



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION  
DE LA CLINIQUE BÉTHANIE**

**144, avenue Roul  
33400 TALENCE**

**Septembre 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>    Modalités de suivi.....</b>                       | <b>p.13</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.

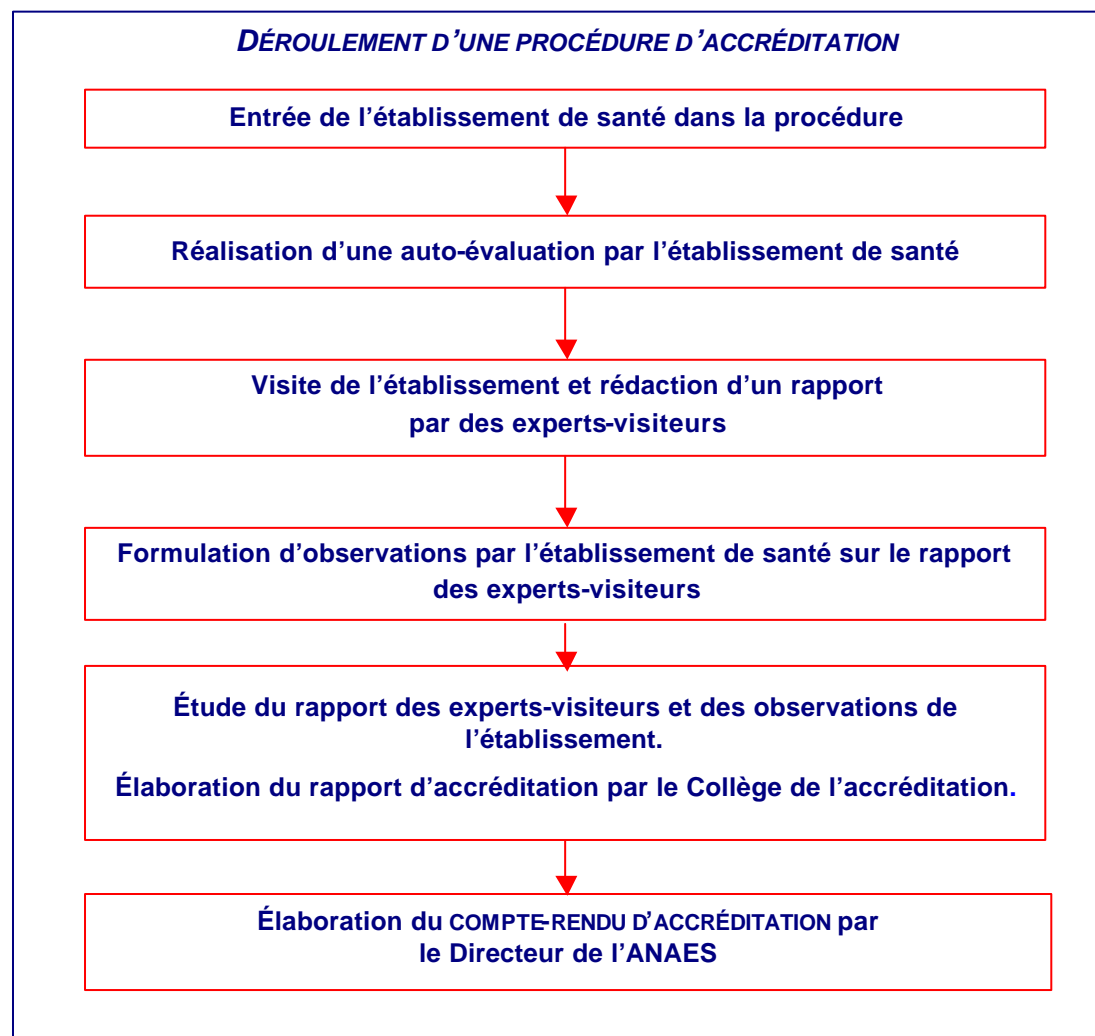
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

#### ***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 :

- **La clinique Béthanie**, sise 144 avenue Roul – 33400 Talence.

La clinique Béthanie est un établissement de santé psychiatrique privé à caractère commercial, créé en 1947, puis repris en 1973 et agrandi en 1993.

La direction de la clinique change en 1995 et devient collégiale entre les praticiens qui y exercent.

La clinique se situe dans la commune de Talence qui fait partie de la communauté urbaine de Bordeaux, près du campus universitaire, dans un parc d'un hectare.

Elle est facilement accessible par les lignes de bus et bientôt par une ligne du tramway.

Le nombre de lits autorisés est de 60.

Les pathologies psychiatriques recensées concernent l'adulte : troubles de l'humeur, états anxiodépressifs névrotiques, troubles graves de la personnalité, troubles des conduites alimentaires et décompensations psychotiques avec des conduites addictives éventuellement associées.

Entre 1995 et 1998 des travaux importants ont été réalisés afin de rénover les bâtiments et de créer les conditions d'une pratique de prise en charge du patient individualisé, à visée psychothérapeutique, mettant en œuvre des moyens dits de psychothérapie institutionnelle.

Cinq psychiatres y travaillent et le total de l'effectif salarié non médical est d'une quarantaine de personnes.

Plusieurs conventions ont été formalisées avec d'autres établissements de santé et une coopération existe avec plusieurs hôpitaux ou services recevant des patients psychiatriques.

En 2002, il y a eu 588 entrées et 21 898 journées réalisées, avec une DMS de 37,24.

La très grande majorité des patients est originaire de la Gironde (493 sur 588) et des départements voisins.





## 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 3 juillet 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 15 au 18 mars 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 en septembre 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

Depuis plusieurs années le respect des droits et l'information du patient structurent le projet médical et le projet de soins de la clinique Béthanie.

Des évolutions ont suivi les modifications de la législation. La traçabilité du recueil du consentement mériterait d'être systématisée. Les différentes catégories professionnelles ont été impliquées dans ces démarches.

Reste à réaliser la définition d'une politique d'amélioration des droits et de l'information du patient et à poursuivre les évaluations.

#### I.2 Dossier du patient

Le dossier du patient est le fruit d'une longue élaboration qui a abouti à son unicité, sa localisation pratique, sa confidentialité garantie, son exhaustivité grâce à la participation des différents intervenants autour du patient.

Son évaluation est mise en place ce qui doit garantir sa qualité et permettre les évolutions qui seront nécessaires.



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

La dynamique qualité est manifeste et repose sur les orientations du projet médical et du projet de soins qui définissent la politique d'organisation de la prise en charge des patients.

Les pratiques professionnelles, centrées sur l'individualisation du soin et l'approche globale du patient, favorisent le respect et le développement d'une dynamique qualité centrée sur une prise en charge quotidienne, par des équipes pluridisciplinaires.

Les professionnels sont largement impliqués dans cette dynamique.

La prise en charge et la continuité des soins sont assurées tout au long du séjour et la sortie est organisée.

Les outils de communication utilisés (affichage, réunions, transmissions orales et écrites) sont opérationnels.

L'organisation de l'accueil et l'information aux correspondants permettent une prise en charge adaptée aux besoins des patients. Les comptes rendus d'hospitalisation sont envoyés en temps et en heure.

L'organisation de la pharmacie n'est pas optimale et mériterait d'être améliorée.

La mise en œuvre d'évaluations permet à l'établissement de progresser dans cette dynamique.

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

L'établissement dispose d'un projet dans lequel les différents acteurs se sont investis et engagés. La taille de l'établissement, sa structure, son activité monodisciplinaire facilitent la définition, la connaissance et le partage des objectifs par l'ensemble des professionnels. La dynamique qualité est perçue dans l'implication de l'ensemble des partenaires.

### I.5 Gestion des ressources humaines

Un effectif stable et réduit permet une politique sociale directe et de qualité. La gestion des ressources humaines est réalisée dans un climat de confiance et de partage avec des professionnels issus d'une culture d'entreprise commune. Reste à envisager la mise en place d'entretiens individuels d'évaluation.

### I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement a le souci du bien-être et de la sécurité de ses patients et de son personnel ; il a mis en œuvre une politique visant à les assurer ; les évaluations mises en place devraient contribuer à la pérennisation de la dynamique qualité.



#### I.7 Gestion du système d'information

Le schéma directeur de l'information n'est pas encore formalisé, les systèmes existants, compte tenu de la taille et de la spécialité de la clinique ainsi que du développement de l'informatique limité à l'administration, ne l'ayant pas mis en priorité. La démarche qualité en fait apparaître maintenant la nécessité.

#### I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La démarche qualité qui a été initiée est précisée dans les 2 contrats d'objectifs et de moyens successifs. Des outils ont été mis en place pour sa gestion et les responsabilités définies. L'ensemble des professionnels participe à sa mise en œuvre. Des protocoles et des indicateurs existent. Des évaluations sont réalisées dans certains secteurs d'activité. La gestion de la prévention des risques est initiée. La mise en œuvre et l'évaluation du programme de gestion des risques sont à développer.

#### I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Compte tenu de sa spécialité, l'établissement ne pratique pas de transfusion. Le système de signalement et de gestion des alertes sanitaires est organisé par la direction et la pharmacienne qui est responsable de la matériovigilance et de la pharmacovigilance. Reste à assurer une évaluation des systèmes mis en place.

#### I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La mise en place du comité de lutte contre les infections nosocomiales et de la démarche qualité a déterminé la politique de la clinique contre le risque infectieux, les premières procédures et protocoles ont concerné l'hygiène et ont déjà fait l'objet d'évaluations. Compte tenu de la taille et de la spécialisation de la clinique, les risques infectieux ne sont pas majeurs et les dispositifs mis en place devraient permettre un contrôle suffisant, reste à prévoir une politique de formation régulière du personnel à la prévention du risque infectieux sous une forme adaptée à l'établissement.



## **II DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION**

### **Modalités de suivi**

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

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