



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE LA
CLINIQUE SARRUS TEINTURIERS**

**49, allée Charles de Fitte
31300 TOULOUSE CEDEX 01**

Août 2004



SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION.....	p.10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION	
I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION	
SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.11
II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION.....	p16



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'accréditation 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'accréditation ?

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'accréditation ?

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.

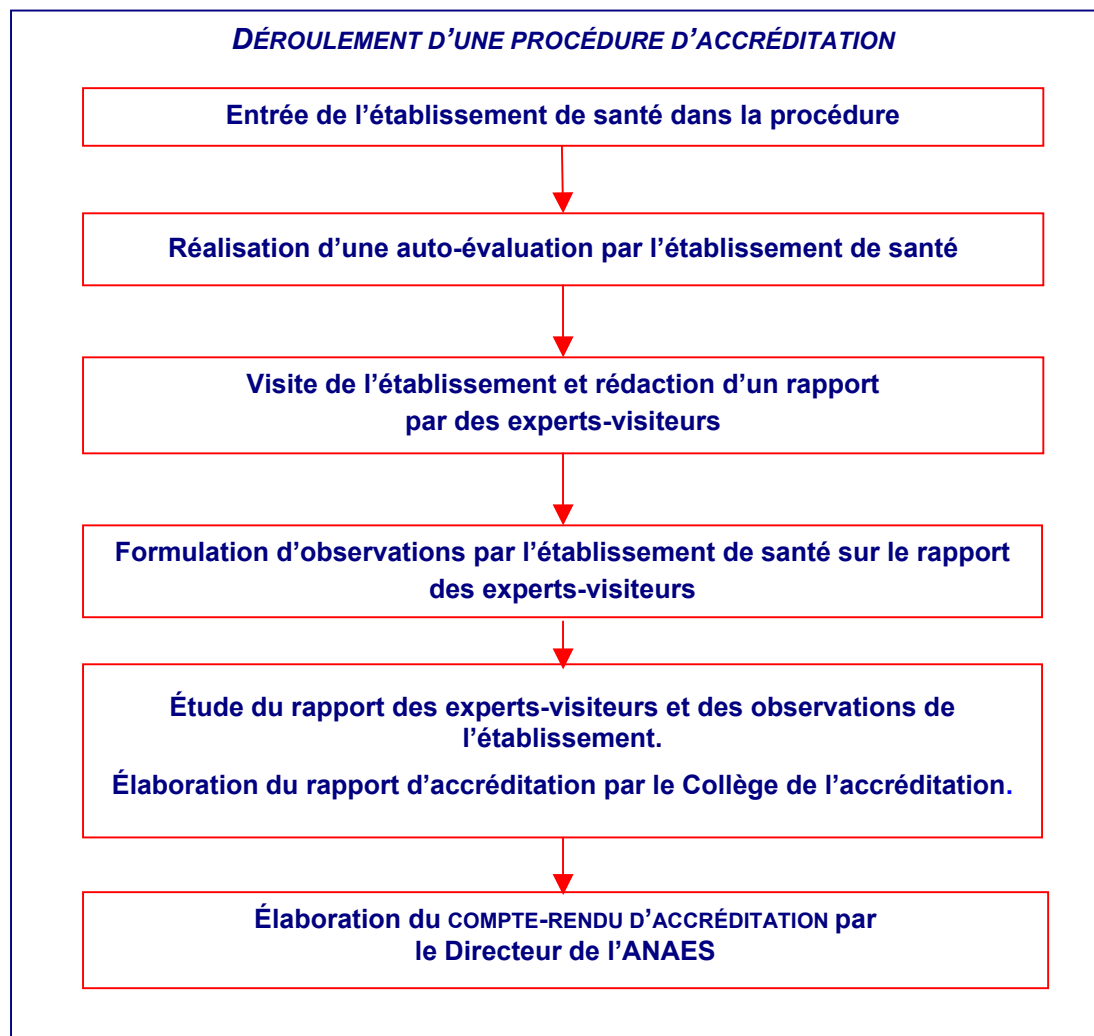
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 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'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 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 :

Appréciations	Modalités de suivi
Sans recommandation	Le Collège de l'accréditation 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 le Collège de l'accréditation 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 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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La présente procédure d'accréditation concerne :

- La clinique Sarrus Teinturiers, sise 49, allée Charles de Fitte - 31300 TOULOUSE CEDEX 01.

Nom de l'établissement	Clinique Sarrus Teinturiers – 49 allées Charles de Fitte.	
Situation géographique	Ville : Toulouse Département : Haute-Garonne	Région : Midi-Pyrénées
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, Hop. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Établissement privé à but lucratif	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	147 lits et places Médecine : 9 lits Chirurgie : 74 lits et 7 places Gynécologie obstétrique : 47 lits et 4 places, niveau II du réseau périnatalité de Midi-Pyrénées. Néonatalogie : 6 lits	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	1	



Activités principales <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	Médecine : cardiologie, gastroentérologie, angiologie ; Chirurgie : cardiovasculaire, orthopédie, digestif, ORL, gynécologie ; Obstétrique (2634 accouchements en 2003), néonatalogie.
Activités spécifiques <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i>	38 % des séjours correspondent à l'activité d'obstétrique ; 16 % aux affections de l'appareil circulatoire ; 24 % correspondent à des séjours de moins de 24 heures.
Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	Le réseau Maternip constitué de toutes les maternités publiques et privées de Midi-Pyrénées. Le réseau Diamip pour la prise en charge du diabète. Le réseau ONCOMIP pour la prise en charge des pathologies cancéreuses. Le réseau Reliance pour les soins palliatifs. Le centre de guidance infantile dans le cadre du suivi en psychiatrie. Le réseau de télémedecine régional ; la clinique fait partie des 31 établissements de la région Midi-Pyrénées, fondateurs du GCS de télé médecine et est joignable sur le réseau de télémedecine, en particulier au niveau du réseau des maternités. Appartenance au réseau d'assistance médicale à la procréation du CHU.
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	94 % des patients proviennent de Midi-Pyrénées dont 89 % de Haute-Garonne. Toulouse intra-muros fournit 53 % des patients de Haute-Garonne. L'Ariège et l'Aude sont pourvoyeurs de patients.
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	



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 11 avril 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 17 au 20 février 2004 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 au mois d'août 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,**

le Collège de l'accréditation décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure d'accréditation.



PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

La mission de la clinique est de prodiguer à tout patient les meilleurs soins dans le respect de la charte du patient hospitalisé, des droits et des choix de la personne soignée, de l'éthique, des connaissances et techniques médicales actuelles. Ces principes sont inscrits dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les principes de la charte du patient hospitalisé sont affichés et, une information adaptée est dispensée aux professionnels.

La clinique accueille tous les patients et a mis en œuvre des aménagements afin d'améliorer l'accès aux personnes à mobilité réduite.

A l'occasion de la mise en place de la démarche qualité, les professionnels ont fait de nombreuses propositions permettant d'améliorer le respect des droits du patient, son intimité, la confidentialité des informations. Ainsi le nouveau dossier du patient, issu du travail d'un groupe pluridisciplinaire, permet de mieux respecter la confidentialité des informations, l'anonymat, la trace bénéfice-risque, la désignation de la personne de confiance.

Une évaluation régulière de la satisfaction du patient est réalisée depuis 1997.

Le personnel est sensibilisé au respect des droits du patient, et au secret professionnel ; le livret d'accueil du personnel mentionne cette obligation et intègre les principes généraux de la charte du patient hospitalisé.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient a été initiée dès 1997, avec le soutien du conseil d'administration. Dès 1999, a été constitué un groupe pluridisciplinaire chargé de mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité du dossier du patient, qui est toujours actif, et est soutenu par la CME et le DIM. Il a permis de réaliser plusieurs versions du dossier du patient, et de revoir le circuit du dossier. L'auto-évaluation à blanc, réalisée en 2002, a conduit à intégrer le dossier du patient dans les orientations stratégiques de l'établissement, et à choisir ce thème comme axe prioritaire d'amélioration. À ce jour, le dossier du patient est un dossier unique partagé par tous les services. Chaque version s'est



accompagnée d'un plan de formation et d'information après des professionnels. Un guide d'utilisation mis à jour complète le dispositif. Une informatisation du dossier patient est envisagée.

Toutefois un support des prescriptions médicales doit être revu afin qu'il soit plus fonctionnel pour la préparation des médicaments. Il a été remarqué que l'évaluation à l'entrée du patient par le corps paramédical n'était pas tracée systématiquement. L'établissement est invité à suivre ce point dans ses évaluations.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La prise en charge du patient est organisée et une politique définie de l'accueil administratif à la sortie du patient. Les instances et les acteurs sont impliqués et participent à la définition des règles de fonctionnement entre les secteurs d'activité. L'établissement est invité à formaliser la charte de bloc obstétrical. Il a prévu de réorganiser le circuit du médicament en mien avec l'informatisation du dossier patient.

Des référents par secteurs, partiellement mis en place, aident à la prise en charge des entrants et des patients de retour du bloc opératoire.

La qualité de la prise en charge de la parturiente à tous les stades de son hospitalisation en maternité est attentive et représente un axe fort de l'équipe soignante. Une organisation est en place afin de recevoir les urgences obstétricales 24 heures/24 au sein du service maternité.

La réflexion bénéfico-risque a fait l'objet d'un débat en CME et figure dans le dossier et dans le courrier au médecin traitant. Un dispositif de préadmission est en place et est largement utilisé en chirurgie. L'hébergement des accompagnants est organisé.

Des actions sont menées dans l'éducation des patients par rapport à leur problème spécifique de santé notamment dans le domaine de la diabétologie.

La continuité des soins est effective dans les différents secteurs de l'établissement.

Les travaux récents ou en cours contribuent à l'amélioration de la prise en charge du patient : circuit des consultants, service de néonatalogie et accueil des parents. Des évaluations ont lieu dans le but d'analyser les pratiques professionnelles.

La prise en charge de la douleur est évaluée par le biais de l'analyse de la satisfaction des patients. Ces évaluations donnent lieu à des actions correctives.

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

La clinique a défini ses orientations stratégiques 2003-2008 et a engagé une négociation avec l'ARH visant à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Une stratégie financière pluriannuelle a été définie pour mettre en œuvre ces orientations stratégiques.

Le CA, la CME et la délégation unique du personnel sont régulièrement sollicités sur les questions relevant de leurs compétences. L'établissement s'est engagé à régulariser le fonctionnement du CHSCT.

La communication interne et la communication externe en direction des professionnels, sont privilégiées. L'établissement prévoit la mise en œuvre d'un intranet à partir de 2005.

Depuis 2000, l'établissement a mis en place une procédure budgétaire annuelle associant la CME, l'encadrement et la délégation du personnel. Toutefois, faute de suivi analytique de ses dépenses, l'implication des secteurs d'activité reste limitée. La mise en place d'une comptabilité



analytique (prévue en 2006) dotera l'établissement d'un outil de pilotage de sa gestion lui permettant une meilleure implication des personnels et des secteurs activité.

Dans le cadre d'un contrat pluriannuel 1998-2003, l'établissement a réalisé une évaluation annuelle de l'avancement de son projet.

I.5 Gestion des ressources humaines

La fonction de direction des ressources humaines est clairement identifiée et est assurée par la direction et l'équipe d'encadrement, qui ont engagé une dynamique d'amélioration dans ce domaine. Un projet social est intégré au projet d'établissement.

La CME, la délégation unique du personnel, et le CE sont réunis régulièrement. Le CHSCT n'a pas été réuni en 2003. Les questions relevant des attributions réglementaires du CHSCT sont néanmoins traitées dans le cadre du comité d'entreprise.

Depuis 2000, une dynamique de dialogue social a été instaurée par l'équipe dirigeante donnant lieu à des accords sociaux.

Une gestion prévisionnelle existe dans des domaines ou des projets spécifiques. Les fiches de fonction du personnel d'encadrement sont formalisées et les autres profils de poste en cours de rédaction.

Une procédure de recrutement a été formalisée et diffusée. Elle intègre les exigences de contrôle des titres et diplômes.

Sans avoir généralisé une évaluation des conditions de travail, l'établissement a néanmoins réalisé une évaluation des risques professionnels.

La dynamique d'amélioration se concrétise par la mise en œuvre d'une politique ambitieuse d'accueil des nouveaux professionnels, mais également de formation et de promotion des personnels.

L'axe principal d'amélioration concerne la mise en place d'une évaluation annuelle des professionnels.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

La clinique a engagé une dynamique d'amélioration de ses fonctions logistiques. L'établissement dispose d'approvisionnements et d'équipements adaptés à son activité. Il est organisé pour assurer la sécurité et la maintenance de ses installations.

La préparation des repas est confiée à un prestataire de service certifié.

La fonction blanchisserie est assurée en interne et par deux prestataires de service. La prestation linge fait l'objet d'évaluations internes, et un contrôle bactériologique du linge est réalisé par les prestataires.

L'élimination des déchets est organisée. L'établissement a prévu de parachever sa démarche en améliorant sa filière d'élimination des déchets à risque pour l'environnement.

Depuis 2002, une société de service encadre le personnel de la clinique qui assure nettoyage des services d'hospitalisation et des parties communes. Les procédures de nettoyage sont rédigées, validées et diffusées auprès des professionnels. Des contrôles sont réalisés.

L'établissement a organisé la conservation des biens des patients et une prévention des risques d'incendie.

L'évaluation des prestations logistiques n'est pas réalisée auprès des secteurs d'activité utilisateurs. L'établissement évalue néanmoins régulièrement sa fonction restauration, réalise également des contrôles lui permettant de mesurer la qualité de certaines prestations (linge, nettoyage), et enregistre les événements indésirables depuis 1999.



L'axe d'amélioration principal est la finalisation du programme d'amélioration du circuit des déchets, initié par le CLIN en 2003, laquelle est liée à l'achèvement des travaux en cours.

I.7 Gestion du système d'information

Les grandes orientations du système d'information et d'informatisation sont intégrées au projet d'établissement 2003-2008, mais ne reposent pas sur un schéma directeur formalisé. L'établissement a pour projet d'élaborer ce schéma en 2004 en associant les professionnels.

L'établissement a mis en place des actions visant à protéger la confidentialité des informations concernant les patients, et déclaré les traitements informatisés nominatifs à la CNIL.

Un règlement intérieur définit les missions et les modalités de fonctionnement du secteur chargé de l'information médicale. Le DIM effectue une analyse semestrielle de l'activité médicale et a mis en place un contrôle de qualité hebdomadaire depuis septembre 2003.

L'établissement est invité à mettre en place une procédure régulière visant à recueillir des informations sur les besoins, l'avis et la satisfaction des utilisateurs. Une enquête de la satisfaction du personnel en projet (2004) prendra en compte cette dimension.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La démarche qualité s'est structurée progressivement avec la mise en place de la cellule qualité en 2000 et s'appuie sur un engagement fort de la direction et de l'encadrement. Un plan d'amélioration de la gestion des risques a été mis en place.

Les professionnels se sont investis dans les groupes de travail pluridisciplinaires : la révision du dossier du patient, l'amélioration des relations avec les prestataires de service (laboratoire d'analyses biologiques, la radiologie, la restauration), le livret d'accueil du patient et du personnel et le site Internet.

L'établissement est encouragé à poursuivre sa réflexion sur le système de recensement des événements indésirables et des événements sentinelles.

L'évaluation est un temps fort dans l'avancée des améliorations. Elle se traduit par la mise en place d'audits sur le terrain (procédures...), par d'autres types d'évaluation (le dossier du patient...). Les résultats font l'objet d'une communication auprès de la direction, le personnel d'encadrement, les médecins et le personnel par différents outils : le Journal de la cellule qualité, affichage...

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique des vigilances s'inscrit dans la politique de l'établissement et est déclinée avec précision dans ses « orientations stratégiques 2003-2008 ».

La cellule qualité coordonne les actions. Elle a mis en place dans chaque service un classeur permettant le recueil et le signalement des événements indésirables.



La politique transfusionnelle a été élaborée par un groupe pluridisciplinaire, s'appuyant sur des référents par secteur d'activité, celle de matériovigilance par l'ensemble des cadres de l'établissement.

La mise en œuvre s'appuie sur des formations du personnel, une communication organisée, et une évaluation des connaissances.

Les professionnels intègrent la démarche « vigilance » dans leur pratique et les évaluations sont programmées par la cellule qualité.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Créée en 1997, l'activité du CLIN se développe. Le bilan annuel à partir de 2000 permet de dégager des axes de travail et d'amélioration de la lutte contre les infections nosocomiales.

La direction, le président de la CME sont membres du CLIN.

La cellule qualité centralise les informations et évaluations. Elle assure la communication interne. La cellule opérationnelle d'hygiène assure la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.

Le CLIN est associé aux projets d'aménagement des locaux et des circuits.

D'importants travaux d'agrandissement du plateau technique doivent permettre l'amélioration du service de stérilisation centrale.

Le signalement des infections nosocomiales fait l'objet d'une procédure depuis mai 2003.

Des actions préventives ont été menées : la formation des personnels, la communication, la mise à disposition de collecteurs d'aiguilles sécurisés, le circuit des déchets. L'établissement est invité à poursuivre l'évaluation de l'application des protocoles établis par le CLIN.



II DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION

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.