



**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DE
LA CLINIQUE DE VERDAICH**

31550 GAILLAC-TOULZA

Novembre 2002

SOMMAIRE

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

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE..... p. 8

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION p.10

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p. 11

Synthèse par référentiel p.11

II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p.15

II.1 Echéance de la prochaine procédure et modalités de suivi..... p.15



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.

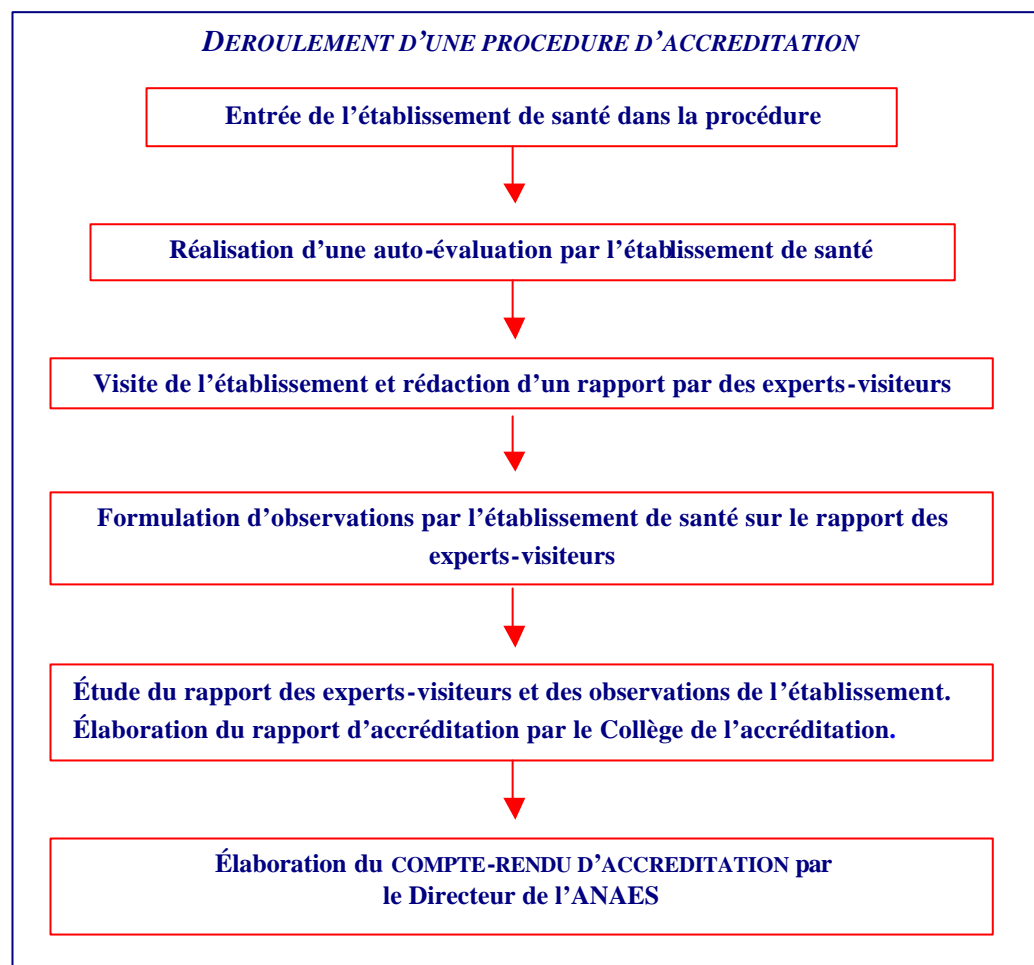
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

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 :

- **La clinique de Verdaich, sise 31550 GAILLAC TOULZA.**

La clinique de Verdaich est un centre de rééducation fonctionnelle fondé en 1967. Par la suite, il s'est développé et agrandi vers deux axes : la neurologie en 1973 et les cérébraux lésés en 1993.

La zone d'influence de l'établissement est essentiellement répartie sur deux départements la Haute Garonne et l'Ariège mais les secteurs spécialisés des services étendent leur zone d'attractivité à l'ensemble de la région sanitaire, mais également à l'ensemble du territoire métropolitain.

De statut privé, la clinique de Verdaich est administrée par la société des cliniques du Midi.

L'établissement est installé en zone rurale dans un parc de 5 hectares ; l'ensemble immobilier occupe une surface de 11563 m².

Il est composé de deux bâtiments, le centre de rééducation polyvalente et le centre de neurologie, auxquels s'ajoutent des locaux techniques et des annexes.

La capacité de l'établissement est de 146 lits et 5 places d'hospitalisation de jour. L'ensemble est consacré à la rééducation fonctionnelle avec les spécialités suivantes :

- 86 lits de rééducation polyvalente,
- 48 lits de rééducation neurologique,
- 12 lits de réveil de coma,
- 5 places d'hospitalisation de jour en rééducation polyvalente.

Les principales pathologies prises en charge sont :

- la chirurgie orthopédique réglée,
- la traumatologie,
- la neurologie,
- les amputés vasculaires
- les paraplégiques et les tétraplégiques,
- les traumatisés crâniens.

L'activité de la clinique de Verdaich est parfaitement lisible au travers du projet d'établissement de 1998 et du contrat d'objectifs et de moyens élargi de mai 2000.

Dans ces documents, tous les aspects du recrutement sont précisés. En 2000, le taux d'occupation a été de 90.85% en rééducation polyvalente, 91.22% en neurologie et de 96.36% en réveil de comas, soit un taux d'occupation pour l'ensemble de l'établissement de 95.43%.

Grâce à cette dynamique, l'établissement a développé une politique ambitieuse d'investissement axée vers la modernisation des locaux, l'amélioration du plateau technique et surtout l'informatisation de toutes les activités, qu'elles soient médicales, administratives, techniques ou liées à la communication et à la qualité.

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 02 janvier 2001.

Cette procédure a donné lieu à une autoévaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 16 au 19 avril 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 novembre 2002.

Après avoir pris connaissance :

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

le Collège de l'accréditation décide que la clinique de Verdaich, sise 31550 GAILLAC TOULZA, 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

Les principes de la charte du patient hospitalisé, pris en compte dans le projet d'établissement sont mis en œuvre par les personnels des différents secteurs d'activités notamment en terme de respect de l'intimité et de la confidentialité. La décision d'augmenter le nombre de chambres individuelles permettant d'optimiser la qualité de la prise en charge hôtelière a été prise. Le souci d'apporter les informations adaptées tout au long du séjour et de recueillir le consentement des patients est manifeste. La clinique, spécialisée dans l'accueil des handicapés lourds, a mis en œuvre les moyens nécessaires à l'accessibilité des différents secteurs. La gestion des plaintes est organisée avec diligence et témoigne de la volonté d'améliorer le service rendu par l'évaluation de la satisfaction des personnes accueillies. Le renforcement de la formalisation des démarches menées dans ce domaine est en cours. Cela permettra une évaluation plus pertinente des actions conduites.

I.2 Dossier du patient

L'établissement a mis en place une politique du dossier patient, en y associant largement les instances concernées. L'informatisation, déjà effective pour les parties médicales et administratives s'étend aux autres domaines permettant ainsi de concrétiser les objectifs de dossier partagé fixés. La tenue du dossier est optimisée à travers des consultations quotidiennes interdisciplinaires, des réunions de synthèses et de consensus, et l'utilisation de plannings informatisés de prescriptions médicales. Les modalités d'archivage définies facilitent l'accès aux informations. La politique d'évaluation menée entretient la dynamique mise en œuvre.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La prise en charge du patient est un des points forts de l'établissement, à toutes ses étapes. L'ensemble des professionnels réfléchit actuellement à la mise en place d'équipes de suivi après le retour à domicile. La coordination de la prise en charge des patients bénéficie, de la préparation de l'accueil et de la sortie, de la qualité du dossier, des actions pluridisciplinaires menées, des réponses apportées en terme de besoins spécifiques et de l'implication des intervenants aux actions d'évaluation. Les axes d'amélioration en cours visent à améliorer le plateau technique et la liaison entre les deux sites, le renforcement de la coopération entre les intervenants dans le secteur polyvalent, les validations des modifications thérapeutiques et la poursuite de l'évaluation des pratiques professionnelles dans une approche transversale.

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

Le projet d'établissement élaboré en association avec les instances en 1998 a été suivi d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH la même année. Des tableaux de bord de suivi budgétaires sont communiqués aux responsables de services. La politique de communication interne et externe développée mériterait d'être formalisée. Les outils de communication internes facilitent l'accès à l'information. Une réflexion est engagée au niveau de la direction sur la communication en situation de crise. L'établissement est organisé pour assurer et garantir la continuité et la sécurité des soins. La réflexion sur le prochain projet d'établissement est engagée autour de deux axes majeurs :

- la réorganisation du plateau de neurologie,
- les propositions d'amélioration de la qualité issues de la procédure d'accréditation.

I.5 Gestion des ressources humaines

La mise en place d'une direction des ressources humaines depuis mai 2000, a précédé l'élaboration du projet social. Le dialogue social s'illustre par un souci de promotion qualifiante des agents, liée aux besoins recensés. Les instances représentatives sont associées et assurent pleinement leurs missions. La gestion des ressources humaines s'articule autour d'axes prioritaires déclinés à partir de l'organigramme, des fiches de postes et de fonctions, des procédures, des entretiens annuels d'évaluation, de l'élaboration du plan de formation, de l'organisation des plannings infirmiers et de la formation des cadres. La charge en soins a été étudiée systématiquement par la mise en place en adéquation avec les grilles de dépendance des patients et de l'effectif des services. L'accueil des nouveaux salariés et des étudiants est organisé et prévoit toutes les étapes de l'intégration avec les sensibilisations ou les formations nécessaires. La politique d'évaluation mise en place en 2000 doit rechercher l'appropriation de ses finalités par tous les personnels de l'établissement. Les besoins en formation émanent des objectifs de services et des

projets professionnels des agents sont pris en compte. Des enquêtes de satisfaction du personnel ont été pratiquées en 1997, 2000, 2001. Les indicateurs issus de la gestion des ressources humaines permettent d'en améliorer l'organisation.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement dispose d'approvisionnement et d'équipements adaptés à ses besoins. Les utilisateurs sont associés aux choix de matériel. Les maintenances préventives et curatives sont organisées à travers le service technique interne ou le recours à des entreprises extérieures. Les recommandations des organismes de contrôle appliquées. En cuisine centrale, la méthode HACCP est appliquée efficacement en partenariat avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales. Les prestations proposées prennent en compte les choix individuels des patients à travers l'action de la diététicienne. Une démarche qualité a suivi la rénovation de la blanchisserie. Le CLIN diligente des contrôles sur le linge traité. Un cahier des charges qualité définit les prestations du fournisseur en charge du traitement du linge plat et des tenues de travail. Les personnels chargés de l'entretien des locaux sont formés et mettent en œuvre les protocoles définis. Le service transport est organisé autour du transport des patients et des transports logistiques. Les brancardiers, sont formés aux gestes d'urgence, à la manutention, à l'hygiène. La gestion des déchets est organisée autour des filières spécifiques d'élimination définies. Un audit de connaissance des pratiques a été réalisé. La protection des biens et des personnes est assurée à tous moments. La politique de prévention de l'incendie est effective au niveau de la formation, des alarmes, des procédures mais la question du tabagisme des patients, malgré les actions menées reste source de difficulté. L'extension de l'évaluation des prestations logistiques est à poursuivre.

I.7 Gestion du système d'information

La politique de gestion des systèmes d'information repose sur une dynamique forte de modernisation et d'adaptation des moyens matériels et humains. Depuis 1985, l'établissement s'est lancé dans l'informatisation de tous ses secteurs, avec une accélération notable à partir de 1997. La confidentialité des données est assurée. L'objectif d'améliorer une meilleure conservation des sauvegardes est en cours de réalisation. Le programme de médicalisation du système d'information est mené sous l'égide d'un médecin directeur de l'information médicale. Les résultats permettent un pilotage et une évaluation des secteurs. Les besoins des professionnels sont pris en compte à partir d'enquêtes pilotées par le service qualité, avec la participation du service informatique. L'intranet permet une communication interne performante très largement utilisée qui intéresse tous les secteurs d'activité.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique de la gestion de la qualité et de la prévention des risques est initiée et pilotée par les instances décisionnelles et représentatives de l'établissement. L'information, la prise en charge des soins, le respect des droits et la satisfaction des clients sont étudiés de la pré-admission à la sortie jusqu'au terme du suivi prévu. La stratégie de l'établissement est bien définie, diffusée et connue notamment grâce aux outils du système d'information. La dynamique qualité bénéficie d'une antériorité soutenue par les synergies développées à travers les évaluations menées

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La dynamique en place en matière de prévention des risques s'exprime pleinement au sein de la structure. L'accessibilité et la traçabilité informatique des informations en matière de vigilances avec une réactivité immédiate via Intranet, la sensibilisation et la formation de l'ensemble du personnel aux règles de sécurité transfusionnelle et à leur suivi traduisent clairement l'opérationnalité des vigilances sanitaires. La mise en œuvre d'une cellule de gestion des risques visant notamment à coordonner les vigilances sanitaires en place, la formalisation des missions des référents au sein des secteurs et le renforcement de l'évaluation de la pharmacovigilance est en cours.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de prévention du risque infectieux menée sous l'égide du CLIN en étroite association avec les instances et l'ensemble des personnels, bénéficie de la présence d'un cadre hygiéniste et d'une équipe opérationnelle d'hygiène. La définition des responsabilités et des missions du cadre hygiéniste doit être précisée, pour affirmer son rôle pivot dans la politique conduite par l'établissement. L'outil Intranet favorise la diffusion des informations en matière de lutte et de prévention du risque infectieux. Une enquête annuelle de prévalence est pratiquée ; les sites à risque sont répertoriés. Une procédure d'alerte bactériologique est organisée avec le laboratoire. En complément de sa politique de formation des personnels, l'établissement mène de nombreuses actions d'éducation des patients et des familles, adaptées aux handicaps traités. Le renforcement des moyens de la pharmacie permettra d'optimiser le travail conséquent réalisé en matière de bon usage des antibiotiques et d'analyse conseil de toutes les ordonnances d'entrée. La prévention des risques professionnels (AES, chimiques...) est réalisée. Les procédures sont écrites, validées, diffusées et connues des personnels en collaboration avec le médecin du travail. Le risque lié à l'environnement est pris en charge par les procédures définies par le CLIN. L'établissement a engagé des audits de pratiques. La dynamique en est encore à son début. Il paraît nécessaire de poursuivre et de définir une programmation annuelle de ces audits, des contrôles bactériologiques, et des indicateurs de suivi.

II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

II.1 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, félicite l'ensemble des acteurs investis dans la démarche d'amélioration continue de la qualité mise en oeuvre et l'invite à poursuivre les actions engagées.

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