions d'actions d'amélioration sont prises en compte.

La dynamique qualité doit être poursuivie également au niveau de l'évaluation des actions entreprises pour assurer la qualité.

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

La maîtrise du risque infectieux est assurée par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et l'unité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales (UHLIN), elle apparaît comme un élément important dans le projet d'établissement. Ces deux structures multidisciplinaires font preuve d'une motivation certaine.

La prévention du risque infectieux repose sur des protocoles élaborés par des groupes de travail sur des thèmes spécifiques, validés par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et diffusés dans tous les services, sur le signalement des cas de non-respect des conditions d'hygiène, sur de nombreuses formations spécifiques pour les personnels, et sur des informations données aux patients.

La surveillance du risque infectieux est assurée, cependant le signalement des infections nosocomiales aux autorités sanitaires n'est pas systématique.

Le personnel de la pharmacie s'est fortement investi dans la qualité des opérations de stérilisation, et dans le suivi des consommations d'antibiotiques. Mais celles-ci ne sont pas encore confrontées à l'évolution des résistances bactériennes.

De nombreuses mesures sont en place pour assurer la protection des personnel.

Le risque lié à l'environnement est maîtrisé, la manipulation des aliments respecte les règles d'hygiène, cependant la disposition des locaux ne permet pas toujours la différenciation des différents circuits, et certains gestes simples destinés à prévenir les risques infectieux ne sont pas systématiquement respectés.

Les comptes rendus de réunions et les bilans réguliers largement diffusés, ainsi que les résultats des évaluations en place sont pris en compte pour mettre en œuvre des actions de prévention et d'amélioration adaptées.

## **II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

### **II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé**

- Généraliser le respect des règles de confidentialité concernant le patient ;
- Poursuivre la mise en œuvre du dossier unifié patient et l'évaluer ;
- Systématiser les prescriptions médicales identifiées et signées ;
- S'assurer du respect des bonnes pratiques en matière de stockage des déchets ;
- Définir et mettre en œuvre les dispositions sur le bon usage des antibiotiques, en vue de maîtriser la résistance bactérienne.

### **II.2 Modalités de suivi**

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, le Collège de l'accréditation décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, le Collège de l'accréditation décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

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