



COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DE L'HÔPITAL DU VESINET

**72 avenue de la Princesse
78115 LE VESINET**

Février 2003

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »	p.
PARTIE 1	
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE.....	p.
PARTIE 2	
DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION	p.
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	
I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.
Synthèse par référentiel	p.
II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.
II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....	p.
II.2 Echéance de la prochaine procédure et modalités de suivi.....	p.



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 tous les 5 ans, sauf lorsque des situations obligent qu'elle soit renouvelée plus tôt.

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.

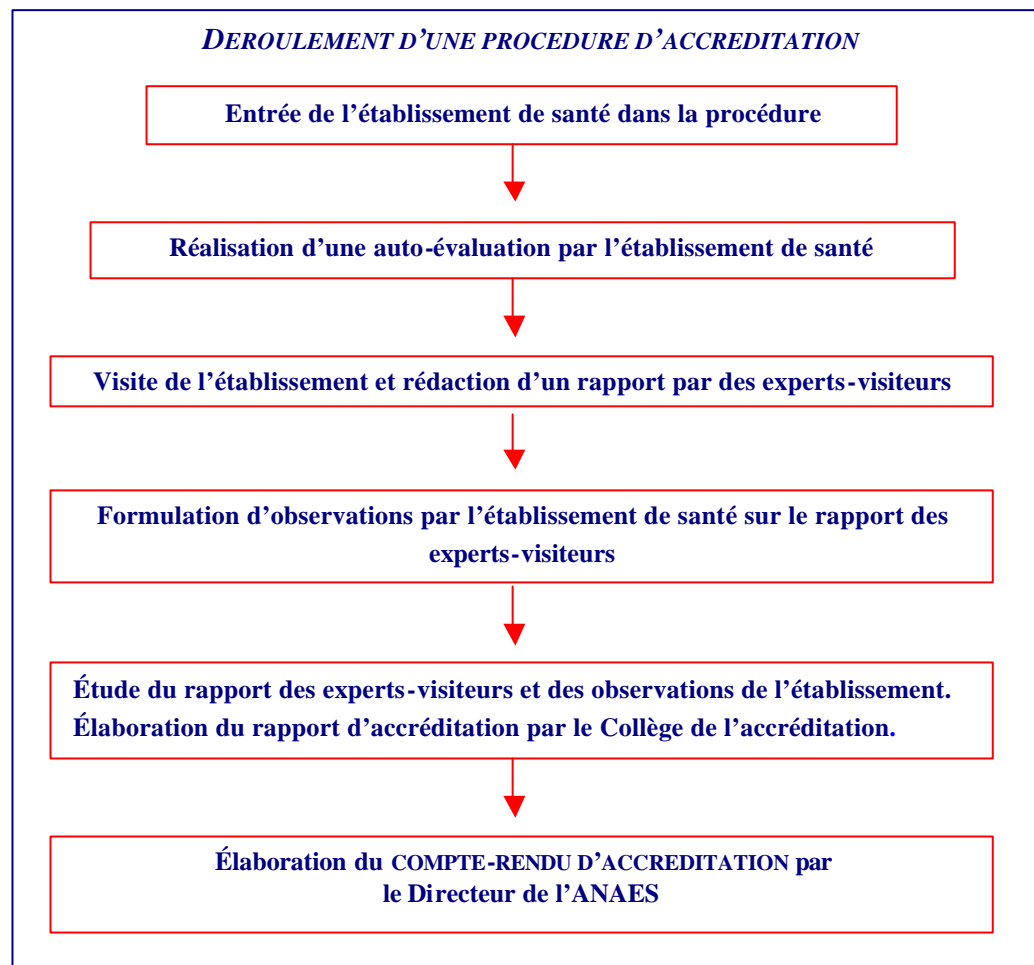
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

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. La prochaine procédure d'accréditation est fixée à une échéance de 5 ans.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la prochaine procédure dont l'échéance est fixée à 5 ans.
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par le Collège de l'accréditation.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation.

* *

*

Les comptes rendus d'accréditation des établissements de santé ayant conclu leur procédure d'accréditation sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de l'ANAES www.anaes.fr

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La présente procédure d'accréditation concerne :

- L'Hôpital du Vésinet, sis **72 avenue de la Princesse - 78115 LE VESINET.**

L'Asile Impérial du Vésinet a été institué par décret du 8 mars 1855 et devient « hôpital du Vésinet » le 8 avril 1993.

Etablissement de santé public, ses missions principales sont :

- La médecine physique et la réadaptation
- La convalescence pré et post-natale
- La convalescence médicale
- Le long séjour

Le nombre de lits et places, regroupés sur un seul site en centre ville mais répartis sur plusieurs bâtiments d'époques différentes s'élève à 336.

L'hospitalisation assure en moyenne annuelle 1 918 entrées et 101 854 journées d'hospitalisation.

Sa durée moyenne de séjour est de 42 jours.

Sa zone d'attraction s'étend géographiquement sur trois départements : les Yvelines, les Hauts de Seine et Paris.

Les patients bénéficient d'une offre de soins qui se décompose comme suit :

- Un département de médecine physique et réadaptation de 142 lits, comprenant six unités d'hospitalisation et un plateau technique (rhumatologie/orthopédie, rééducation post traumatique et neuro-vasculaire)
- Un département de convalescence pré et post natal de 64 lits, avec deux unités (menace d'accouchement prématuré, maladie aggravée par la grossesse hypotrophie)
- Un département de convalescence médicale de 70 lits avec deux unités (cancer, SIDA, toxicomanie, ethylisme)



- Un département de long séjour de 60 lits : démence, manifestations neuropsychiatriques

Le plateau technique comporte également :

- Un secteur d'électroradiologie et imagerie médicale (radiodiagnostic, échographie, électrodiagnostic, électrothérapie) réalisant 95 % des analyses
- Un département de biologie
- une pharmacie

L'hôpital du Vésinet n'a pas connu d'évolution récente. Un dossier concernant la transformation de lits d'hospitalisation traditionnels en 3 lits d'hospitalisation et 9 places d'hôpital de jour est en cours.

L'hôpital du Vésinet est au début de la mise en place de son nouveau projet d'établissement (2001-2005) avec pour stratégie générale son projet médical :

- « centré sur le malade »
- « en cohérence avec les référentiels de l'accréditation et les objectifs du SROSS de seconde génération »
- « en lien étroit avec les besoins de la population, l'offre de soins environnante et les réseaux de soins existants ou futurs ».

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 13 mars 2001.

Cette procédure a donné lieu à une autoévaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 10 juin 2002 au 14 juin 2002 par une équipe multiprofessionnelle de 4 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 février 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 l'Hôpital du Vésinet, sis 72 avenue de la Princesse - 78115 LE VESINET, 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

Le projet d'établissement intègre les principes énoncés dans la charte du patient hospitalisé, celle-ci est largement diffusée.

Le livret d'accueil dans sa forme actuelle datant de 1993, est incomplet. Un groupe de travail a engagé une réflexion sur une nouvelle édition qui est prévue pour début 2003, elle intégrera certaines dispositions nouvelles : CMU, commission de conciliation, déclaration à la CNIL, actions transversales (hygiène, douleur).

L'établissement s'est équipé afin de faciliter la circulation des personnes handicapées, la rénovation des services tient compte de cet aspect.

Le règlement intérieur est opérationnel et validé par le CA. Un contrat signé par le patient avant son hospitalisation précise ses droits et obligations.

Les médecins informent les patients et leur famille à leur demande sur l'état de santé, toutefois la traçabilité de ces informations sur le dossier est inconstante.

La réflexion bénéfice – risque est notée dans le dossier mais uniquement pour les actes invasifs, une réflexion est en cours pour l'étendre à la stratégie diagnostique et thérapeutique.

Le patient peut quitter l'hôpital à tout moment sur sa demande, cependant une harmonisation des différentes fiches de sortie, serait souhaitable.

La confidentialité est garantie ;le nom des patients figure sur la porte des chambres, pour humaniser la relation soignants patients, mais ces derniers sont informés qu'ils peuvent le faire supprimer sur simple demande orale.

La commission de conciliation existe, mais son règlement intérieur n'est pas formalisé, ses réunions devraient se faire à la demande, compte tenu du faible nombre de plaintes reçues, et non deux fois par an.

Il existe un questionnaire de sortie dont le taux de retour est très satisfaisant, un groupe de travail a engagé une réflexion sur son évaluation.

I.2 Dossier du patient

Il existe un dossier du patient unique dans l'établissement, mais il n'est pas uniforme dans les différents secteurs ; le groupe DPA a pour projet cette uniformisation pour 2004, dans l'optique de l'informatisation prévue au schéma directeur pour 2005.

L'archivage des dossiers n'est pas organisé, les lieux de stockage sont éparpillés, et parfois dans de très mauvaises conditions de conservation.

Les règles de confidentialité sont connues des personnels mais pas toujours écrites ; il n'existe pas de destructeurs de papiers, leur installation est prévue pour 2003.

Les prescriptions médicales sont datées et signées par le prescripteur. Un groupe projet concernant le dossier du patient existe depuis 1999, il évalue la tenue des dossiers.

Compte tenu du type d'activité de l'établissement conduisant à une durée de séjour longue (36 jours) et une rotation peu importante, le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant est long, allant parfois jusqu'à 15 jours. Cette remarque est à rapprocher du fait que les besoins et la satisfaction des correspondants externes ne sont pas formellement mesurés.

Des évaluations transversales sont conduites sur la tenue du dossier patient mais la démarche n'est ni coordonnée et ni multiprofessionnelle.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Un projet médical et un projet de soins existent.

Un système de pré-admissions administratives et médicales a été mis en place dans l'ensemble des unités de soins, celle-ci couvre l'ensemble des patients, puisqu'il n'y a pas d'entrée en urgence ni les week-ends.

La politique hôtelière figure dans le projet d'établissement, mais elle n'est pas coordonnée entre les équipes hôtelières et les équipes soignantes.

Une équipe mobile de soins palliatifs pour coordonner la prise en charge de la douleur et accompagner les patients en fin de vie est en projet et approuvée par la tutelle.

La coordination intra services est effective, par contre il existe peu de coordination inter services entre personnels médicaux, para médicaux et administratifs ; ceci est sans doute lié aux activités très différentes, les transferts de patients dans un autre service étant vraisemblablement l'exception.

Il existe une commission des gardes et astreintes et un médecin est présent 24 h/24.

Les chariots d'urgence sont contrôlés tous les 6 mois, mais il n'existe pas de traçabilité dans les services.

Les règles de fonctionnement de la pharmacie sont connues des utilisateurs.

Un audit de la procédure « emprunt de produits pharmaceutiques en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie » est programmé pour

novembre 2002.

La sortie du patient est organisée avec la famille, ce qui devrait permettre de réduire voire de faire disparaître le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant.

L'entretien et l'hygiène de la morgue ne sont pas formalisés, il est prévu qu'un groupe de travail soit constitué pour y remédier, sur la base des recommandations du CCLIN PARIS - Nord.

Des protocoles diagnostiques et thérapeutiques existent, mais il est souhaitable de les développer et de les évaluer. Les pratiques professionnelles ne sont pratiquement pas évaluées, à l'exception des transmissions infirmières.

Les objectifs et la stratégie de l'établissement sont définis, par contre ils ne sont que rarement généralisés et coordonnés et encore moins évalués.

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

L'Hôpital du Vésinet a élaboré un projet d'établissement pour la période 2001-2005, il s'est doté d'un organigramme pour l'ensemble des secteurs. Le CA, la CME, le CTE se réunissent régulièrement et de façon coordonnée, mais il n'existe pas de règlement intérieur de l'ensemble de ces instances. L'établissement a mis en œuvre une politique de communication en interne et en externe. A l'occasion de l'élaboration du projet d'établissement un programme décennal d'investissements a été formalisé et validé par les instances.

La mise en place de tableaux de bord de suivi n'est que partielle il conviendrait de la généraliser, afin d'impliquer les responsables des services dans la gestion de leur secteur d'activité.

L'établissement a désigné des référents qualité qui sont garants de l'appropriation des nouvelles procédures dans leurs services respectifs.

Les outils de pilotage sont en voie d'extension.

I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social existe, il a été diffusé à tous les agents ; la transversalité de sa réalisation est effective. Le dialogue social est organisé et intégré.

La C M E exerce ses compétences en particulier sur la sélection, le recrutement et la formation des praticiens. La procédure en ce qui concerne les gardes et astreintes a été réalisée suite à la visite d'accréditation.

La gestion prévisionnelle des ressources humaines est formalisée. Les fiches de fonction et les profils de postes n'existent pas véritablement, ils feront l'objet d'une action prévue pour novembre 2002-novembre 2003.

Il serait souhaitable de formaliser, au travers de la C M E la formation du personnel médical pour pouvoir arrêter un véritable programme.

Au regard de ce référentiel les objectifs et la stratégie de l'Hôpital du Vésinet sont définis, diffusés connus et partagés par les professionnels.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les équipements et les approvisionnements sont évalués et adaptés aux besoins des utilisateurs. Les équipements sont soumis à la procédure du budget annuel avec un ordre de priorité.

La sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations sont assurées. La politique de maintenance est définie mais elle est essentiellement curative, la maintenance préventive n'est pas une politique définie dans l'établissement.

En dépit d'un certain nombre de difficultés liées à la construction, le système d'assurance qualité est en place au travers de la méthode HACCP. La cuisine SPN qui ne respectait aucune règle d'hygiène a été fermée et démontée le 1-7-02, une nouvelle cuisine thérapeutique à visée psycho-sociale est à l'étude.

Les conditions de conservation du linge sont à améliorer, le réaménagement de la lingerie est prévu au plan d'équipement 2003 visant à supprimer les rayonnages en bois et réorganiser le circuit linge propre - linge sale.

Il conviendrait de redéfinir la fonction transport.

Le stockage extérieur des déchets à risques n'est pas sécurisé.

Les objectifs et la stratégie au regard de ce référentiel n'existent pas véritablement ; des actions d'amélioration sont réalisées avec une antériorité limitée ne permettant pas une réelle évaluation.

I.7 Gestion du système d'information

Il est mis en évidence le traitement partiel de ce référentiel sous son aspect informatique.

L'installation du parc informatique est en voie de développement.

Un manque de sécurisation de certains accès est constaté ainsi qu'une absence de consignes écrites à ce sujet. Cependant, l'établissement possède en interne les volontés et compétences pour finaliser un projet de développement des systèmes d'information répondant aux besoins des utilisateurs grâce à la forte implication de ses responsables.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

L'hôpital du Vésinet dispose d'une politique qualité engagée par la direction depuis 1999, elle figure comme axe prioritaire dans le projet d'établissement. Une cellule qualité est constituée avec à sa tête un responsable qualité.

L'auto évaluation a permis de structurer et d'organiser une politique d'amélioration de la qualité, un comité de pilotage a été mis en place. Il

conviendrait de s'assurer de l'implication de l'ensemble des professionnels.

La satisfaction des patients et de leurs proches est évaluée. Par contre les besoins et la satisfaction des correspondants médicaux externes ne sont pas formellement mesurés.

Les indicateurs de résultat pertinents sont encore peu nombreux.

L'établissement se propose de mettre en place une analyse globale et institutionnelle des différents incidents déclarés dans le cadre de la prévention des risques (échéance octobre 2002-janvier 2004).

La mise en place et l'évaluation des actions sur le terrain restent à mettre en place, en s'assurant de l'implication de l'ensemble des professionnels.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les constats nous conduisent à conclure qu'il existe une volonté de mettre en place une véritable politique en matière de vigilance et de sécurité transfusionnelle.

Les documents sont diffusés. L'implication dans la mise en œuvre reste moins évidente et les actions d'amélioration sont à définir et à réaliser pour permettre une évolution dans l'établissement.

Les actions d'amélioration et d'évaluation sont à définir et à analyser.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Il existe une réelle volonté de la part du CLIN et de son président de mettre en place une dynamique en matière d'hygiène, toutefois il n'y a pas de véritable politique de maîtrise du risque infectieux. Le programme annuel d'activités spécifiques à l'établissement n'est pas clairement défini. La communication des actions de lutte contre les infections nosocomiales n'est pas effective dans l'établissement.

Le CLIN jusqu'alors n'était pas consulté systématiquement sur les projets d'aménagements et de travaux.

Le dispositif d'alerte est efficient dans la prise en charge de la surveillance des BMR, mais les secteurs à risque ne sont pas identifiés.

Il existe un classeur de procédures d'hygiène connu des soignants mais le suivi des protocoles auprès des personnels est insuffisamment assuré.

La procédure sur les mesures à prendre en cas d'accident d'exposition au sang a été réactualisée et diffusée, mais la sensibilisation des soignants reste à évaluer.

Le système d'assurance qualité en stérilisation n'est pas efficient ; l'hôpital du Vésinet a décidé d'arrêter la stérilisation en interne, le contrat de sous-traitance avec l'hôpital de Saint-Germain est en cours d'approbation auprès du Préfet.

II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

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

Uniformiser et coordonner la tenue du dossier du patient (DPA 4).

Améliorer la prise en charge des patients décédés (OPC 13).

Réserve formulée par le Collège de l'accréditation

Garantir la qualité de l'archivage des dossiers des patients (DPA 2, DPA 6).

II.2 Echéance de la prochaine procédure et 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.

Cependant, le Collège ayant émis une réserve sur les points mentionnés ci-dessus, un rapport de suivi sera produit par l'établissement sur les sujets concernés dans un délai de 18 mois à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport de suivi, le Collège de l'accréditation procédera à un réexamen de la situation de l'établissement pour déterminer le délai avant une nouvelle procédure d'accréditation.