



**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DE LA
CLINIQUE BELLE RIVE**

**55 avenue Gabriel Péri
30404 VILLENEUVE-LES-AVIGNON Cedex**

Février 2002

SOMMAIRE

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

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE..... p. 6

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION p. 7

PARTIE 3

LES CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p. 8

I APPRECIATIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p. 8

I.1 Synthèse par référentiel..... p. 8

I.2 Synthèse selon les trois orientations stratégiques p. 13

II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p. 14

II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation..... p. 14

II.2 Echéance de la prochaine procédure et modalités de suivi..... p. 14

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.

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

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...).

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.*

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.*

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.

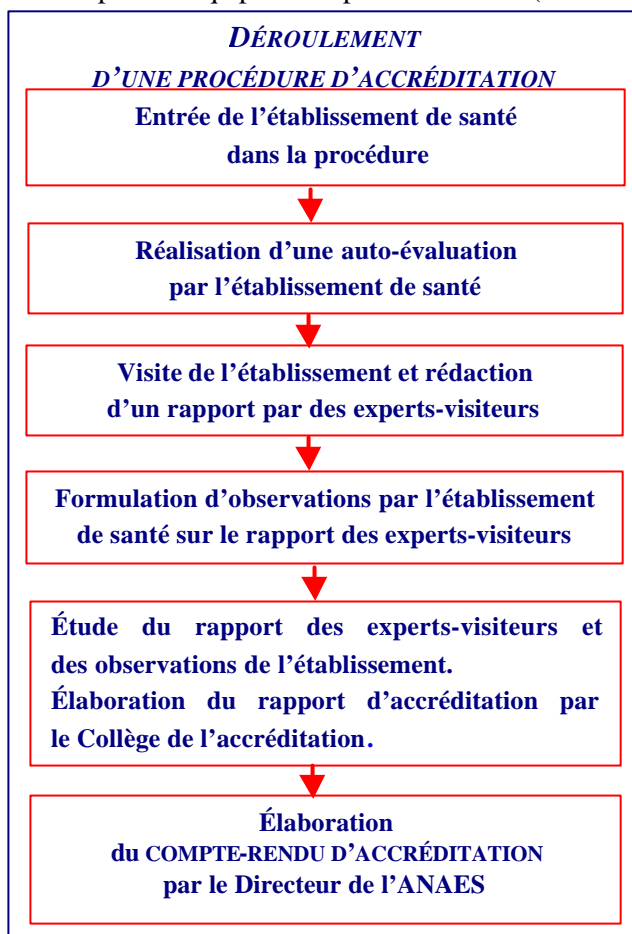
Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* 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 11 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 d'une part une synthèse selon les 10 référentiels, d'autre part une synthèse selon trois orientations stratégiques définies par le Collège de l'accréditation : **la satisfaction des besoins du patient, la maîtrise des situations à risque et la dynamique de gestion de la qualité.**

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	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandations	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 concerne :

- **La Clinique Belle Rive**, sise 55 avenue Gabriel Péri - 30404 VILLENEUVE-LES-AVIGNON Cedex.

La clinique Belle Rive, Clinique de Psychiatrie générale, est située au pied de la tour Philippe le Bel à Villeneuve-Lès-Avignon, à 1 km d'Avignon, au bord du Rhône. Elle est au point d'intersection de deux régions, le Languedoc-Roussillon et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. C'est une clinique de 100 lits d'hospitalisation dans un parc très bien entretenu qui va jusqu'au bord du Rhône. Elle est bien desservie par les transports en commun.

La clinique Belle Rive est un établissement qui ne reçoit pas d'urgence psychiatrique et qui pratique une hospitalisation complète et ouverte. Elle reçoit environ 900 patients par an, avec un taux d'occupation des lits de 99,61 %.

C'est une clinique conventionnée, l'activité médicale y est libérale pour quatre médecins et salariée pour cinq autres postes (en 2000).

Les médecins assurent une activité de consultations au sein de l'établissement. Il n'y a pas de plateau technique radiologique, ni de laboratoire. Il n'y a pas d'activité d'électroconvulsivothérapie.

La clinique propose dans sa démarche thérapeutique et sa prise en charge du patient psychiatrique beaucoup d'activités ergothérapeutiques et socio-thérapeutiques (ateliers d'ergothérapie, musicothérapie, théâtre, chorale, gymnastique, piscine, promenades, massages...).

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 17 juillet 2000.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 13 mars 2001 au 15 mars 2001 par une équipe multiprofessionnelle de 3 experts-visiteurs mandatée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

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

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués pour délibération au Collège de l'accréditation en février 2002.

Après avoir pris connaissance :

- **du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'auto-évaluation et de la visite, de la mise à disposition des documents de synthèse sur la sécurité et du suivi des recommandations faites par les organismes de contrôle,**
- **des observations et informations complémentaires au rapport des experts fournies par l'établissement,**

le Collège de l'accréditation décide que la Clinique Belle Rive, sise 55 avenue Gabriel Péri - 30404 VILLENEUVE-LES-AVIGNON Cedex, a satisfait à la procédure d'accréditation.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Les appréciations du Collège de l'accréditation sont présentées selon les référentiels et les trois orientations arrêtées par ledit collège.

I APPRECIATIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I.1 Synthèse par référentiel

I.1.1 Droits et information du patient

L'établissement inscrit les droits et l'information du patient dans ses priorités. Ils imprègnent la culture de l'établissement.

L'établissement assure à tous l'accès aux soins.

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour, ainsi que sur les soins qui lui sont prodigués et sur son état de santé. Ses volontés en matière de confidentialité sont recueillies et respectées.

Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant.

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient ainsi que sa liberté sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation. Il peut refuser la visite d'élèves.

Le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est garanti au patient. La culture et l'organisation de l'établissement font de cette exigence un des points forts de l'établissement.

Les réclamations et/ou plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière. Une réunion hebdomadaire facilite l'expression des patients, ils en rédigent eux-mêmes un compte-rendu largement diffusé.

L'établissement a débuté une évaluation du respect des droits du patient.

L'amélioration doit porter sur :

- La poursuite de l'organisation de l'évaluation du respect des droits du patient.

I.1.2 Dossier du patient

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité. Elle associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés.

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité.

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations.

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations.

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue, à partir d'audits suivis d'améliorations.

I.1.3 Organisation de la prise en charge des patients

L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients.

L'implantation ancienne de l'établissement fait que son activité est connue du public. Il est répertorié dans les annuaires courants et professionnels. Il participe aux instances régionales et organise des journées de formation médicales.

L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage. Le bureau des entrées a été récemment restructuré. Le respect du caractère non fumeur de l'établissement est effectif.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé. Les besoins spécifiques du patient sont identifiés et pris en charge. L'évaluation de l'état du patient se fait quotidiennement et de façon diversifiée. Les différents traitements sont régulièrement expliqués, mais la traçabilité de la discussion bénéfico-risque est organisée depuis peu. La prise en charge se fait sur des pathologies et selon des protocoles de soins ciblés. D'importantes actions d'information et d'éducation sont entreprises.

La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques et la continuité des soins assurée. De nombreuses concertations entre professionnels sont organisées au moyen, entre autres de "micro synthèses" et de réunions institutionnelles. Les professionnels déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

Le circuit des médicaments est organisé.

Les relations avec les médecins traitants sont organisées et leur information régulière.

La sortie du patient est planifiée, parfois dès l'admission et coordonnée. Aucune décision n'est prise sans l'accord du patient et la collaboration de l'entourage, si nécessaire.

Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles et des résultats obtenus se fait régulièrement mais est encore très peu formalisée.

L'amélioration doit porter sur :

- Le développement des mesures récentes portant amélioration de la traçabilité de la réflexion bénéfico-risque.

I.1.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

L'établissement dispose d'un projet d'établissement décliné en objectifs hiérarchisés. Le contrat d'objectif et de moyen reprend ces objectifs.

La direction, le Conseil d'Administration et les instances de l'établissement exercent pleinement leurs attributions.

L'établissement met en œuvre une politique de communication. Le programme d'actions prioritaires et la politique qualité sont au centre de l'information diffusée aux professionnels.

La politique financière et budgétaire concourt à l'atteinte des objectifs de l'établissement.

L'établissement a des outils de pilotage de sa gestion qui permettent l'implication des secteurs d'activité et favorisent l'amélioration de la prise en charge du patient.

La place et le rôle des professionnels sont identifiés.

Le secteur hôtelier et la pharmacie font l'objet d'un suivi individualisé de leurs ressources.

La réalisation des objectifs de l'établissement et des secteurs, en regard du projet d'établissement ou des orientations stratégiques, est évaluée mais non encore formalisée dans tous les secteurs. Le contrat d'objectif et de moyen a fait l'objet d'un rapport d'étape.

I.1.5 Gestion des ressources humaines

Le projet d'établissement comprend un projet social mis en œuvre conformément à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie.

Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines. Les instances représentatives du personnel fonctionnent, cependant elles n'ont pas de règlement intérieur.

La Conférence médicale exerce pleinement ses compétences.

La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice.

Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place.

Les procédures périodiques d'évaluation du personnel ne sont pas formalisées et l'encadrement peu impliqué.

Un important effort de formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels.

La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel.

L'amélioration des conditions de travail des personnels fait l'objet d'un suivi par le CHSCT, mais il n'y a pas de planification de ces actions à moyen terme.

Une enquête ponctuelle de satisfaction du personnel a été réalisée. Il n'existe pas d'évaluation de la gestion des ressources humaines sur la base d'indicateurs suivis à périodicité définie.

Les améliorations doivent porter sur :

- La formalisation de la procédure périodique d'évaluation du personnel et l'implication de l'encadrement ;
- l'élaboration des règlements intérieurs des instances représentatives du personnel ;
- la réalisation d'un programme et d'un bilan annuel du CHSCT et notamment des conditions de travail.

I.1.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés aux besoins de son activité. Cependant les procédures d'achat sont en cours de formalisation.

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations. Les maintenances préventives et curatives sont organisées et opérationnelles.

La fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel et évalue la satisfaction des consommateurs. Une commission menus intégrant des professionnels des secteurs d'activité a récemment été créée.

La fonction blanchisserie est en grande partie sous-traitée. Elle n'est pas évaluée. Un programme de formation des professionnels a été mis en place mais il ne s'est pas traduit dans l'organisation interne.

Le nettoyage des locaux et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène, mais l'organisation de la traçabilité du nettoyage est toute récente.

La fonction transport est organisée et coordonnée. Elle n'est pas encore évaluée.

Les déchets sont triés dans les secteurs d'activités et leur élimination suit les filières adaptées selon leur nature. Il n'y a pas d'évaluation périodique.

L'établissement dispose d'une organisation et de personnels chargés d'assurer la sécurité des biens et des personnes. Les protocoles sont en place.

L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie.

Les formations sont faites régulièrement. La formation d'un responsable est prévue.

L'évaluation des prestations logistiques est à formaliser et à généraliser.

Les améliorations doivent porter sur :

- L'organisation de la fonction achat ;
- la poursuite des récents efforts d'organisation et d'évaluation de la fonction blanchisserie ;
- la poursuite des récents efforts d'organisation de la traçabilité des opérations de nettoyage ;
- la mise en place d'une évaluation des fonctions logistiques auprès des utilisateurs.

I.1.7 Gestion du système d'information

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre. Elle est définie en concertation avec le Conseil d'administration. La Conférence médicale est impliquée. Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises.

L'établissement se prépare à l'introduction du PMSI, la qualité du dossier médical la facilitera. Cependant il n'y a pas encore de tradition d'analyse de l'activité médicale.

Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité. Il est inclus dans le dispositif de suivi des événements indésirables.

I.1.8 Qualité et prévention des risques

L'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques. Un référent qualité est en place. La gestion de la qualité et de la prévention des risques est située dans des organigrammes fonctionnels et hiérarchiques de l'établissement.

Un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des "clients" est en place. Ses résultats sont analysés et diffusés.

La gestion de la qualité permet la maîtrise multidisciplinaire des processus, des métiers et des documents. En matière de soins, elle est organisée selon les priorités définies par l'ARH. Une action importante en matière de protocolisation a été entreprise. Une approche "résultats" est en cours. La gestion documentaire est en place.

Un programme de prévention des risques est en place.

L'efficacité du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques est encore peu évaluée.

L'amélioration doit porter sur :

- Le développement des méthodes d'évaluation des actions qualité et de recueil des événements indésirables.

I.1.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et professionnels concernés. Les responsables sont désignés et opérationnels. Le CLIN est actif. La consultation des comptes-rendus du CLIN et du CHSCT est évaluée.

Les vigilances sanitaires sont opérationnelles dans l'établissement. Les systèmes d'alerte sont opérationnels.

Les professionnels sont informés et formés à périodicité définie en ce qui concerne les vigilances sanitaires.

Les activités de vigilance sanitaire et de sécurité transfusionnelle font l'objet d'évaluations annuelles et d'actions d'amélioration.

L'amélioration doit porter sur :

- La poursuite des récentes rédactions de protocoles appliqués à la gestion des stocks de médicaments et leur évaluation.

I.1.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'établissement initie et met en œuvre une politique dynamique et coordonnée de maîtrise du risque infectieux chez les patients et les professionnels.

La politique de maîtrise du risque infectieux associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et les professionnels concernés, y compris la conférence médicale. Un correspondant du CLIN est en place dans chaque service.

Le programme de lutte contre le risque infectieux associe les professionnels compétents. Le programme de lutte contre le risque infectieux comporte une surveillance, y compris à la cuisine.

Le suivi de l'usage des antibiotiques est en place, mais il n'y a pas de suivi spécifique à la résistance bactérienne.

Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, établi en collaboration avec le CHSCT et la médecine du travail, est élaboré.

Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisé.

Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé. Il est l'objet d'action visant à son amélioration continue.

Des procédures concernant la manipulation, le stockage, la préparation et la distribution des aliments sont mises en œuvre et font l'objet d'action d'amélioration.

La réalisation et l'efficacité du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont évaluées à périodicité définie avec le CLIN, en liaison avec le CCLIN.

I.2 Synthèse selon les trois orientations stratégiques

I.2.1 Satisfaction des besoins du patient

L'établissement repère et prend en charge des besoins spécifiques liés aux pathologies ciblées relevant de son champ d'activité, en proposant des activités de soins ciblées sur l'alcoolisme, la psychose ou les besoins spécifiques des personnes âgées. De nombreux soins à médiation corporelle sont pratiqués. Un effort particulier est fait vers la resocialisation et de nombreux "ateliers" d'ergothérapie quasi-individuelle sont ouverts. Ces soins nécessitent un investissement personnel fort de chaque soignant et une rigoureuse planification. La douleur psychologique est la raison d'être de l'établissement. Les priorités dans la structuration des soins sont mises en œuvre avec l'accord de l'ARH. Les particularités de l'établissement et de sa politique de prise en charge sont connues des patients avant leur hospitalisation.

I.2.2 Maîtrise des situations à risque

La politique de surveillance, de prévention et de contrôle du risque infectieux est particulièrement coordonnée dans l'établissement et implique tous les professionnels (médecins et soignants).

L'établissement a su créer et maintenir le dynamisme de chacun des intervenants et assurer ainsi la pérennité des politiques entreprises.

I.2.3 Dynamique de gestion de la qualité

La clinique s'est engagée il y a plusieurs années dans des démarches interprofessionnelles relatives au développement de la fonction qualité et en a tiré des enseignements. Sa démarche qualité est organisée et structurée. Le personnel a été formé. Des référents ont été nommés. Les instances sont impliquées. Les actions qualité interne sont parties de l'initiative de la direction mais ont impliqué tout le personnel. La démarche d'autoévaluation a, quant à elle, impliquée près de 70 % du personnel. Les experts visiteurs ont noté la grande implication de tous. Le CLIN est particulièrement dynamique et son action est fortement articulée à tous les secteurs d'activité de l'établissement.

II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

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.

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

La prochaine procédure d'accréditation aura lieu à l'échéance d'un délai de 5 ans.