



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CLINIQUE SAINT PIERRE

169 avenue de prades
66012 Perpignan



Validé par la HAS en Janvier 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 2021

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.	14
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	16
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	17
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	18
Chapitre 2 : Les équipes de soins	19
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	21
Objectif 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	22
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	24
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	26
Chapitre 3 : L'établissement	27
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	29
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	30
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	31
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	32
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	33
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	34
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	35
Table des Annexes	36
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	37
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	38
Annexe 3. Programme de visite	42
Annexe 4. Fiches Anomalies	49
Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins	58

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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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.

Présentation

CLINIQUE SAINT PIERRE	
Adresse	169 avenue de prades 66012 Perpignan Cedex FRANCE
Département / Région	Pyrénées-Orientales / 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	660000407	SA CLINIQUE SAINT-PIERRE	169 avenue de prades 66012 Perpignan FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

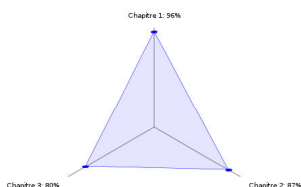
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
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 critiques
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, [112](#) critères lui sont applicables

Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

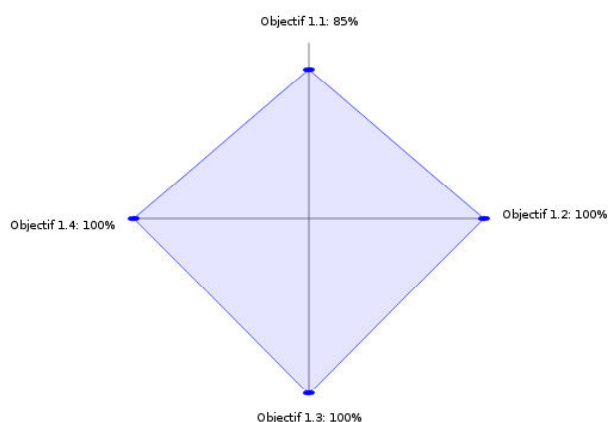
87.85%

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

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	98%
2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	92%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	83%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins	88%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	80%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	76%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	58%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	93%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	75%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	38%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	0%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	100%

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre
96%
du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
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%

Les entretiens menés avec les patients et leurs proches montrent que les équipes ont à cœur de délivrer une information claire et adaptée. L'adhésion au projet de soins est recherchée en partageant avec lui la réflexion bénéfiques/risques, et en impliquant chaque fois que possible ses proches et aidants. Les messages sont adaptés aux différents types de prises en charge (hospitalisation complète, ambulatoire...) et reposent sur une information orale et écrite. Des professionnels dédiés sont impliqués, comme l'IDE d'annonce en Cancérologie. Le patient est invité à faire part de sa satisfaction, son point de vue est pris en compte. Les modalités pour soumettre une réclamation ou signaler un événement indésirable lui sont communiquées. Les patients connaissent le rôle de la personne de confiance; son identité est retrouvée dans la majorité des dossiers. Cependant, malgré les supports explicatifs développés à l'intention des professionnels, l'information sur le droit à formuler des directives anticipées n'est pas une pratique habituelle des équipes. Par ailleurs, les échanges ont montré que les patients ont une faible connaissance du recours possible aux représentants des usagers et associations de bénévoles susceptibles de les accompagner. Enfin, ils sont peu sensibilisés aux prises en charges spécifiques et aux messages de santé publique.

Les patients soulignent la qualité des conditions d'accueil et les pratiques des professionnels qui favorisent le respect de la dignité et de l'intimité en unité de soins, au niveau de l'accueil administratif et sur le plateau interventionnel; ainsi que les équipements et la bonne hygiène des locaux. Les chambres individuelles sont en nombre, et des dispositifs de séparation sont utilisés dans les chambres doubles. Certaines mesures sont particulièrement appréciées. Par exemple, dans le secteur d'oncologie, le service de restauration propose un large choix de menus ainsi qu'un service au plat avec une présentation recherchée; en HDJ, les patients peuvent bénéficier d'un stationnement gratuit pendant leurs soins. Une attention particulière est portée à la limitation du recours à la contention. La prise en charge de la douleur fait l'objet d'évaluations régulièrement tracées dans le dossier patient. Les professionnels ont insisté sur la facilité du recours à l'équipe mobile de soins palliatifs qui permet au patient en situation de fin de vie d'accéder à des soins adaptés.

La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite, et la disponibilité de locaux dédiés, comme les salons des familles. En unité d'hospitalisation, y compris en soins critiques, l'implication de l'entourage est recherchée. En secteur interventionnel, les proches sont systématiquement contactés lors de la sortie du patient du plateau technique. Les parents sont associés aux soins de leur enfant.

Les patients porteurs d'un handicap bénéficient de mesures adaptées. Les circulations, et des chambres et sanitaires sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Des chambres sont aménagées pour l'accueil des patients Alzheimer en Orthopédie. La préparation de la sortie est le plus souvent anticipée; les consignes de suivi du traitement médicamenteux sont détaillées. L'IDE entéro-stomathérapeute apporte ses compétences lorsque cela est nécessaire, et contribue à la bonne réadaptation physique et psychologique du patient. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte en lien avec l'assistante sociale qui peut être sollicitée par toutes les unités.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Le tableau des indicateurs transmis aux experts visiteurs montre une nette amélioration du recueil de la personne de confiance ces dernières années, puisque le score de traçabilité de la personne de confiance était de 56 en 2019, 94 en 2020 et 91 en 2021.

Le droit à formuler des directives anticipées est intégré dans le livret d'accueil de la clinique. Les professionnels ont aussi dans chaque service un classeur « droits des patients » qui comprend un feuillet explicatif sur les directives anticipées et qui peut servir de support pour aborder le sujet avec le patient et/ou l'entourage.

Les coordonnées des représentants des usagers sont affichées dans les halls d'accueil de la clinique et sur le site Internet.

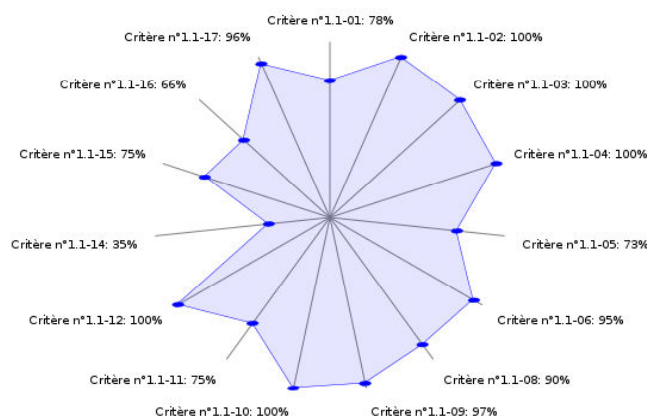
L'information sur les prises en charges spécifiques et les messages de santé publique a évolué en 2020 ; dans le contexte COVID, tous les flyers / livrets d'information qui étaient à disposition dans les secteurs ont été retirés de la circulation (prévention du risque infectieux) et sont gardés dans les infirmeries ; ils sont remis au patient selon leurs besoins.

Dans la même logique, les messages de santé publique sont affichés dans les halls d'accueil et font l'objet de communication ciblée ; par exemple, lors de la visite des experts, une animation dans le hall d'accueil concernait octobre rose.

Réponse de la HAS

Accepter partiellement

Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.

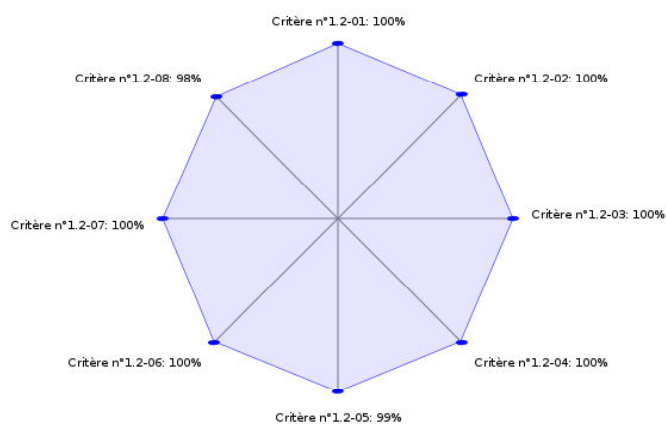


Score de l'objectif
85%

Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	78%
1.1-02	Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	100%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	73%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	95%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	90%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	97%
1.1-10	Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	100%
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	75%
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	100%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	35%
1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	75%

1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	66%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	96%

Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de
l'objectif
100%

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	99%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	100%
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	98%

Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Critère n°1.3-01: 100%



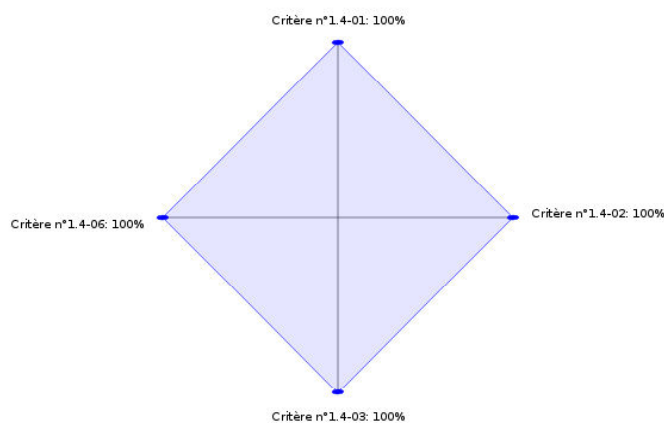
Critère n°1.3-03: 100%

Score de
l'objectif

100%

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	100%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	100%

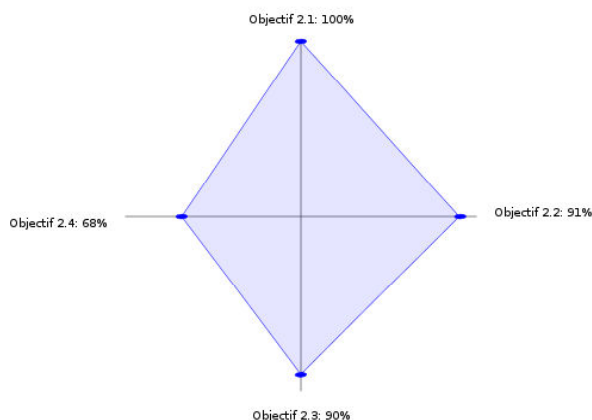
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge



Score de l'objectif
100%

Critères		
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-03	Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	100%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre
87%
du score maximal

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	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	90%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	68%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques. Des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires sont en place en Oncologie, en Réanimation. Les dossiers des patients suivis en cancérologie sont analysés en RCP, et le compte-rendu intégré au dossier. Aux Urgences, la formation à l'accueil et l'orientation des IDE chargés du tri des patients est développée.

Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins tout au long du parcours. En Oncologie par exemple, une IDE coordinatrice assure le lien avec les professionnels de ville ; la démarche palliative est articulée avec l'équipe mobile de soins palliatifs. Le dossier patient est en grande partie informatisé, ce qui facilite le partage des informations. Cependant, les professionnels doivent manipuler plusieurs logiciels qui ne sont pas tous interfacés. De ce fait, les observations médicales ne sont pas régulièrement actualisées dans certains secteurs comme l'Orthopédie ou l'Endoscopie ; en chirurgie, la fiche de liaison service/bloc n'est le plus souvent pas renseignée. Conscient de ces difficultés, et pour garantir la fiabilité et la sécurité des données, l'établissement a inscrit dans sa politique des systèmes d'information le développement de la communication entre les applications, et la digitalisation des documents administratifs. Ce travail est engagé avec le déploiement d'un logiciel certifié visant à uniformiser les pratiques. Des actions de sensibilisation sont menées auprès des professionnels sur l'importance de l'exhaustivité des données.

Concernant la prise en charge médicamenteuse, les prescriptions sont assurées dans la grande majorité des cas dans le dossier patient informatisé, l'analyse pharmaceutique est effective, les règles d'administrations sont connues. La liste des médicaments à risques est définie, des codes couleur sont prévus pour leur stockage. Le circuit de reconstitution des chimiothérapies fait l'objet d'un double contrôle tracé à différentes étapes. Le bilan thérapeutique est inscrit dans la lettre de liaison. La conciliation médicamenteuse est assurée dans le cadre des primo-prescriptions des chimiothérapies orales. Cependant, il a été noté pour certaines prises en charge en chirurgie ambulatoire, que la prescription de la prémédication n'est pas assurée dans l'onglet dédié du dossier informatisé mais sur le support papier de la consultation d'anesthésie. L'établissement a prévu d'appliquer prochainement à ce secteur les règles en place en hospitalisation complète. Par ailleurs, les modalités de stockage et de transport n'étaient pas sécurisées dans certaines unités de soins. Elles ont été revues en cours de visite à la suite des remarques des experts-visiteurs avec mise à disposition de casiers supplémentaires pour le stockage des médicaments à risques dans les armoires à pharmacie, et des molécules thermo-sensibles dans les réfrigérateurs; ainsi que l'utilisation de contenants pour le transport des médicaments hors dotation.

Les équipes disposent de protocoles d'antibiothérapie, un référent assure un conseil si nécessaire. Les prescriptions probabilistes sont réévaluées dans les 2 à 3 jours. Les prescriptions de produits sanguins labiles font l'objet d'une analyse bénéfice/risque, les professionnels connaissent les procédures de traitement des complications. Il a cependant été noté que le support de prescription ne mentionne pas systématiquement l'identité du patient. L'établissement a prévu l'acquisition d'un logiciel dédié pour améliorer la traçabilité à chaque étape transfusionnelle. La prévention des infections associées aux soins est coordonnée par le président du CLIN et l'IDE hygiéniste qui veillent sur le terrain au respect des précautions standard et complémentaires et à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle. Le bionettoyage des locaux est supervisé. L'établissement a été très engagé dans la campagne de vaccination anti-COVID, il assure la promotion des autres vaccins, et suit le taux de vaccination anti-grippale. Cependant, les responsables d'unités ne connaissent pas les taux de couverture de leurs équipes. En secteur interventionnel, le respect des recommandations de préparation cutanée, et d'antibioprophylaxie a été observé. La désinfection du matériel réutilisable d'endoscopie est assurée par des agents formés aux bonnes pratiques. La traçabilité du traitement est effective. Les équipements sont régulièrement maintenus. Toutefois, l'équipe exploite les résultats des contrôles microbiologiques pour mettre en place les actions nécessaires, sans disposer de véritables indicateurs de prévention des infections. Par ailleurs, le compte-rendu d'examen ne mentionne pas toujours le dispositif utilisé (celui-ci peut tout de même être retrouvé dans le registre des actes). Les règles de programmation sont connues des professionnels, l'échange d'informations est organisé. Les check-list sécurité du patient sont utilisées. Le transport interne est assuré par des brancardiers qui bénéficient de formations régulières à l'hygiène, et aux gestes d'urgence.

Les signalements des événements indésirables font l'objet d'une analyse en équipe, le retour d'expérience permet d'identifier des actions d'amélioration, mais celles-ci ne sont pas toujours mutualisées entre services. Des démarches d'évaluation des pratiques ont été présentées par les équipes, mais il a été noté une connaissance des résultats des IQSS, et de la satisfaction du patient variable selon les unités. Dans les secteurs de soins critiques, il n'a pas été retrouvé de registre de refus des admissions ou de suivi formalisé des réhospitalisations à 48/72 heures.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Dans le chapitre relatif à la politique des systèmes d'information les orientations stratégiques de la clinique définissent les objectifs prioritaires suivants :

- Organiser la communication des informations au sein de la structure
- Garantir fiabilité et sécurité des données

Le PAQSS décline ces objectifs dans un plan d'actions en cours de déploiement (onglet dossier patient par exemple): mise en place d'un logiciel certifié (paramétrage, formation des utilisateurs, mise en œuvre), uniformisation des pratiques, sensibilisation à l'exhaustivité de la lettre de liaison et des divers comptes rendus ...

Dans la continuité, des discussions sont engagées avec le groupe des anesthésistes concernant la prescription des prémédications qui devrait être généralisée sur ce logiciel. Dans l'attente, pour respecter la réglementation, les IDE tracent effectivement l'administration sur la feuille de consultation anesthésie où est prescrite la prémédication.

Par ailleurs, la clinique Saint -Pierre a choisi de cibler la conciliation médicamenteuse sur la PPCO ; comme indiqué sur le tableau des indicateurs fourni aux experts-visiteurs, cela représente 67 entretiens en 2018, 81 en 2019 et **111 en 2020** malgré le contexte sanitaire (au-delà de nos engagements CAQES).

La clinique a participé à l'expérimentation du suivi de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier 2021 ; le score obtenu est de 18,1%. Cet indicateur sera suivi chaque année.

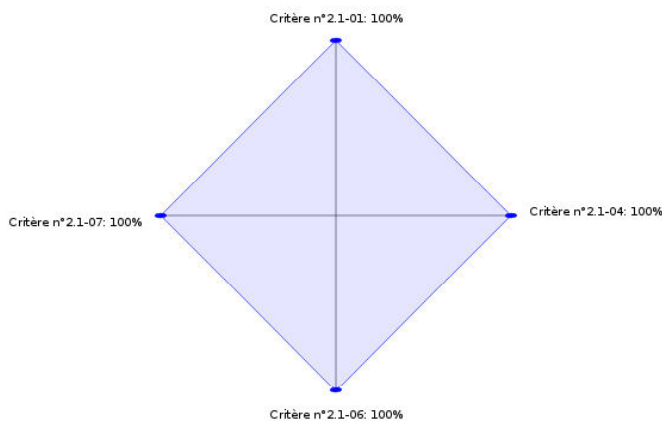
Enfin, en endoscopie, même si l'équipe ne dispose pas de véritables indicateurs sur les résultats des contrôles microbiologiques, les actions d'amélioration sont inscrites dans le PAQSS.

Les résultats des IQSS et des évaluations sont présentés et communiqués aux comités et instances concernés, diffusés dans la note bimensuelle et présentés aux équipes lors des réunions trimestrielles de service. Les actions d'amélioration proposées et adoptées à chaque niveau sont intégrées dans le PAQSS.

Réponse de la HAS

Accepter partiellement

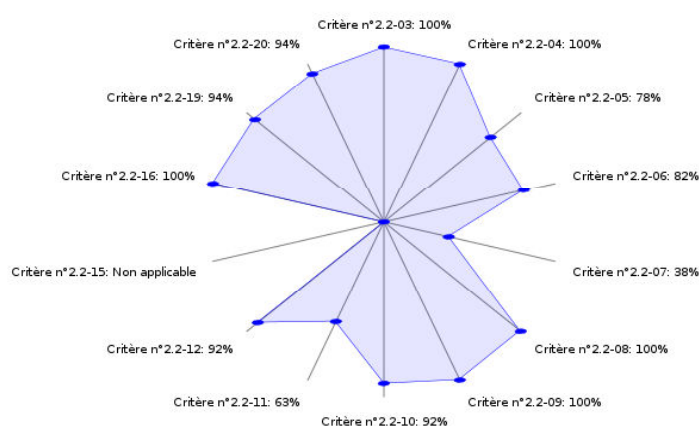
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de l'objectif
100%

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	100%
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée	100%

Objectif 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

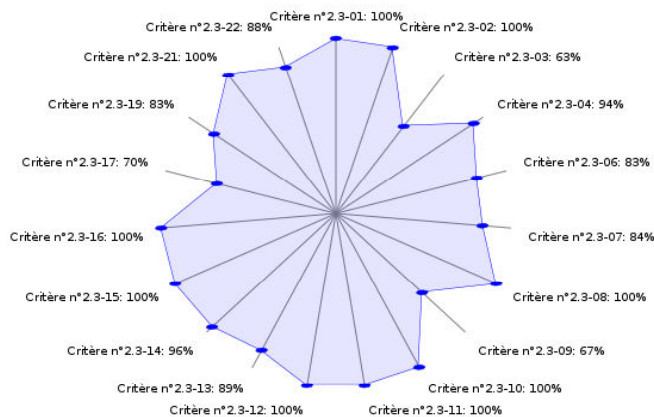


Score de l'objectif
91%

Critères		
2.2-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	100%
2.2-04	L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	100%
2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués	78%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	82%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	38%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	100%
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	100%
2.2-10	Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	92%
2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	62%
2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	92%
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	Non Applicable

2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	100%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	94%
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	94%

Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

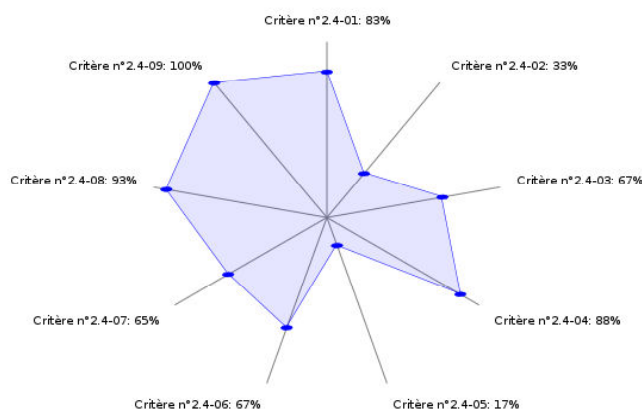


Score de l'objectif
90%

Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	100%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	62%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	94%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	83%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	84%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	100%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	67%
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	100%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	89%
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	96%

2.3-15	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires	100%
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	100%
2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	70%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	83%
2.3-21	L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	100%
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	88%

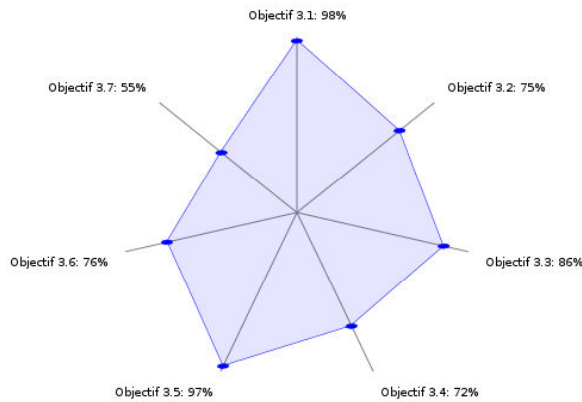
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle



Score de l'objectif
68%

Critères		
2.4-01	Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	83%
2.4-02	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient	33%
2.4-03	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs	67%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins	88%
2.4-05	Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	17%
2.4-06	Dans les blocs opératoires et secteurs interventionnels, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	67%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	65%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	93%
2.4-09	Les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%

Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre
80%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	75%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	86%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	72%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	97%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	76%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	55%

Le projet médical de la clinique Saint-Pierre est structuré autour de trois axes forts: le traitement du cancer, la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires majeures, l'accueil des urgences. De nombreuses coopérations sont en place avec les centres hospitaliers, les structures privées et les professionnels libéraux du territoire. On peut citer l'équipe mobile de soins palliatifs, le groupement de coopération sanitaire « Cardiologie Catalogne » qui permet aux cardiologues du Centre Hospitalier de bénéficier du plateau technique et des compétences chirurgicales de la clinique, l'accès possible en permanence au caisson hyperbare, qui est un des deux seuls caissons de la région Occitanie. Des modalités de prise en charge rapide des urgences sont établies. Les circuits sont définis pour les pathologies cardiaques (USIC, plateau interventionnel). Un circuit court est en place en Oncologie. Le recours aux avis spécialisés est assuré, avec des permanences sur place ou des astreintes médicales et paramédicales. Le développement de la recherche clinique médicale et paramédicale est soutenu. L'inclusion dans les essais cliniques est promu. Le plateau technique interventionnel permet le développement de techniques innovantes en cardiologie par exemple. L'Ecole de chirurgie favorise chaque mois le partage de technologies entre équipes.

Des dispositifs de recueil de l'expression du patient sont en place : questionnaires de satisfaction institutionnel, ou spécifiques à certains services, enquêtes e-satis... Néanmoins, les représentants des usagers y sont peu associés, et les échanges avec les professionnels ont montré que les résultats sont peu connus et insuffisamment exploités en équipe pour alimenter les actions d'amélioration. De même, les actions d'expertise patient ne sont pas développées. La bientraitance fait partie des valeurs et des priorités de l'établissement. L'accessibilité des locaux aux personnes en situation de handicap, est intégrée dans les projets architecturaux. L'accès du patient à son dossier est possible dans les délais requis.

Le développement de la culture qualité est une des priorités du projet d'établissement qui a défini des objectifs déclinés dans un programme d'actions concrètes sur le terrain. La mise à disposition des ressources nécessaires à la sécurité des prises en charge est facilitée par la présence d'équipes de suppléances. Toutefois, les Représentants des Usagers sont peu impliqués dans l'élaboration et le suivi de la politique qualité et sécurité des soins.

Le travail en équipe a été observé dans la plupart des secteurs. Les cardiologues sont en cours d'accréditation d'équipe et l'équipe de gastro-entérologie va initier un programme PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe).

La politique de qualité de vie au travail est structurée. Des bilans de compétences réguliers permettent d'alimenter le plan de formation. Des mesures de soutien sont proposées si nécessaire, avec par exemple le recours possible à une psychologue et une sophrologue. Un référent anti-harcèlement est identifié.

La prise en charge des urgences vitales est structurée, autour d'une procédure actualisée et connue des équipes, d'un plan de formation, et de matériel uniformisé. L'établissement a identifié les différents risques auxquels il peut être confronté. Il a été fortement impliqué ces derniers mois dans la gestion de la crise liée au COVID. Des aménagements sont prévus pour prévenir les risques de transmission d'agents infectieux. Les professionnels rencontrés connaissent les modalités des alertes qui peuvent les concerner. Des retours d'expérience sont assurés en cas de gestion de situation exceptionnelle, comme par exemple lors de la collision mortelle d'autocar à Millas en 2017. Néanmoins, la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles n'est pas complètement structurée. La clinique est mobilisée en deuxième ligne sans lien formalisé avec le plan ORSAN. La cellule de crise ne dispose pas de tous les éléments nécessaires : le plan blanc n'a pas été actualisé depuis janvier 2020 et la réalisation d'exercices de mise en situation n'est pas régulière. La clinique est consciente de cette situation. Durant la visite de certification, elle a mis à jour son plan blanc, et a

programmé un exercice de mise en situation au dernier trimestre 2021. Dans les éléments relatifs à ses observations, la clinique précise que la commission de sécurité a validé les plans de circulation et d'évacuation lors des travaux, que la liste des personnes ressources en cas de crise est disponible.

Des actions de promotion du développement durable sont menées, avec par exemple un éclairage basse consommation des locaux généralisé et une pesée des différents déchets. Les circuits d'élimination des déchets sont respectés. La politique de développement durable est structurée au niveau du groupe Elsan. Localement, le plan de maîtrise des risques environnementaux n'est pas établi, mais une cartographie des risques est complétée et des actions d'amélioration identifiées

L'établissement développe des actions visant à fluidifier le parcours des patients admis en hospitalisation non programmée. En cas de tension, la gouvernance suit les besoins en lits d'aval et des actions sont menées en lien avec le gestionnaire de lits qui contribue à la maîtrise des flux. Le plan de gestion des lits d'aval n'est cependant pas formalisé.

La dynamique d'amélioration de la qualité repose sur l'évaluation des pratiques et l'analyse des indicateurs. Il a été noté durant la visite une grande hétérogénéité dans l'exploitation des résultats, et l'identification des actions d'amélioration par les professionnels. Certaines équipes sont bien au fait des évaluations qui concernent leurs pratiques, et peuvent présenter leurs projets d'amélioration, par exemple en oncologie, aux urgences, ou sur le plateau interventionnel. D'autres ne sont pas impliquées dans l'analyse partagée des données. Des actions ont été engagées par la clinique pour diffuser plus largement la culture qualité au sein des différents secteurs. Par ailleurs, le programme d'amélioration de la qualité n'intègre pas l'expérience du patient, ni le point de vue des Représentants des Usagers.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

La clinique Saint-Pierre a formalisé dans son « projet qualité » les objectifs de la politique QGDR, l'organisation, les modalités d'élaboration et révision de la politique, la pérennisation et la communication de la politique ; elle y décrit ainsi l'articulation entre la CME, la direction et les différents acteurs dans l'élaboration et le suivi de la politique qualité ; elle y précise aussi le rôle des différents comités / acteurs, y compris celui des représentants des usagers.

Chaque trimestre, lors des sessions de la CDU, un suivi des dispositifs et résultats de recueil de l'expression du patient est effectué ; suivi des plaintes et réclamations, suivi du nombre de dossiers demandés, suivi du nombre de patients traceurs réalisés, suivi des indicateurs E-satis et des questionnaires de sortie. Selon l'analyse et les discussions qui en découlent, des actions d'améliorations sont débattues et décidées.

Ces résultats sont communiqués aux équipes lors des réunions de service, des visites du pôle qualité/hygiène hebdomadaires, ainsi que dans la note bimensuelle. Ils sont analysés et exploités en équipe pour alimenter les actions d'amélioration du service en réunion de service trimestrielle.

L'établissement promeut les démarches de travail en équipe (inscrit au PAQSS) et 2 équipes médicales sont entrées dans la démarche : les cardiologues sont en effet en cours d'accréditation d'équipe (déclarée auprès du correspondant HAS) qui devrait aboutir début 2022 et les digestifs sont engagés dans un programme PACTE (état des lieux en cours).

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est décrite dans la procédure « Gestion de crise ». Même si le département n'a pas formalisé le plan ORSAN, la coordination a bien fonctionné au niveau du territoire en cette période sanitaire exceptionnelle : cellule de coordination ARS / directeurs, cellule de régulation entre les réanimateurs du département, cellule opérationnelle entre les gestionnaires de lits / directeurs de soins.

Le plan blanc n'avait pas été actualisé depuis janvier 2020 car la clinique est en travaux et la mise à jour ne pouvait être réalisée en temps réel ; en cas de crise, la clinique a cependant montré son opérationnalité et efficacité.

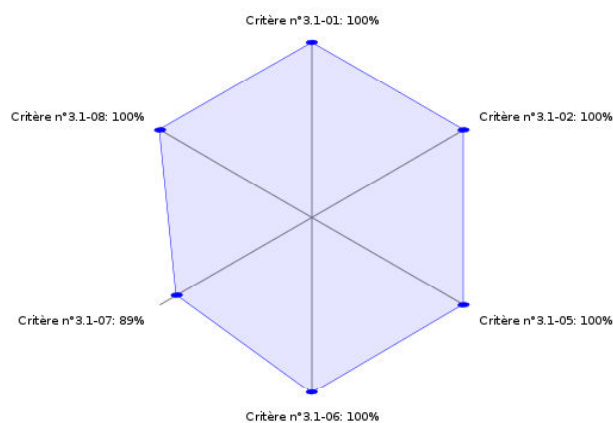
La politique de développement durable est définie et structurée à partir du siège Elsan. Au niveau de la clinique, les objectifs sont décrits dans l'onglet QGDR du PAQSS. Si le plan de maîtrise des risques environnementaux n'est pas formalisé en tant que tel, une cartographie des risques est complétée et des actions d'amélioration sont définies. De plus, ces principaux risques sont décrits dans le PSE.

Enfin, comme dit dans le chapitre 2, les résultats des IQSS et des évaluations sont présentés et communiqués aux comités et instances concernés, diffusés dans la note bimensuelle et présentés aux équipes en les réunions trimestrielles de service. Les actions d'amélioration proposées et adoptées à chaque niveau sont intégrées dans le PAQSS. La clinique, consciente des inégalités entre les services, a défini comme axes de sa politique QGDR « Consolider l'appropriation des outils de management de la démarche selon l'approche processus » et « Affermir la culture de la sécurité et la maîtrise des risques ».

Réponse de la HAS

Accepter partiellement

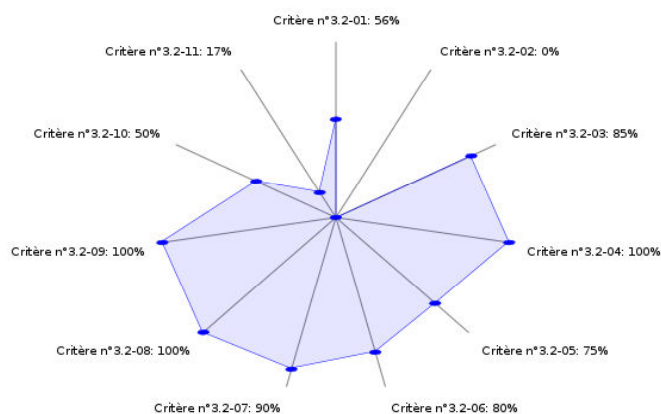
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire



Score de l'objectif
98%

Critères		
3.1-01	L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours	100%
3.1-05	Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	100%
3.1-06	L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	100%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	89%
3.1-08	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%

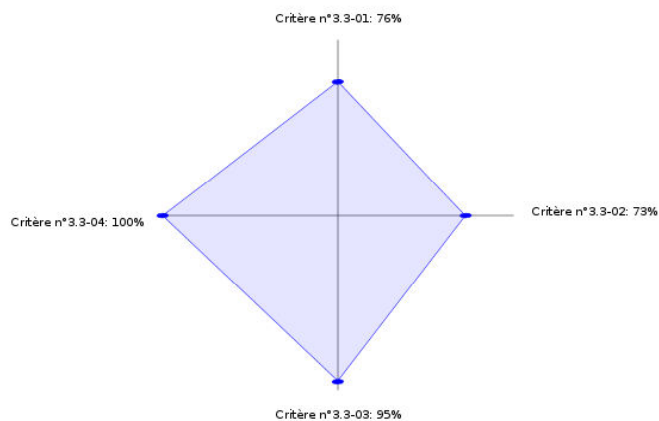
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement



Score de l'objectif
75%

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	56%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	0%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	85%
3.2-04	L'établissement veille à la bienveillance	100%
3.2-05	L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients	75%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	80%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	90%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
3.2-09	L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	100%
3.2-10	L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients	50%
3.2-11	L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	17%

Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership

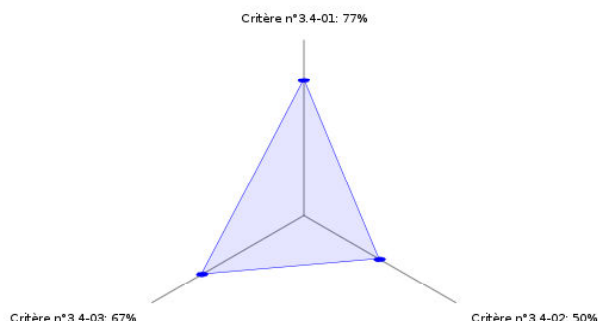


Score de
l'objectif

86%

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	76%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	72%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	95%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	100%

Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de
l'objectif

72%

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	77%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	67%

Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère n°3.5-01: 94%



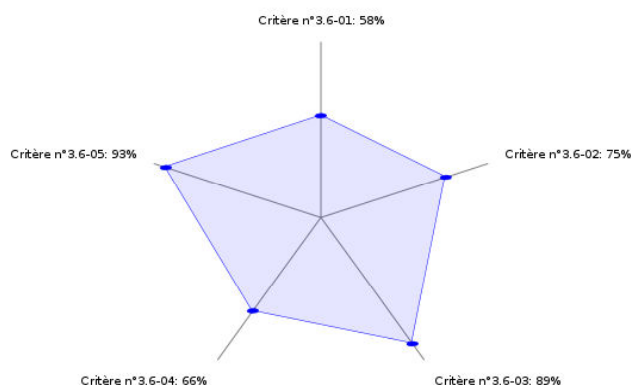
Critère n°3.5-02: 100%

Score de l'objectif

97%

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	94%
3.5-02	La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits	100%

Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté



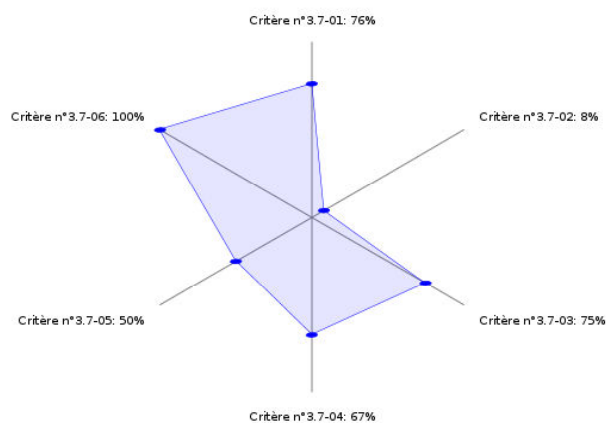
Score de l'objectif
76%

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	58%
3.6-02	Les risques numériques sont maîtrisés	75%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	89%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	66%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	93%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-17030

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.6-01

Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



Score de l'objectif
55%

Critères		
3.7-01	L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques	76%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	8%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	75%
3.7-04	Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	67%
3.7-05	L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité	50%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	100%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-13025

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.7-03

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 4. Fiches Anomalies
- Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	660000407	SA CLINIQUE SAINT-PIERRE	169 avenue de prades 66012 Perpignan FRANCE
Établissement principal	660780784	CLINIQUE SAINT PIERRE	169 avenue de prades 66012 Perpignan Cedex 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	2,330
Nombre de passages aux urgences générales	26,867
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	48
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	150

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	15
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	18
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	15,224
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	2
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
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)	15
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	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		TC Prélèvement et greffe Défini en visite
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Maitrise des risques		
4	Audit système	Leadership		
5	Audit système	Coordination territoriale		
6	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins critiques</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
7	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Programmé</p>	
8	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Soins critiques</p> <p>Urgences</p>	

			Adulte Hospitalisation complète	
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de précarité Adulte Programmé	
12	Audit système	Dynamique d'amélioration		
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		TC Antibiotique injectable ou Per Os
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

17	traceur		Adulte Pas de situation particulière Programmé	
18	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		TC au sein d'un service transfuseur
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		TC Patient assis ou couché
20	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

24	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	
28	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		TC Précautions standards et complémentaires
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		TC Médicament à risque Per Os
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament injectable
31	Audit système	QVT & Travail en équipe		
	Audit			

32	système	Engagement patient		
33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
35	Traceur ciblé	Accueil non programmé		TC réalisé dans chaque US d'Urgences
36	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		TC Per Opérateur
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		TC Endoscopie
38	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Médecine Hospitalisation complète	
39	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		TC EIG Défini en visite
40	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		TC Médicament à risque injectable
41	Patient traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
42	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière	

			Hospitalisation complète Programmé	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
45	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		TC Patient assis ou couché
46	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
47	Audit système	Représentants des usagers		
48	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
49	Audit système	Entretien Professionnel		
			Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel	

50	Parcours traceur		Enfant et adolescent Soins critiques Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
51	Patient traceur			

Annexe 4. Fiches Anomalies

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-17030	21 October, 2021	3.6	Audit système
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Marie VILLEMUR	GRIX-24221	3.6-01	Entretien Professionnel

Anomalies observées

Expert visiteur:

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles n'est pas actualisé depuis janvier 2020 alors que l'établissement est en phase de restructuration architecturale avec d'importants travaux en cours.

Les exercices de mise en situation ne sont pas réguliers.

Observations établissement:

Le plan blanc n'avait pas été actualisé depuis janvier 2020 car la clinique est en travaux et la mise à jour ne pouvait être réalisée en temps réel ; en cas de crise, la clinique a cependant montré son opérationnalité et efficacité.

Dans la liste des risques générés par l'anomalie, Il est mentionné :

*« Risque de manque d'anticipation empêchant de gérer efficacement une crise sanitaire
Risque de ne pas identifier de nouvelles situations de crise
Défaut d'actualisation des personnes ressources
Manque de coordination territoriale ».*

Le manque d'anticipation ne peut être reproché à la clinique Saint-Pierre qui a toujours montré sa réactivité en cas de crise et qui a même reçu les félicitations écrites du préfet lors de l'intoxication des enfants du collège de Prades.

La clinique précise que l'identification des situations de crise et la liste des personnes ressources sont décrites dans la procédure « Gestion de crise » et son annexe « Journal de bord en cas de crise ».

La clinique participe à la coordination territoriale à 3 niveaux pour le COVID-19:

- Cellule de direction / ARS
- Cellule de régulation des réanimateurs
- Cellule de gestion des lits avec les directeurs de soins / attachés de direction, ...

Ces cellules se réunissent depuis le début de la crise en tant que de besoin.

La cellule de crise interne à la clinique s'est réunie plusieurs fois en 2020 et 2021 pour répondre au contexte sanitaire (tous les matins au plus fort de la crise).

Plusieurs professionnels de la clinique reçoivent les alertes SI-VIC en cas de plan déclenché.

La clinique complète en temps réel la gestion des patients COVID hospitalisés et transférés.

Suite à la mise à jour du plan blanc en réponse aux experts visiteurs, une relecture collective du plan blanc est prévue le 8 décembre avant un exercice début janvier 2022.

Réponse HAS:

L'absence d'actualisation du plan blanc n'avait pas permis à la clinique d'évaluer l'impact éventuel d'importants travaux de restructuration en cours. De plus des exercices de mise en situation n'étaient pas réguliers.

Toutefois la clinique a été réactive en visite, a fourni des précisions et documents preuve lors des observations :

- Réactualisation du plan blanc au cours de la visite
- La commission de sécurité a validé les plans de circulation et d'évacuation lors des travaux.
- Les personnes ressources sont disponibles (annexe de la procédure "Gestion de crise" adressée en document de preuve).
- La clinique a notamment été en mesure de réagir à la crise sanitaire Covid.
- La clinique reçoit les alertes Si-Vic et est réactive.
- La clinique projette de réaliser un exercice de mise en situation avant la fin de l'année 2021.

Cependant l'établissement a mis en place une organisation dans le cadre de la crise COVID, mais cette organisation pourrait ne pas être adaptée à une crise d'un autre type à laquelle l'établissement pourrait être confronté.

Accepter partiellement

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

- Risque de manque d'anticipation empêchant de gérer efficacement une crise sanitaire
- Risque de ne pas identifier de nouvelles situations de crise
- Manque de coordination territoriale

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

<p>L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?</p> <p>Non identifié dans les résultats de l'audit interne lors du premier semestre 2021.</p>	<p>Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?</p> <p>L'ES a été en mesure de réagir à la crise sanitaire Covid.</p> <p>L'ES reçoit les alertes Si-Vic et est réactif.</p> <p>La commission de sécurité a validé les plans de circulation et d'évacuation lors des travaux.</p>
<p>L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?</p> <p>L'ES précise avoir été monopolisé par la gestion de la crise sanitaire Covid et ne pas avoir eu le temps de mettre à jour le plan blanc.</p>	<p>Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?</p> <p>A la suite de la remarque des experts visiteurs, l'ES a réactualisé le plan blanc en octobre 2021 au cours de la visite de certification, et projette de réaliser un exercice de mise en situation avant la fin de l'année 2021.</p>
<p>Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?</p> <p>Les actions en cours n'ont pas encore été évaluées.</p>	<p>Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque</p> <p>Oui</p>

Observations établissement:

Le plan blanc n'avait pas été actualisé depuis janvier 2020 car la clinique est en travaux et la mise à jour ne pouvait être réalisée en temps réel ; en cas de crise, la clinique a cependant montré son opérationnalité et efficacité.

Dans la liste des risques générés par l'anomalie, Il est mentionné :

*« Risque de manque d'anticipation empêchant de gérer efficacement une crise sanitaire
Risque de ne pas identifier de nouvelles situations de crise
Défaut d'actualisation des personnes ressources
Manque de coordination territoriale ».*

Le manque d'anticipation ne peut être reproché à la clinique Saint-Pierre qui a toujours montré sa réactivité en cas de crise et qui a même reçu les félicitations écrites du préfet lors de l'intoxication des enfants du collège de Prades.

La clinique précise que l'identification des situations de crise et la liste des personnes ressources sont décrites dans la procédure « Gestion de crise » et son annexe « Journal de bord en cas de crise ».

La clinique participe à la coordination territoriale à 3 niveaux pour le COVID-19:

- Cellule de direction / ARS
- Cellule de régulation des réanimateurs
- Cellule de gestion des lits avec les directeurs de soins / attachés de direction, ...

Ces cellules se réunissent depuis le début de la crise en tant que de besoin.

La cellule de crise interne à la clinique s'est réunie plusieurs fois en 2020 et 2021 pour répondre au contexte sanitaire (tous les matins au plus fort de la crise).

Plusieurs professionnels de la clinique reçoivent les alertes SI-VIC en cas de plan déclenché.

La clinique complète en temps réel la gestion des patients COVID hospitalisés et transférés.

Suite à la mise à jour du plan blanc en réponse aux experts visiteurs, une relecture collective du plan blanc est prévue le 8 décembre avant un exercice début janvier 2022.

Réponse HAS:

L'absence d'actualisation du plan blanc n'avait pas permis à la clinique d'évaluer l'impact éventuel d'importants travaux de restructuration en cours. De plus des exercices de mise en situation n'étaient pas réguliers.

Toutefois la clinique a été réactive en visite, a fourni des précisions et documents preuve lors des observations :

- Réactualisation du plan blanc au cours de la visite
- La commission de sécurité a validé les plans de circulation et d'évacuation lors des travaux.
- Les personnes ressources sont disponibles (annexe de la procédure "Gestion de crise" adressée en document de preuve).
- La clinique a été notamment en mesure de réagir à la crise sanitaire Covid.
- La clinique reçoit les alertes Si-Vic et est réactive.
- La clinique projette de réaliser un exercice de mise en situation avant la fin de l'année 2021.

Cependant l'établissement a mis en place une organisation dans le cadre de la crise COVID, mais cette organisation pourrait ne pas être adaptée à une crise d'un autre type à laquelle l'établissement pourrait être confronté.

Accepter partiellement

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

La cellule de crise ne dispose pas de tous les éléments nécessaires. Le plan blanc n'a pas été élaboré collectivement, il n'est pas actualisé depuis janvier 2020. Toutefois, l'identification des situations de crise et la liste des personnes ressources sont décrites dans la procédure institutionnelle « Gestion de crise » et son annexe « Journal de bord en cas de crise ».

L'établissement est réactif en cas d'alerte, mais il n'a pas mené d'exercice depuis 2019. Il précise qu'il a été confronté à plusieurs situations de crise (grave accident d'autocar de Millas, épidémie COVID) qui lui ont permis d'évaluer l'organisation en place dans le cadre de retours d'expérience.

La clinique est consciente de cette situation, et a actualisé son plan blanc durant la visite. Elle prévoit de réaliser un exercice de mise en situation avant la fin 2021.

Observations établissement:

Le plan blanc n'avait pas été actualisé depuis janvier 2020 car la clinique est en travaux et la mise à jour ne pouvait être réalisée en temps réel ; en cas de crise, la clinique a cependant montré son opérationnalité et efficacité.

Dans la liste des risques générés par l'anomalie, il est mentionné :

*« Risque de manque d'anticipation empêchant de gérer efficacement une crise sanitaire
Risque de ne pas identifier de nouvelles situations de crise
Défaut d'actualisation des personnes ressources
Manque de coordination territoriale ».*

Le manque d'anticipation ne peut être reproché à la clinique Saint-Pierre qui a toujours montré sa réactivité en cas de crise et qui a même reçu les félicitations écrites du préfet lors de l'intoxication des enfants du collège de Prades.

La clinique précise que l'identification des situations de crise et la liste des personnes ressources sont décrites dans la procédure « Gestion de crise » et son annexe « Journal de bord en cas de crise ».

La clinique participe à la coordination territoriale à 3 niveaux pour le COVID-19:

- Cellule de direction / ARS
- Cellule de régulation des réanimateurs
- Cellule de gestion des lits avec les directeurs de soins / attachés de direction, ...

Ces cellules se réunissent depuis le début de la crise en tant que de besoin.

La cellule de crise interne à la clinique s'est réunie plusieurs fois en 2020 et 2021 pour répondre au contexte sanitaire (tous les matins au plus fort de la crise).

Plusieurs professionnels de la clinique reçoivent les alertes SI-VIC en cas de plan déclenché.

La clinique complète en temps réel la gestion des patients COVID hospitalisés et transférés.

Suite à la mise à jour du plan blanc en réponse aux experts visiteurs, une relecture collective du plan blanc est prévue le 8 décembre avant un exercice début janvier 2022.

Réponse HAS:

L'absence d'actualisation du plan blanc n'avait pas permis à la clinique d'évaluer l'impact éventuel d'importants travaux de restructuration en cours. De plus des exercices de mise en situation n'étaient pas réguliers.

Toutefois la clinique a été réactive en visite, a fourni des précisions et documents preuve lors des observations :

- Réactualisation du plan blanc au cours de la visite

- La commission de sécurité a validé les plans de circulation et d'évacuation lors des travaux.
- Les personnes ressources sont disponibles (annexe de la procédure "Gestion de crise" adressée en document de preuve).
- La clinique a notamment été en mesure de réagir à la crise sanitaire Covid.
- La clinique reçoit les alertes Si-Vic et est réactive.
- La clinique projette de réaliser un exercice de mise en situation avant la fin de l'année 2021.

Cependant l'établissement a mis en place une organisation dans le cadre de la crise COVID, mais cette organisation pourrait ne pas être adaptée à une crise d'un autre type à laquelle l'établissement pourrait être confronté.

Accepter partiellement

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-13025	20 October, 2021	3.7	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Francoise TIMBERT	GRIX-30142	3.7-03	

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les résultats des indicateurs IQSS sont suivis et transmis aux équipes lors des bilans annuels présentés en commission (CDU, CLIN, CLUD...), mais il ne font pas l'objet d'analyse partagée de manière régulière, ni en CME ni dans l'ensemble des services cela a été observé avec les professionnels de terrain en chirurgie digestive. Les équipes rencontrées ne sont pas en mesure de formuler des actions basées sur les résultats des IQSS.

Observations établissement:

La clinique, consciente des inégalités entre les services, a défini les objectifs suivants dans sa politique qualité :

- 1^{er} axe : « Consolider l'appropriation des outils de management de la démarche »
- 2^{ème} axe : « Affermir la culture de la sécurité et la maîtrise des risques ».

Chaque année, une présentation des bilans annuels (dont IQSS et évaluations) et des plans d'action prévisionnels est réalisée au cours du 1^{er} trimestre par chaque commission (CDU, CLIN, CLUD...). Un récapitulatif de ces présentations est exposé par la gestionnaire des risques en CME (cette année le 27 mai 2021).

Les actions d'amélioration proposées et adoptées à chaque niveau sont intégrées dans le PAQSS. 1

Les IQSS sont suivis mensuellement en CODOP (comité de direction opérationnelle), en réunion d'encadrement et en CSE (comité socio-économique).

Afin d'impliquer les professionnels dans l'analyse et la recherche d'amélioration de ces indicateurs, les scores E-satis sont intégrés depuis 2020 dans le calcul de la prime d'intéressement.

Par ailleurs, les résultats des IQSS et des évaluations sont diffusés à tous les professionnels dans la note bimensuelle et lors des animations effectuées comme la Semaine sécurité du patient, Journée mondiale contre la douleur, Journée hygiène des mains...

Enfin, ils sont aussi communiqués lors des réunions trimestrielles de service au cours desquelles une analyse et des propositions d'actions d'amélioration éventuelles sont réalisées.

Une évaluation totale des actions engagées sera réalisée lors de l'actualisation du PAQSS au cours du 1^{er} trimestre 2022.

Réponse HAS:

La clinique a intégré dans sa politique qualité des objectifs de renforcement de la culture qualité et sécurité, les différentes actions de communication des résultats des indicateurs. Toutefois malgré ces actions, les professionnels rencontrés ne se sont pas appropriés les données et informations, et les utilisent peu pour identifier les actions d'amélioration à mener (précisions apportées sur les actions de communication des résultats aux professionnels).

Accepter partiellement

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Risque de ne pas identifier des actions d'amélioration pertinente et de ne pas obtenir l'adhésion des équipes médicales et paramédicales

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?	Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?
L'établissement a conscience de l'hétérogénéité du partage entre les différents services. Il a intégré dans sa politique qualité les objectifs de renforcement de la culture qualité et sécurité.	Des actions de sensibilisation sont menées : jeux pédagogiques, bulletin bimensuel, réunions de cadres... Des présentations annuelles des résultats et des plans d'actions sont assurées dans les différentes commissions (CDU, CLIN, CLUD). Afin d'impliquer les professionnels dans l'analyse et la recherche d'amélioration des indicateurs, les scores E-satis sont intégrés depuis 2020 dans le calcul de la prime d'intéressement.
L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?	Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?
Une auto évaluation basée sur le nouveau référentiel HAS a été menée au premier semestre 2021.	Les actions inscrites au PAQSS : <ul style="list-style-type: none">• Déployer les nouvelles méthodes d'investigations préconisées par la HAS. En cours• Promouvoir le travail en équipe. En cours• Soutenir les démarches visant l'excellence comme qualité des soins perçue par les patients. En cours• Développer la culture de la mesure. En cours Responsable : Directeur, QGDR, RAQ.
Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?	Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque
Une évaluation totale des actions engagées sera réalisée lors de l'actualisation du PAQSS au cours du 1er trimestre 2022.	Les échéances sont cohérentes. La faible antériorité des actions ne permet pas encore d'évaluer leur efficacité.

Observations établissement:

La clinique, consciente des inégalités entre les services, a défini les objectifs suivants dans sa politique qualité :

- 1^{er} axe : « Consolider l'appropriation des outils de management de la démarche »
- 2^{ème} axe : « Affermir la culture de la sécurité et la maîtrise des risques ».

Chaque année, une présentation des bilans annuels (dont IQSS et évaluations) et des plans d'action prévisionnels est réalisée au cours du 1^{er} trimestre par chaque commission (CDU, CLIN, CLUD...). Un récapitulatif de ces présentations est exposé par la gestionnaire des risques en CME (cette année le 27 mai 2021).

Les actions d'amélioration proposées et adoptées à chaque niveau sont intégrées dans le PAQSS. I

Les IQSS sont suivis mensuellement en CODOP (comité de direction opérationnelle), en réunion d'encadrement et en CSE (comité socio-économique).

Afin d'impliquer les professionnels dans l'analyse et la recherche d'amélioration de ces indicateurs, les scores E-satis sont intégrés depuis 2020 dans le calcul de la prime d'intéressement.

Par ailleurs, les résultats des IQSS et des évaluations sont diffusés à tous les professionnels dans la note bimensuelle et lors des animations effectuées comme la Semaine sécurité du patient, Journée mondiale contre la douleur, Journée hygiène des mains...

Enfin, ils sont aussi communiqués lors des réunions trimestrielles de service au cours desquelles une analyse et des propositions d'actions d'amélioration éventuelles sont réalisées.

Une évaluation totale des actions engagées sera réalisée lors de l'actualisation du PAQSS au cours du 1^{er} trimestre 2022.

Réponse HAS:

La clinique a intégré dans sa politique qualité des objectifs de renforcement de la culture qualité et sécurité, les différentes actions de communication des résultats des indicateurs. Toutefois malgré ces actions, les professionnels rencontrés ne se sont pas appropriés les données et informations, et les utilisent peu pour identifier les actions d'amélioration à mener (constats complétés sur les actions de communication des résultats aux professionnels).

Accepter partiellement

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Il a été noté durant la visite une grande hétérogénéité dans l'exploitation des résultats des indicateurs, et l'identification des actions d'amélioration par les professionnels. Certaines équipes sont bien au fait des évaluations qui concernent leurs pratiques, et peuvent présenter leurs projets d'amélioration. D'autres ne sont pas impliquées dans l'analyse partagée des données.

Des actions sont déjà en place pour améliorer le partage des informations. D'autres sont engagées pour diffuser plus largement la culture qualité au sein des différents secteurs.

Elles n'ont pas encore été évaluées.

Observations établissement:

La clinique, consciente des inégalités entre les services, a défini les objectifs suivants dans sa politique qualité :

- 1^{er} axe : « Consolider l'appropriation des outils de management de la démarche »
- 2^{ème} axe : « Affermir la culture de la sécurité et la maîtrise des risques ».

Chaque année, une présentation des bilans annuels (dont IQSS et évaluations) et des plans d'action prévisionnels est réalisée au cours du 1^{er} trimestre par chaque commission (CDU, CLIN, CLUD...). Un récapitulatif de ces présentations est exposé par la gestionnaire des risques en CME (cette année le 27 mai 2021).

Les actions d'amélioration proposées et adoptées à chaque niveau sont intégrées dans le PAQSS. 1

Les IQSS sont suivis mensuellement en CODOP (comité de direction opérationnelle), en réunion d'encadrement et en CSE (comité socio-économique).

Afin d'impliquer les professionnels dans l'analyse et la recherche d'amélioration de ces indicateurs, les scores E-satis sont intégrés depuis 2020 dans le calcul de la prime d'intéressement.

Par ailleurs, les résultats des IQSS et des évaluations sont diffusés à tous les professionnels dans la note bimensuelle et lors des animations effectuées comme la Semaine sécurité du patient, Journée mondiale contre la douleur, Journée hygiène des mains...

Enfin, ils sont aussi communiqués lors des réunions trimestrielles de service au cours desquelles une analyse et des propositions d'actions d'amélioration éventuelles sont réalisées.

Une évaluation totale des actions engagées sera réalisée lors de l'actualisation du PAQSS au cours du 1^{er} trimestre 2022.

Réponse HAS:

La clinique a intégré dans sa politique qualité des objectifs de renforcement de la culture qualité et sécurité, les différentes actions de communication des résultats des indicateurs. Toutefois malgré ces actions, les professionnels rencontrés ne se sont pas appropriés les données et informations, et les utilisent peu pour identifier les actions d'amélioration à mener (précisions apportées sur les actions de communication des résultats aux professionnels).

Accepter partiellement

Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=66 Intervalle de confiance=54-76 Evolution=stable)

Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=0 Intervalle de confiance=0-0 Evolution=NA)

Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=0 Intervalle de confiance=0-0 Evolution=NA)

Évaluation du patient pour la sortie de la structure (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=78 Intervalle de confiance=67-86 Evolution=stable)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=41 Intervalle de confiance=32-50 Evolution=NA)

Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=97 Intervalle de confiance=88-99 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=70 Intervalle de confiance=63-77 Evolution=NA)

Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=71.76 (N=893) Evolution=stable)

Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=71.83 (N=922))

e-Satis48h : score brut de la dimension accueil (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=75.1 (N=922))

e-Satis48h : score brut de la dimension chambre (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=73.46 (N=922))

e-Satis48h : score brut de la dimension chambre et repas (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=66.31 (N=922))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.89 (N=921))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge infirmière/aide-soignant (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.32 (N=921))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge médecin/chirurgien (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.18 (N=920))

e-Satis48h : score brut de la dimension repas (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=51.7 (N=907))

e-Satis48h : score brut de la dimension sortie (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=60.21 (N=922))

Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=75.64 (N=1367) Evolution=NA)

Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=75.22 (N=1467))

e-SatisCA : score brut de la dimension accueil du patient (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=80.86 (N=1466))

e-SatisCA : score brut de la dimension organisation avant l'hospitalisation (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=79.28 (N=1467))

e-SatisCA : score brut de la dimension chambre et collation (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=73.41 (N=1463))

e-SatisCA : score brut de la dimension organisation de la sortie et retour à domicile (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=63.19 (N=1465))

e-SatisCA : score brut de la dimension prise en charge du patient (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=83.97 (N=1467))

Ratio standardisé du nombre de TVP et/ou d'EP* observé sur attendu après une pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors fracture) ou de genou (PTG). *TVP: thrombose veineuse profonde- EP: embolie pulmonaire (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	0 (N=209 Résultat non statistiquement différent de la référence)

Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTG (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	0‰ (N_ptg=120)

Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTH (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	0‰ (N_pth=89)

Consommation de produits hydro-alcooliques version 3 (Bilan_IAS)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE SAINT PIERRE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=42)

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

