



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE  
LA CLINIQUE SAINT-NICOLAS**

**55 allée Charles-de-Fitte  
31300 TOULOUSE**

**Novembre 2004**



---

## SOMMAIRE

---

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION » .....	p.3
<b>PARTIE 1</b>	
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....</b>	<b>p.8</b>
<b>PARTIE 2</b>	
<b>DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCRÉDITATION.....</b>	<b>p.9</b>
<b>PARTIE 3</b>	
<b>CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION</b>	
<b>I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION</b>	
<b>SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL .....</b>	<b>p.10</b>
<b>II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION</b>	
<b>II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....</b>	<b>p.14</b>
<b>II.2 Modalités de suivi .....</b>	<b>p.14</b>



---

## COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »

---

Le « compte-rendu d'accréditation » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par 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 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?**

L'accréditation est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure d'accréditation est obligatoire et intervient périodiquement.

### **CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION**

- ***Elle n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.***
- ***Elle ne note pas les médecins, les soignants ou les services.***
- ***Elle ne décide pas de l'attribution de moyens supplémentaires.***



## II. QU'APPORTE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler.

**dans le but de :**

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. encadré) et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

### ***APPORT POUR LA QUALITÉ DES SOINS***

- ***L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.***
- ***L'amélioration de la sécurité des soins.***
- ***Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.***
- ***La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.***

## III. COMMENT EST ÉTABLI LE COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel\* d'accréditation proposé par 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](http://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.

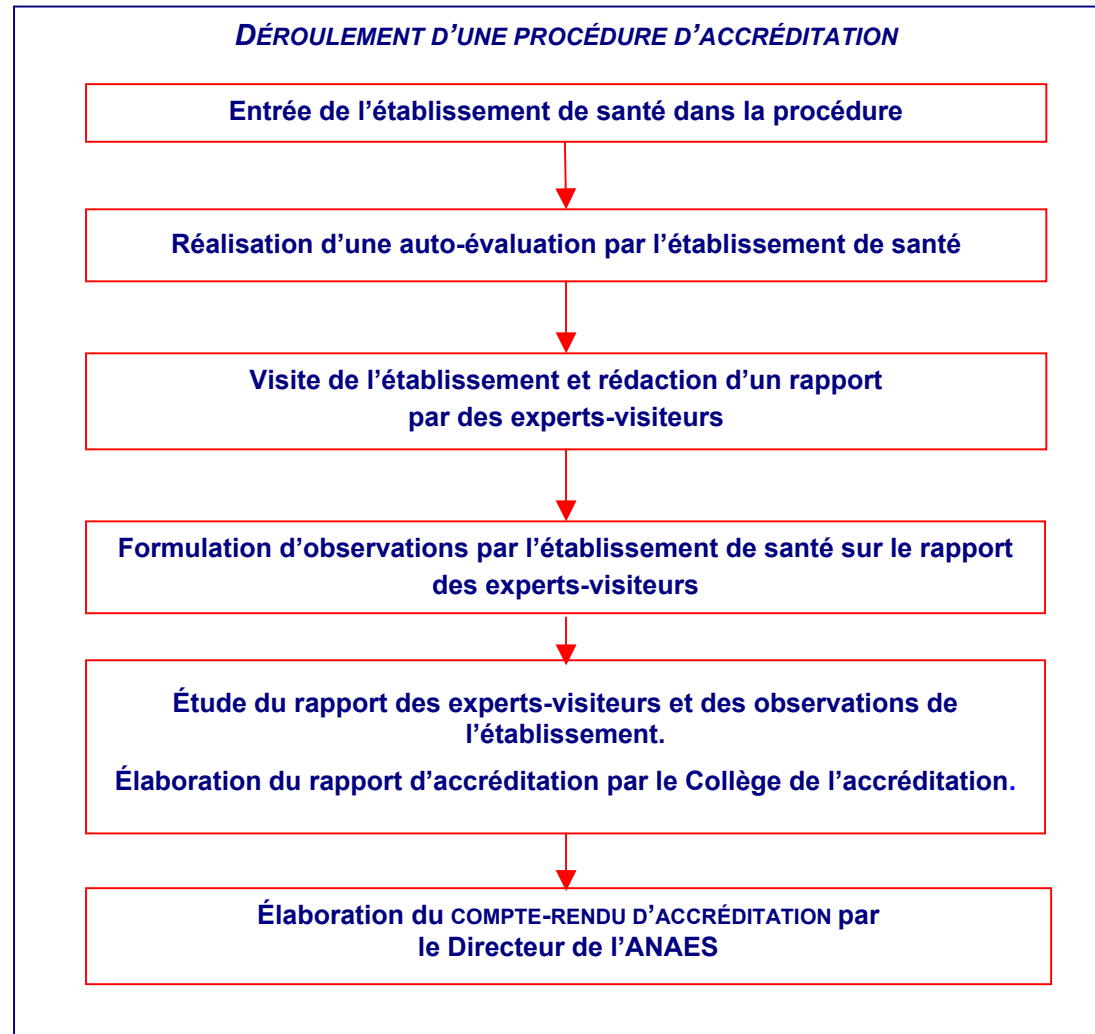
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

#### ***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](http://www.anaes.fr)*



## PARTIE 1

### PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La présente procédure d'accréditation concerne :

<b>Nom de l'établissement</b>	Clinique Saint-Nicolas	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : Toulouse <b>Département</b> : Haute-Garonne	<b>Région</b> : Midi-Pyrénées
<b>Statut</b> (privé-public)	Privé	
<b>Type de l'établissement</b> <i>(CHU, CH, CHS, Hôp. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif)</i>	Ets privé à but lucratif	
<b>Nombre de lits et places</b> <i>(préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))</i>	41 lits MCO et 4 places d'ambulatoire	
<b>Nombre de sites</b> <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	1 site	
<b>Activités principales</b> <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	Ophtalmologie, ORL ; stomatologie	
<b>Activités spécifiques</b> <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i>		
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	6 conventions	
<b>Origine géographique des patients</b> <i>(attractivité)</i>	30 % des patients viennent des départements limitrophes	
<b>Transformations récentes</b> <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Installation de 6 lits de médecine, restructuration du bloc opératoire prévue en 2005	





## 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 **25 août 2003**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du **21 au 24 juin 2004** par une équipe multiprofessionnelle de **2** 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 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**

Les actions entreprises depuis plusieurs années témoignent d'une politique qui prend prioritairement en compte les droits du patient ; elle a été voulue par la direction et relayée par l'encadrement. Le respect strict de la confidentialité des informations, garanti au patient, en est l'exemple. Les médecins, sous l'impulsion de la conférence médicale d'établissement (CME) et de sociétés savantes, ont été sensibilisés tout particulièrement à l'information ; ce sujet a été repris par les soignants avec la refonte complète du livret d'accueil pour le rendre plus accessible. La politique du respect des droits est ainsi devenue une culture qui transparaît lors de la visite de l'établissement. Une évaluation est régulièrement réalisée et le taux de satisfaction des patients est très élevé. Un nouveau questionnaire de sortie permettra une analyse plus précise. Une formation des professionnels au respect des droits du patient est à nouveau prévue. Toutefois, la disposition des locaux au niveau du bloc opératoire ne facilite pas le respect de l'intimité du patient ; un projet de restructuration permettant notamment de résoudre cette difficulté est prévu.

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

La mise en œuvre d'une politique d'amélioration du dossier est ancienne dans l'établissement et un groupe de travail poursuit une réflexion sur ce thème ; le dossier, remodelé en 2002, va être complété en vue des transmissions ciblées. L'engagement des soignants est manifeste ; sous l'incitation du directeur et du président de la CME les médecins prennent conscience de la nécessaire évolution du dossier médical. Le dossier du patient, comme le montrent les audits successifs, comporte désormais la traçabilité de l'information et de la discussion bénéfice-risque. Reste encore à obtenir l'exhaustivité des prescriptions médicales écrites, datées et signées par un prescripteur identifiable et la suppression de leurs transcriptions ; une action spécifique est conduite. L'évaluation du dossier est réalisée depuis plusieurs années et conduit à la mise en place des améliorations nécessaires.



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

Dans le cadre de sa spécialisation, centrée sur l'ophtalmologie et connue du public, la stratégie de l'établissement vise à répondre à tous les aspects de cette discipline. D'autres spécialités chirurgicales (stomatologie et ORL) y sont associées. Le projet de soins vise à optimiser la prise en charge des patients par la formation, l'amélioration du dossier du patient, et la rédaction de protocoles dans tous les domaines jugés utiles. Les professionnels s'impliquent largement dans la réalisation de ces objectifs : les médecins dispensent des formations internes, l'ensemble des professionnels participe à l'élaboration de protocoles de prise en charge, y compris diagnostiques et thérapeutiques. Les soignants ont été formés aux transmissions ciblées pour une meilleure continuité des soins. La prise en charge de la douleur est effective. La restructuration du bloc opératoire permettra notamment un total respect des règles d'hygiène. Les patients sont satisfaits des prestations de l'établissement, mais l'évaluation des pratiques professionnelles reste à développer. La clinique a la volonté de poursuivre dans cette voie et dispose des moyens humains nécessaires.

#### 1.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

La note d'orientations stratégiques est synthétique. Elle fixe la politique de l'établissement et les objectifs à atteindre pour les professionnels. Le personnel est associé aux évolutions de la clinique et à la démarche qualité. La communication interne est organisée, la politique financière et de gestion est à développer. La dynamique qualité est réelle, la communication interne, les entretiens annuels en sont les vecteurs. La stratégie financière et les tableaux de bord de gestion doivent être définis et intégrés au fonctionnement des services concernés.

#### 1.5 Gestion des ressources humaines

La formation professionnelle est un axe fort du projet social. Le dialogue social est réel, les instances et l'encadrement sont identifiés et assurent leurs missions. La formation interne ou externe est développée, l'intégration du nouveau personnel se fait dans d'excellentes conditions. La qualité du climat social, l'entretien annuel d'activité, l'implication de l'encadrement créent une dynamique au service de la clinique.

#### 1.6 Gestion des fonctions logistiques

La logistique est organisée au sein de chaque secteur d'activité pour répondre aux besoins des patients et des équipes. Elle garantit la sécurité des biens et des personnes ainsi que la continuité du service. Le personnel responsable suit, par des audits et des protocoles, la bonne exécution des prestations et engage les actions correctives si nécessaire. La réactivité de l'encadrement et l'implication des équipes vont dans le sens d'une amélioration de l'organisation. La restructuration du bloc opératoire est motivante.



### 1.7 Gestion du système d'information

Le schéma directeur vise trois domaines: la communication, l'information et l'informatisation. La politique d'information a été mise en place de façon transversale et participative. Les mesures prises prouvent un grand respect des droits du patient, en particulier au niveau de la confidentialité. La communication interne est de qualité, l'informatisation évolue. L'évaluation du système d'information a permis de déterminer un plan d'actions.

### 1.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité a été lancée et suivie par la direction depuis plusieurs années ; un comité de pilotage a été mis en place et le recrutement d'un ingénieur qualité a permis de coordonner la démarche dans tous ses aspects : méthodologie, formation, communication, gestion documentaire, évaluation.

Un plan qualité pour la période 2002-2003 a ainsi été élaboré à la suite d'une première auto-évaluation, à ce jour il a pu être réalisé en grande partie ; un second plan est en cours de validation. La participation des professionnels est large, les cadres (la surveillante et la responsable qualité en particulier, éléments moteurs d'un comité d'encadrement) se sont beaucoup investis. La présence de médecins dans le comité de pilotage et les groupes d'auto-évaluation témoignent de leur adhésion à la démarche. L'établissement a pris conscience que l'outil d'évaluation de la satisfaction des patients méritait d'être amélioré et un nouveau questionnaire de sortie vient de voir le jour. La définition d'indicateurs pertinents, par rapport aux objectifs prioritaires et leur suivi régulier dans un tableau de bord, permettront une réelle évaluation de l'efficacité du programme de gestion de la qualité et de prévention des risques.

### 1.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sanitaires sont opérationnelles depuis plusieurs années. La pharmacovigilance et l'hémovigilance partagent correspondant et comité avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) . La bio vigilance a été restructurée, un nouveau correspondant vient d'être nommé ; la traçabilité des greffes de cornée est assurée. La matériovigilance est bien structurée avec un correspondant et une cellule spécifique. L'engagement des acteurs est réel : les protocoles ont été élaborés avec une large participation des professionnels. Les responsabilités sont bien connues, de même que les obligations de signalement, même si les connaissances sur la matériovigilance, d'après une enquête récente, demeurent perfectibles. L'établissement a prévu de maintenir la sensibilisation et la formation des professionnels aux vigilances sanitaires, y compris pour l'hémovigilance malgré la pratique exceptionnelle de la transfusion. Depuis plusieurs années l'établissement participe aux enquêtes de la commission de coordination régionale des vigilances permettant, sur la base d'indicateurs, le suivi de l'organisation mise en place.



#### 1.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La note d'orientations stratégiques présente la prévention du risque infectieux comme une priorité. Le CLIN fédère les représentants des instances et détermine les axes de cette politique. Il coordonne les actions, informe les professionnels avec les cadres et les référents en hygiène. Les protocoles réalisés sont soumis au CLIN qui les valide. Les équipes ont intégré cette politique dont la dynamique est assurée par la composition du CLIN.



## **II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION**

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

- ✓ Mettre en place une organisation permettant de renforcer le respect des règles d'hygiène et d'assurer l'intimité du patient au bloc opératoire
- ✓ Généraliser les prescriptions médicales écrites, datées et signées et supprimer leurs transcriptions.

### **II.2 Modalités de suivi**

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

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

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