



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

### **CLINIQUE PAUL PICQUET**

12, rue Pierre Castets

89100 SENS

SEPTEMBRE 2013

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. Les décisions par critères du manuel	10
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	11
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	12
4.Suvi de la décision	13
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	14
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	15
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	16
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	23
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	26
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	29

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# CLINIQUE PAUL PICQUET

**Adresse :** 12, rue pierre castets  
89100 Sens YONNE

**Statut :** Privé

**Type d'établissement :** Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	88	26	0

Nombre de sites.:	1 site.
Activités principales.:	Médecine, chirurgie.
Activités de soins soumises à autorisation.:	Médecine, chirurgie, oncologie, chimiothérapie.
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	Sans objet

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	Centre hospitalier de Sens. Centre de convalescence de Sainte-Colombe à Saint-Denis-les-Sens. Membre du GIE de radiothérapie de l'Yonne, membre du réseau de cancérologie régional (ONCO-BOURGONE).
Regroupement/Fusion.:	Sans objet
Arrêt et fermeture d'activité.:	Néant
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	Néant

## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE



Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

26.c (Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique) .

28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

### 3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé est effective.

#### 4.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois des plans d'action avec échéancier pour les recommandations émises ou non levées suite à cette nouvelle délibération.

### 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a - Court Séjour**  
**Management de la prise en charge médicamenteuse du patient**



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

En grande partie

L'établissement de santé n'a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient qu'au travers de son projet d'informatisation. La clinique communique un document intitulé "politique qualité 2012-2013 pharmacie", signé par le pharmacien gérant, qui ne répond pas aux exigences d'une politique institutionnelle validée par les instances concernées par le circuit du médicament (direction, CME, COMEDIMS, notamment).

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

Oui

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini. Le projet d'informatisation de la chimiothérapie est réalisé, en phase de test.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

Oui

Les outils mis à la disposition des prescripteurs sont : le livret thérapeutique des dispositifs médicaux et des médicaments, l'"antibioguide", la feuille Thériaque dans les unités de soins, les notes de service, la mise à disposition du dictionnaire Vidal et la rédaction par la COMEDIMS



	Oui	d'arbres décisionnels (traitement antibiotique pour infection urinaire). De plus, la clinique a élaboré et diffusé un tableau d'aide à l'administration des antibiotiques injectables.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées au travers de l'analyse des événements indésirables qu'elles génèrent. Un support de formation est proposé. Toutefois l'organisation des formations n'est pas définie en termes d'objectifs et de cibles.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	La chimiothérapie fait l'objet d'une application informatique dédiée à la prescription et l'administration. Selon le suivi du projet d'informatisation du dossier médical, l'informatisation est engagée en chirurgie, en soins continus et ambulatoires avec un projet d'extension en médecine en juin 2013.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, est réalisé. L'antibiothérapie est suivie qualitativement et quantitativement. L'amélioration de l'indicateurs IPAQSS, relatif à la qualité des prescriptions, repose sur le déploiement de l'informatisation.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	L'analyse du recueil des erreurs médicamenteuses est réalisée en utilisant le système de déclaration incident/accident mis en place dans l'établissement. L'analyse est réalisée mensuellement par la cellule de gestion des risques et présentée aux autres instances. Ces données sont retrouvées dans la cartographie des risques. Si besoin, une erreur médicamenteuse peut être soumise au comité RMM.

<p>Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Lors de l'analyse mensuelle des fiches de déclaration, un responsable d'action est nommé. Il réalise l'information et la sensibilisation des personnels. Le pharmacien réalise cette information auprès des praticiens, notamment sur les règles de prescription qui ne sont à ce jour pas respectées. Les résultats des audits sont transmis à l'ensemble des personnels. Le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques prévoit les actions à mettre en place qui ne l'ont pas été, sauf en oncologie. Le déploiement de l'informatisation s'inscrit dans les actions d'amélioration mises en œuvre. Toutefois la rétro-information des professionnels sur le suivi des actions d'amélioration n'est pas documentée.</p>
---	----------------------	---

## Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

**Critère 20.a bis - Court Séjour**  
**Prise en charge médicamenteuse du patient**



**Cotation**

**C**

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Partiellement

En chimiothérapie, la prescription est réalisée sur un support unique conforme à la réglementation. Selon les documents communiqués par la clinique, l'ensemble des lits et places de la clinique (médecine et chirurgie) bénéficie de la prescription et de l'administration informatisées. Cependant, la liste des médicaments à risque n'est pas établie et les règles de prescription, notamment pour les médicaments à risque ne sont pas élaborées.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

En grande partie

Le médecin anesthésiste est responsable de la prise en charge du traitement personnel du patient. Il utilise la prescription informatique partagée de la clinique. Un logigramme de prise en charge du traitement personnel validé par le président de CME a été présenté au cours de la visite initiale de certification. Les prescriptions de sortie sont assurées par le médecin référent. Cependant, selon les résultats de la campagne de recueil 2011 de l'indicateur "tenue du dossier patient" la copie d'un traitement de sortie n'est présente que dans 31 % des dossiers analysés.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	Le contrat de bon usage mentionne les nombres de lits et de places bénéficiant de l'analyse pharmaceutique. Les demandes hors dotation et les prescriptions d'antibiotiques, d'anticancéreux, de stupéfiants, de MDS font l'objet d'une validation pharmaceutique. L'acheminement des médicaments de la pharmacie aux unités de soins est fait à l'aide de conteneurs sécurisés. Ces médicaments sont stockés dans des armoires sécurisées.
Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	En grande partie	Les règles d'administration des médicaments sont définies dans la procédure générale du circuit du médicament : procédure d'administration qui définit le support à utiliser pour la traçabilité, mais aussi dans les protocoles de soins médicamenteux. La généralisation de l'application informatique dédiée au circuit du médicament contribue au respect des bonnes pratiques en matière de traçabilité de l'administration. Cependant, la clinique n'a pas défini la liste des médicaments à risque nécessitant une double vérification indépendante des doses.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Partiellement	Compte tenu de la valeur du critère "rédaction des prescriptions pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 17 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	Selon les documents communiqués par la clinique, l'outil informatique dédié au circuit du médicament est généralisé sur l'établissement. Une application permet l'analyse pharmaceutique. Cependant, la clinique ne communique pas le nombre de lits ou places faisant l'objet d'une analyse ou d'une délivrance nominative du traitement complet. La PUI ne fournit pas le nombre d'avis émis.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées et évaluées pour les anticancéreux par des audits. La clinique a procédé au recrutement d'un pharmacien supplémentaire pour assurer l'application et le suivi des bonnes pratiques de préparation.

	Oui	
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée par les praticiens dans un premier temps avec la remise de documents d'information pour certaines molécules (anticoagulant, anti-inflammatoire, etc.), le relai est pris par les infirmières dans les unités de soins au regard du projet thérapeutique mis en place pour le patient (éducation pour le diabète, l'utilisation des anticoagulants), mais aussi lors de la consultation d'annonce pour les traitements anticancéreux. L'information est tracée dans le dossier.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	La traçabilité de l'administration fait l'objet d'une application informatique dédiée et généralisée sur l'établissement. Plusieurs indicateurs ont été mis en place dans le tableau de bord de suivi du CBUM. Toutefois, la clinique n'a pas réalisé d'audit confirmant le respect des bonnes pratiques et des consignes d'utilisation de l'outil informatique par le personnel habilité.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	Le programme EPP intègre l'évaluation du circuit du médicament dans sa globalité, notamment la partie administration, l'évaluation du contrôle des poches de chimiothérapie, l'évaluation du stockage des armoires et du chariot d'urgence, l'audit sur l'antibioprophylaxie. Ces évaluations sont menées selon les référentiels HAS depuis la V2007 et lors de la préparation (BPP) et de l'administration (hygiène avec le référentiel CCLIN Sud-Ouest).

<p>Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des action sur le bon usage ont été menées par la clinique: diffusion de fiches d'information sur les nouveaux anticoagulants, sensibilisation aux bonnes prescriptions d'antibiotiques, information sur la sécurité du médicament en COMEDIMS, organisation de la "semaine sécurité du patient". Cependant, la réalisation du bilan des actions de bon usage et sa diffusion, ainsi que le bilan global des analyses de pertinence de prescriptions ne sont pas documentés.</p>
--	-------------------------	---

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

## Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26.c

#### Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique

*Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé ayant une prise en charge MCO, hors établissements d'HAD.*

## Cotation

C

### E1 Prévoir

#### Réponses aux EA

#### Constats

L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.

Oui

### E2 Mettre en oeuvre

#### Réponses aux EA

#### Constats

Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.

Partiellement

Les professionnels concernés par le prélèvement de tête fémorale sont sensibilisés et formés, le consentement du patient est recueilli. Aucune autre sensibilisation n'est mise en oeuvre. Une formation aux professionnels de santé sur la procédure de prélèvement et l'information à donner aux patients/famille est prévue en septembre 2013.

Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.

NA

### E3 Evaluer et améliorer

#### Réponses aux EA

#### Constats



Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Non	Aucune évaluation n'est réalisée par l'établissement. Une évaluation est prévue fin 2013.
--	-----	--

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Partiellement	Compte tenu de la classe de l'indicateur "Réunions de concertation pluridisciplinaires" et de sa valeur de 44 % avec un intervalle à 95 % = (28 % - 59 %) pour la campagne de recueil 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Oui	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Oui	

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 06/12/2011 au 09/12/2011	Certification avec réserves	rapport de suivi	12
Rapport de suivi	MARS 2013	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Rapport de suivi
20.a (Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Réserve	Recommandation
26.c (Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique)	Recommandation	Recommandation
28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Recommandation