



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE DE VERDAICH

-
31550 Gaillac-Toulzac



Validé par la HAS en Octobre 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Octobre 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	19
Annexe 3. Programme de visite	23

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

CLINIQUE DE VERDAICH	
Adresse	- 31550 Gaillac-Toulzac FRANCE
Département / Région	Haute-Garonne / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	310014378	SA SOCIETE DES CLINIQUE DU MIDI	31550 Gaillac Toulza FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

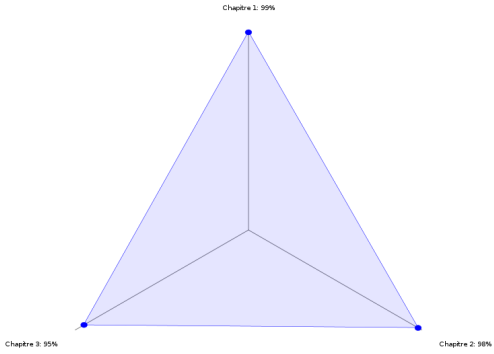
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

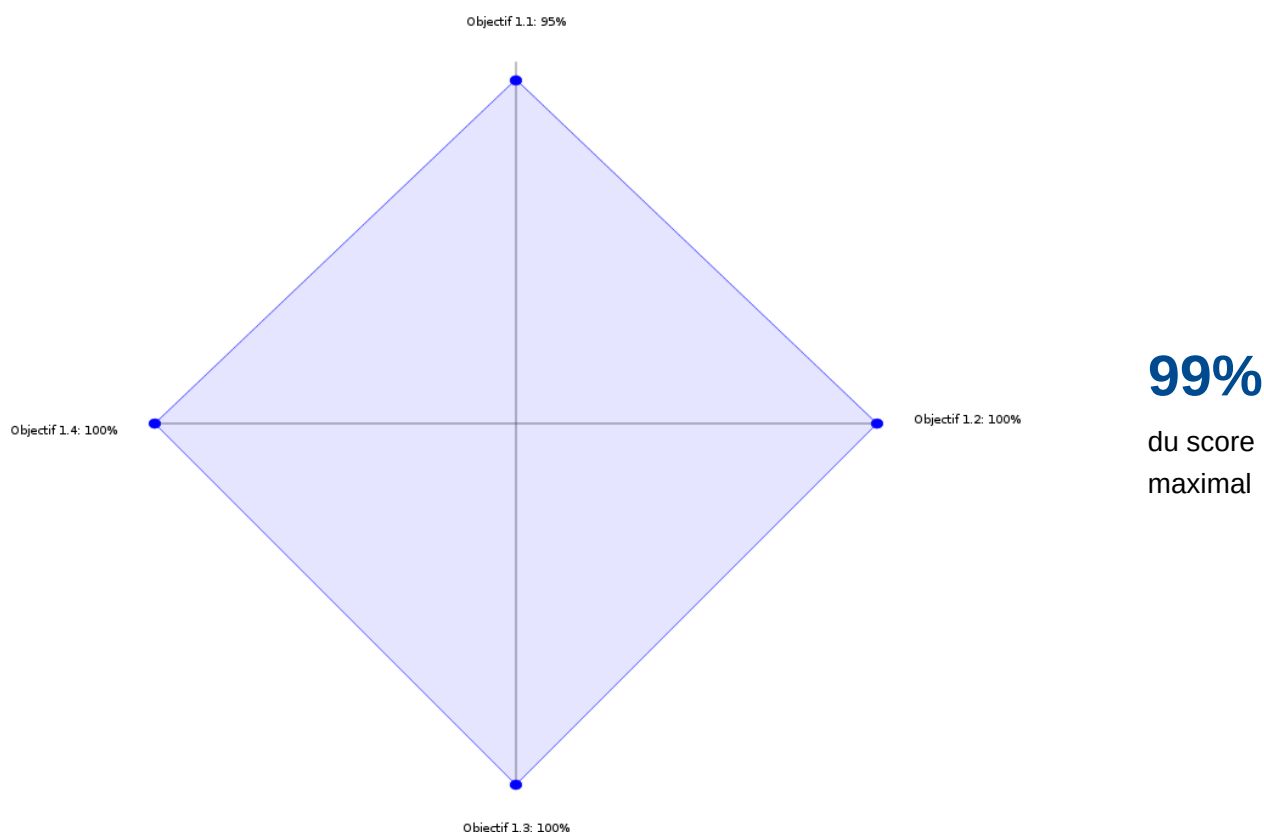
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

La clinique de Verdaich prend en charge des patients en SSR en lien avec des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, ou non spécialisé. De plus, il bénéficie d'autorisations en SSR pour une unité d'éveil de coma et une unité d'états végétatifs chroniques.

Le patient (ou son entourage) est informé? et son implication est recherchée. Il reçoit une information sur son état de santé?, mais aussi sur les hypothèses et confirmations diagnostiques notamment à l'UEC et l'EVC où la prise en charge spécifique nécessite plus de temps afin de confirmer vers quelle direction thérapeutique l'équipe va aller. Ces informations sont adaptées à son niveau de compréhension. L'ensemble des professionnels selon ses compétences propose de clarifier cette information ce qui permet régulièrement au patient d'avoir des réponses à ses questions concernant sa prise en charge avec les différents professionnels (orthophonistes, kinésithérapeutes, médecins, infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens...).

Le patient est acteur de sa prise en charge. Il n'est pas toujours retrouvé dans le DPI son implication dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure mais il exprime son consentement libre et éclairé? sur son projet de soins auquel il participe activement et s'il n'en a pas les capacités, l'équipe intègre son entourage. La Charte

de la personne hospitalisée, Charte Romain Jacob concernant des prises en charge spécifiques sont diffusées : affichage, livret d'accueil.

Des messages de sante? publique et de prévention primaire (alcool, charte de bientraitance...) sont affichés ou diffusés sur des écrans de télévision dans les lieux de passage ou les pièces stratégiques où se réunissent les patients et leurs proches (hall d'accueil, devant les machines à café, dans les salons qui leur sont destinés, au gymnase...).

Par le biais du livret d'accueil et par voie d'affichage, le patient est informé sur ses droits : désignation et rôle d'une personne à prévenir et d'une personne de confiance, lors des situations de fin de vie le patient peut faire valoir sa décision d'accéder aux soins palliatifs et être pris en charge dans la Clinique avec la participation d'une équipe mobile externe ou être adressé dans un autre établissement selon son projet, mission de la CDU et des représentants des usagers ainsi que les modalités pour les contacter. Les professionnels demandent si le patient a rédigé en amont ses directives anticipées mais il n'est pas spécifiquement informé sur la façon de les rédiger s'il en faisait la demande.

Les patients reçoivent les informations spécifiques à leur prise en charge.

En prévision de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits et la sortie est préparée longtemps en amont avec sa participation.

Le patient est invité à exprimer sa satisfaction par le biais d'un questionnaire de sortie et par e-satis après avoir donné son adresse mail. Un groupe de travail composé d'anciens patients permet aussi d'exprimer les points positifs et négatifs de la prise en charge et est aussi une façon de recueillir la satisfaction des patients et de leur permettre de s'exprimer sur les actions d'amélioration qui pourraient être mise en œuvre pour améliorer les dysfonctionnements.

Le patient est respecté dans son intimité? et sa dignité et la Clinique est à l'écoute des difficultés rencontrées par les patients en chambre double par exemple : des changements sont proposés dès que la cohabitation est difficile et les soignants sont vigilants au respect de l'intimité et font preuve de discrétion professionnelle dans ce cas en privilégiant les échanges en individuel lorsque cela est nécessaire. Les conditions architecturales permettent le respect de la confidentialité? et du secret professionnel. Les professionnels s'attachent à respecter, avec bienveillance, l'autonomie du patient âgé et/ou handicapé. La prise en charge des handicaps est importante dans la Clinique et le projet de vie et projet de soins de chaque patient est centré sur l'autonomie du patient avec son handicap, le retour à domicile est d'ailleurs préparé en amont pour évaluer les besoins à domicile afin de garantir cette autonomie et de prendre en considération les conditions de vie habituelles.

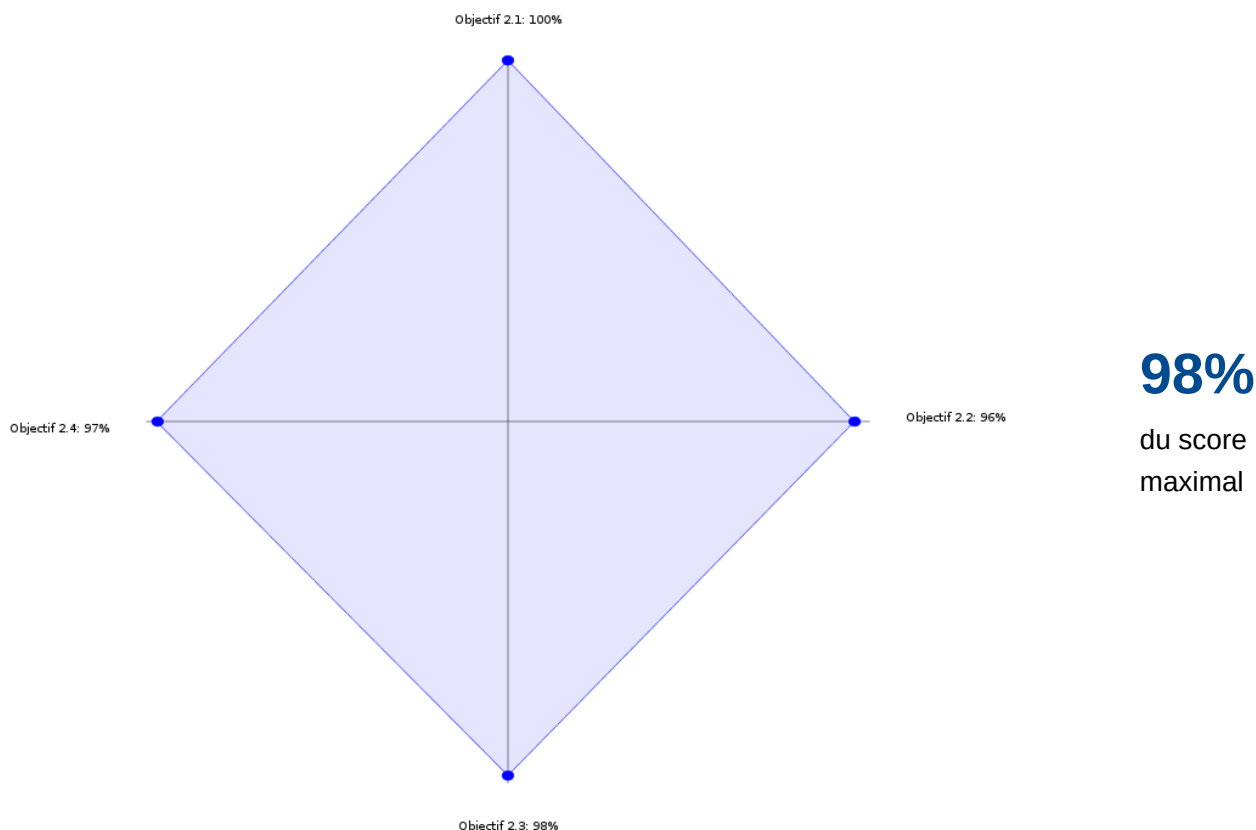
Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une prescription avec réévaluation de son maintien de façon collégiale en staff pluriprofessionnel en intégrant au maximum le consentement des proches ou du patient quand cela est possible.

Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur et des actions d'éducation thérapeutique sont mises en place par une IDE DU Douleur afin d'aider les patients à évaluer leurs douleurs et à les exprimer rapidement.

Avec l'accord du patient, l'implication des proches et aidants est recherchée dans la mise en œuvre du projet de vie projet de soins. Leur présence est facilitée, lorsque la situation le nécessite. La présentation du service leur est faite à leur arrivée notamment sur le secteur d'EVC où les patients vont séjourner longtemps. Cependant, dans les situations difficiles, les horaires de visite (liés aux conditions sanitaires) ne facilitent pas toujours la présence des proches mais la Clinique évalue au cas par cas les demandes pour permettre aux familles venant de loin de pouvoir malgré tout rendre visite à leur proche.

Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge notamment pour la préparation de sa sortie. Il arrive que des patients en situation de précarité nécessitent un accompagnement spécifique et le service social de la Clinique essaie de trouver des solutions avec les différents partenaires sociaux extérieurs.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	97%

La pertinence des admissions en SSR ainsi que la pertinence des décisions de prise en charge sont argumentées dès la pré-admission grâce à une commission d'admission qui se réunit et étudie les dossiers selon des critères de prise en charge définis et formalisés au sein de la Clinique. La pertinence du séjour est également réévaluée au sein des équipes pluriprofessionnelles de façon régulière. Un audit est également mis en place afin de vérifier la pertinence d'un nombre de dossiers définis un jour donnée afin d'évaluer cette pertinence.

Les prescriptions de traitement antibiotique sont justifiées, argumentées (prélèvements microbiologiques, antibiogramme) et réévaluées entre la 24^{ie} et 72^{ie} heure. Le Pharmacien s'assure quotidiennement de cela et demande des précisions aux médecins si tel n'était pas le cas.

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire et le travail en équipe est effectif sous la responsabilité du cadre de santé et du médecin très présents sur le terrain.

Le dossier du patient est complet et est entièrement informatisé. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont tracés par les professionnels dans le dossier. Néanmoins celui-ci n'est pas totalement accessible aux professionnels impliqués : en effet 2 médecins intervenant ponctuellement n'ont pas d'identifiant de connexion et suivent avec le médecin du service pour avoir accès au dossier médical du patient.

Le projet de vie projet de soins (PVPS) est élaboré au regard des volontés du patient et avec sa participation ou celle de ses proches par l'équipe avec la contribution de tous les professionnels médicaux, soignants, médicotextuels ... Il est adapté aux besoins et préférences du patient. Si besoin l'équipe peut faire appel à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise. La coordination est mise en œuvre également dans le cadre des démarches palliatives pour les patients en fin de vie.

La conciliation des traitements médicamenteux est débutée uniquement sur le secteur de l'UEC et est tracée dans le dossier du patient.

Une lettre de liaison de sortie comportant l'ensemble des éléments attendus est remise au patient et adressée au médecin traitant.

L'ensemble des équipes à la clinique de Verdaich maîtrisent les risques liés à leurs pratiques.

Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de sa prise en charge et des actions d'amélioration ont été mises en œuvre pour le limiter (bracelet de couleur pour les homonymies, mise en place de la photo du patient dans son dossier à chaque séjour...).

Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont mises en œuvre et régulièrement évaluées par le Pharmacien.

En ce qui concerne les médicaments à risque, un protocole décrit l'organisation mise en place relative à leur dispensation et à leur stockage. La liste des médicaments à risque est affichée, le stockage de ces médicaments est sécurisé et un signe distinctif permet de les identifier.

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques et les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées (contrôle quotidien de la température du frigidaire, transport sécurisé et alerte de l'IDE sur les boîtes scellées...).

Le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable, à sa sortie est partiellement maîtrisé : le patient est informé des consignes de suivi pour ses médicaments, les courriers de sortie mentionnent les prescriptions de sortie mais ils ne mentionnent pas un bilan comparatif de son traitement habituel à son entrée et de son traitement à la sortie : traitements suspendus, motif d'arrêt ...

Le risque infectieux est maîtrisé. Les équipes appliquent les précautions standards et complémentaires au regard des prescriptions médicales d'isolement ou en lien avec les dispositifs invasifs (sondage urinaire...).

L'indicateur relatif à la consommation de solutions hydro alcooliques dans l'établissement est suivi et des actions de sensibilisation ont été identifiées et sont en cours afin d'améliorer ce score.

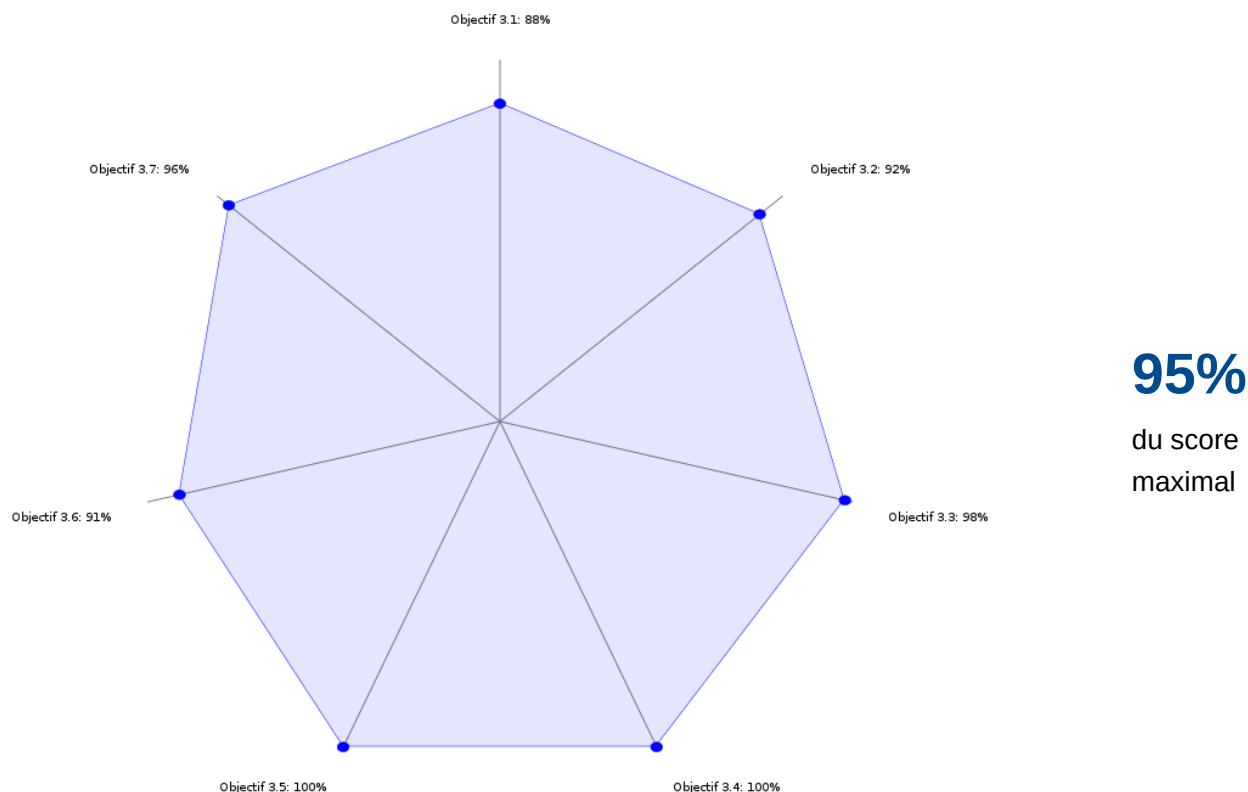
La Clinique de Verdaich assure la promotion des vaccinations obligatoires et recommandées notamment contre la grippe et la Covid 19 et donne gratuitement accès à la vaccination à ses professionnels sur des matinées conviviales afin d'essayer d'améliorer le taux de personnels vaccinés contre la Grippe. Les taux de couverture vaccinale des professionnels sont connus et un travail de sensibilisation est mis en œuvre également avec la médecine du travail.

Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques.

Le dispositif de signalement des EIAS est effectif et connu des professionnels. À l'appui de méthode d'analyse systémique des causes, des CREX sont réalisés. Les résultats et les plans d'actions font l'objet de diffusion auprès des équipes.

Des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins, sur l'analyse des EIAS, sur l'évaluation de la satisfaction des patients sont mises en place et font l'objet d'un suivi par la RAQ et la Carte gestionnaire des risques en lien avec la directrice, le médecin-Président de CME, et les cadres de santé. Les professionnels n'ont pas toujours connaissance des retours concernant les questionnaires de satisfaction et les plaintes ou réclamations concernant leur service malgré l'organisation mise en place par l'établissement.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	88%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	91%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

La Clinique de Verdaich a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. La place de l'Etablissement est reconnue dans les parcours de soins autour d'une activité en SSR avec, en plus d'un secteur de SSR locomoteur et neurologique, 2 activités spécifiques que sont l'unité d'éveil de coma et le service pour les patients en état végétatif chronique. Les orientations stratégiques portent aussi sur le parcours en ambulatoire avec des places en HDJ.

La Clinique porte des valeurs fortes intégrées dans les Orientations Stratégiques, partagées par l'ensemble des professionnels et mises en œuvre, ce qui se vérifie sur le

terrain auprès des équipes et auprès des patients ainsi que de toutes les associations de bénévoles présentes et forces de proposition pour organiser de nombreuses activités sportives tout au long de l'année à la Clinique. Les RU sont aussi très investis et ont une place importante afin de promouvoir l'expression des patients au sein de la Clinique. La volonté de positionner le patient comme acteur de sa prise en charge en l'intégrant à la prise de décision, à des activités, à l'analyse des risques, aux instances au sein de la Clinique est une volonté de la Direction et cela est mis en œuvre sur le terrain.

Avec une offre de soins sur un territoire isolé doté d'une population vulnérable présentant différents handicaps, la Clinique participe à la coordination des parcours en répondant au maximum aux établissements d'amont et en développant des liens avec les professionnels d'aval. La Clinique est reconnue sur le territoire comme centre de SSR. Néanmoins, il n'existe pas de projet CPTS sur le territoire et aucun projet de création n'est identifié. La Clinique met tout en œuvre afin que les patients en situation de précarité sociale bénéficient d'un accompagnement, notamment lors de leur sortie au domicile qui est anticipée afin que des solutions pérennes soient trouvées.

Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément. L'établissement a débuté une collaboration avec le CHU de Toulouse afin de promouvoir la recherche Clinique via une étude qu'un Kinésithérapeute de la Clinique a demandé d'intégrer, ce qui a été validé par la Direction, ce projet est soutenu par la Clinique. La Clinique n'a pas encore formalisé la façon dont elle pourrait repérer les professionnels désireux de s'inscrire dans des travaux de recherche Clinique.

L'engagement des patients est favorisé et la Clinique promeut l'expression du patient. La bientraitance est un axe fort porté par la Direction (Formations nombreuses, groupes de parole, accompagnement individuel...). Des projets afin de mobiliser l'expertise du patient sont en cours et des « patients experts » sont en train d'être formés afin d'intervenir sur des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Concernant la communication centrée sur le patient, elle est effective en terme de promotion de bonnes pratiques et de formation. Néanmoins, les patients et les proches ont du mal à identifier les différents professionnels : pour plusieurs fonctions les tenues des professionnels sont identiques et le nom et la fonction de l'agent sont souvent effacés ce qui est une difficulté dans la communication pour les patients.

Le recueil de la satisfaction du patient est réalisé à sa sortie par le biais d'un questionnaire et par esatis depuis cette année. Le retour de ces questionnaires étant peu important, la Clinique a proposé à d'anciens patients de participer à des groupes de travail afin de faire remonter tout au long du parcours du patient les forces et les faiblesses identifiées. Ce travail a permis la réalisation d'un plan d'action important en 2021 qui a permis des aménagements (bancs dans le parc, espaces de convivialité, salon des familles...). Les résultats des enquêtes de satisfaction sont analysés et présentés en CDU. Les représentants des usagers y sont associés.

Les plaintes et réclamations des patients sont analysées en CDU et font l'objet de communication auprès des professionnels. Les réclamations orales sont également recueillies via le logiciel de déclaration des événements indésirables au vu du peu de plaintes et réclamations écrites reçues.

La Clinique de Verdaich veille à la bientraitance. Les professionnels sont sensibilisés. Le dispositif de signalement des situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients est connu des professionnels. La lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein est également organisée.

L'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap n'est pas toujours effective mais ce risque est connu de la Clinique et un programme architectural est en cours de réalisation au moment de la visite. Un plan d'action est en cours afin que les lieux non encore adaptés le soient d'ici 2022.

Les représentants des usagers sont impliqués dans les instances et dans la vie de l'établissement.

La gouvernance composée de la directrice, du médecin-Président de CME, des cadres de santé, de la Gestionnaires des risques et de la RAQ fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Ils sont tous fortement impliqués dans la dynamique d'amélioration continue de la qualité ; les professionnels et les représentants des usagers y sont associés. La culture sécurité est également soutenue par la gouvernance, mais elle n'est pas évaluée.

L'adéquation entre les ressources humaines compétentes disponibles et la qualité et la sécurité des soins est assurée. Les professionnels nouvellement arrivés sont formés et accompagnés.

Les cadres de santé sont également formés au management.

La gouvernance impulse et soutient le travail d'équipe, cependant, des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe ne sont pas mises en œuvre dans l'établissement (Pacte, accréditation en équipe). Les équipes pluriprofessionnelles ont des temps d'échanges et leur collaboration et coordination sont sollicitées et encouragées par la Direction.

Les connaissances et les compétences des professionnels sont assurées individuellement et collectivement. Le management de proximité organise de nombreuses réunions d'équipe afin de discuter des problématiques d'équipe de façon régulière. Les Cadres de proximité eux-mêmes se réunissent pour permettre au « collectif cadres » de se soutenir et de s'entraider afin de solutionner des problématiques communes. Les compétences sont régulièrement évaluées au travers des EPP, des audits, des IQSS, et des évolutions de technique de prise en charge. En effet, même si les entretiens annuels n'ont pas été réalisés en 2020 et 2021 suite à la crise sanitaire, le plan de formation élaboré par une commission ad-hoc prend en compte les résultats des différentes évaluations citées ci-dessus dans le choix des formations internes et externes. A titre d'exemple, des formations dispensées par des professionnels compétents dans les domaines de l'hygiène, des troubles de la déglutition, la prise en charge des cérébrolésés et des blessés médullaires sont organisées.

La politique Qualité de vie au travail (QVT) est formalisée dans les Orientations Stratégiques. Elle a été construite à partir d'un diagnostic établi suite à une enquête auprès des professionnels. Elle est mise en œuvre, suivie et évaluée en concertation avec les Instances Représentatives du Personnel.

La réponse de l'établissement aux risques auquel il peut être confronté est adaptée et formalisée.

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée en lien avec les partenaires du territoire : Plan blanc, formation des professionnels concernés. La Clinique n'a cependant pas réalisé d'exercice annuel en 2020 mais un est programmé fin 2021.

Les professionnels sont sensibilisés au risque numérique : changement régulier des Login et mots de passe.

La promotion du développement durable et la maîtrise des risques environnementaux sont intégrées dans les Orientations Stratégiques. Un plan d'action est établi au regard des enjeux du développement durable.

Le circuit des déchets est conforme.

En ce qui concerne la maîtrise de l'urgence vitale, les professionnels sont formés régulièrement aux gestes d'urgence, des protocoles sont en place. Les chariots d'urgence sont contrôlés périodiquement et leur vérification est tracée. Les professionnels connaissent tous l'organisation en place concernant l'appel à un médecin en cas d'urgence. Cependant, il n'existe pas un numéro d'appel direct, rapidement identifiable par les professionnels, pour joindre un professionnel habilité à intervenir en cas d'urgence vitale. Il faut se référer à un tableau de garde ou selon l'horaire dans la journée c'est le nom de différents médecins identifiés donc différents numéros. De plus, la procédure en cas d'urgence dans le bassin en balnéothérapie prévoit l'appel à un brancardier qui doit se rendre sur les lieux aider le professionnel dans l'eau à sortir l'éventuelle victime puis il faut appeler une IDE joignable à 3 numéros différents qui arrivera avec le chariot d'urgence depuis un secteur situé sur un autre étage.

L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins.

Les revues de pertinence des pratiques sont mises en œuvre en lien avec les recommandations nationales en regard de l'activité de SSR (pertinence des admissions, pertinence du séjour, enquête de prévalence). Le point de vue du patient est pris en compte et l'implication des usagers est recherchée.

Un tableau de bord d'indicateurs incluant notamment les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement par la gouvernance et communiqués aux professionnels.

Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées périodiquement aux professionnels. En 2020 et 2021, l'établissement n'a pas eu d'EIG à traiter puisqu'aucune déclaration reçue ne rentre dans la définition d'un EIG au sein de l'établissement et donc aucun EI n'a été déclaré sur le portail. Néanmoins, l'établissement doit prévoir la déclaration sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables en cas de survenue.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	310014378	SA SOCIETE DES CLINIQUE DU MIDI	31550 Gaillac Toulza FRANCE
Établissement principal	310781984	CLINIQUE DE VERDAICH	- 31550 Gaillac-Toulzac FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	
Existence de Structure des urgences générales	
Existence de Structure des urgences pédiatriques	
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	
Autorisation de Médecine en HAD	
Autorisation d' Obstétrique en HAD	
Autorisation de SSR en HAD	
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	
Existence de SMUR pédiatrique	
Existence d'Antenne SMUR	
Existence d'un SAMU	
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	158
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	QVT & Travail en équipe		
2	Audit système	Engagement patient		
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation	

7	traceur		Adulte Hospitalisation complète Programmé	
8	Audit système	Dynamique d'amélioration		
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Balnéothérapie
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Leadership		
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	

15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
17	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires
19	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		GESTION DES STUPEFIANTS
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
24	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Brancardage

25	Audit système	Coordination territoriale		
26	Audit système	Représentants des usagers		
27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
29	Audit système	Maitrise des risques		
30	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NON APPLICABLE
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

