



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE
CERTIFICATION
CLINIQUE PAUL PICQUET**

**12, rue Pierre Castets
89100 SENS**

MARS 2018

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	4
DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	6
PARCOURS PATIENT	7

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site Internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. L'additif au rapport de certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

Établi après une phase contradictoire avec l'établissement, l'additif au rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE PAUL PICQUET	
Adresse Département / région	12, rue pierre Castets 89100 Sens YONNE / BOURGOGNE / FRANCHE-COMTE
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité Juridique	890000151	SOCIETE D'EXPLOITATION CLINIQUE PICQUET	12, rue pierre castets 89100 Sens
Établissement principal	890000169	CLINIQUE PAUL PICQUET SENS	12, rue pierre castets 89100 Sens

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
MCO	Chirurgie	69	/	26
MCO	Médecine	19	/	/

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé prononce la certification de l'établissement avec recommandations d'amélioration.

2. Décisions

RECOMMANDATIONS D'AMELIORATION

Management de la qualité et des risques
Droits des patients
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé au plus tard le **30 septembre 2019**.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

PARCOURS PATIENT

1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	Oui	L'établissement a identifié ses risques en exploitant les données du rapport de certification V2014. Ainsi les risques liés à la définition de la stratégie du parcours patient, la prise en charge des jeunes enfants, la permanence des soins, l'organisation de l'accueil des patients la nuit, la prise en charge de l'urgence vitale ont été intégrés pour la mise à jour du compte qualité.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	L'établissement a analysé la décision pour en identifier les causes et décrire le choix des actions engagées. Ainsi, la hiérarchisation des risques a été faite au regard des écarts du rapport de certification.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Le niveau de cotation de la maîtrise indiqué par l'établissement est en cohérence avec les dispositifs de maîtrise mis en place.

2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	L'établissement a mis à jour son plan d'action au regard des risques identifiés. Pour chaque action, il existe un pilote, des échéances et l'état d'avancement.

<p>Cohérence et déploiement du plan d'actions ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Les plans d'actions sont cohérents au regard des écarts soulevés par le rapport de certification.</p> <p>Les orientations stratégiques du projet médical ont été validées en CME et diffusées dans les instances et aux professionnels en Juin 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le développement des pôles d'excellence (bariatrie, urologie, ORL, ophtalmologie, orthopédie, digestif) en déployant un plateau technique performant et innovant - Le développement des activités médico-chirurgicales en créant une équipe médicale qui s'appuie sur un système d'astreintes médicales par spécialités (cardiologie – pneumologie – oncologie) et en développant les activités chirurgicales (esthétique et reconstructrice, vasculaire, filière urologique) - Un renforcement de la qualité et de la sécurité des soins par une amélioration des organisations (accueil et orientation par le SAS) et une optimisation des parcours (circuits courts). <p>Le projet de soins finalisé en Août 2017 décline les axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le parcours de soins et la prise en charge patient - Optimiser le management de la qualité et la gestion des risques - Développer les compétences managériales et soignantes <p>Ce projet a été validé en COPIL et CODIR et a été diffusé en CME en Octobre 2017.</p> <p>Les politiques de prise en charge des personnes âgées et des enfants ont été formalisées. L'identification des risques a été effectuée par l'ensemble des professionnels dans les différents secteurs d'activité notamment pour les populations spécifiques.</p> <p>Les orientations stratégiques retenues pour les personnes âgées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification des personnes âgées à risque - L'évaluation des problèmes médicaux (mobiliser les personnes ressources, gérer la polymédication et élaborer les PPS) - la continuité des soins : anticiper la sortie (logiciel dédié). <p>Les orientations stratégiques retenues pour la PEC des enfants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertinence de l'hospitalisation : favoriser l'alternative à l'hospitalisation conventionnelle et organiser l'accueil de l'entourage en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle - PEC de qualité par des professionnels formés : respect des particularités de la PEC des mineurs, promouvoir la bienveillance de l'enfant et de son entourage.
---	------------	---

		<p>Concernant le risque lié à l'organisation avec le CH de Sens concernant l'accueil et/ou l'orientation des personnes se présentant la nuit de 20h à 8h pour une urgence, l'établissement a formalisé une convention avec le Service d'Accueil et de Soins. Celle-ci a été rédigée en février 2016, réactualisée en Juin 2016 pour formaliser la prise en charge des patients entre la clinique et le SAS : le médecin du SAS hospitalise les patients dans la clinique uniquement après avis et accord du spécialiste notifié dans la liste d'astreinte, qui devient alors responsable de ce patient. Dans le cas contraire, le médecin du SAS organise le transfert du patient. Cette convention a été évaluée avec la méthode du patient traceur.</p> <p>Les règles d'organisation et de diffusion des astreintes médicales ont été réactualisées et complétées. Une équipe médicale de cardiologie est en cours de constitution. Pendant cette période transitoire, l'admission des patients dans cette spécialité est suspendue. L'intégration de nouveaux praticiens d'ici septembre – octobre 2017 permettra de restaurer la permanence et l'offre de soins.</p> <p>Concernant l'appel du lendemain, un personnel soignant est dédié à cette fonction d'appel de la veille et du lendemain. Un indicateur est suivi.</p> <p>L'établissement a procédé à une sensibilisation des médecins concernant le taux de CRH envoyé hors délai. Une évaluation régulière est réalisée avec un suivi d'indicateurs.</p> <p>Le risque relatif à l'effectivité de la procédure de l'urgence vitale a été identifié par l'établissement et suivi d'actions. Une identification individuelle des besoins en formation / réactualisation des connaissances aux gestes d'urgence a été réalisée. Une nouvelle campagne de formation en 2017 et 2018 est en cours et un audit du chariot d'urgence a été réalisé en 2016.</p>
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Les échéances définies dans le plan d'action de l'établissement sont en cohérence avec la hiérarchisation des risques. Les actions sont presque toutes finalisées.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Pour chaque action identifiée, l'établissement a identifié des modalités de suivi (indicateurs, audit) qui visent à suivre l'avancement des actions et leur efficacité (indicateurs sur les populations spécifiques, indicateurs sur la formation aux gestes d'urgence..).

3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	Oui	Les données ont été actualisées suite à la visite de certification. L'établissement s'est approprié le compte qualité en actualisant la partie « Données » en lien avec la partie « Analyse et plans d'actions » permettant ainsi de s'assurer que les actions sont suivies, pertinentes et efficaces.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	Oui	Les indicateurs mis à jour permettent de suivre l'avancée des actions et notamment de noter les améliorations. On peut noter notamment les indicateurs suivants : pourcentage de personnes âgées, dont l'âge est supérieur à 75 ans avec une DMS > 9 jours et sorties à domicile, pourcentage de prescriptions par spécialités en SSR via Trajectoire, nombre d'interventions de l'EMG, nombre de réunions CPAM à l'utilisation PRADO par les prescripteurs, tableau de suivi des patients dénutris, nombre de séjours d'enfants de moins d'un an, nombre de report d'interventions pour non présentation de l'autorisation d'opérer signée des deux parents, Pourcentage des enfants hospitalisés en chirurgie ambulatoire...