



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION  
CLINIQUE TOUS VENTS  
LILLEBONNE**

**19 rue René Coty  
76170 Lillebonne**

**FEVRIER 2019**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE » .....	7

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

Il s'agit d'une procédure obligatoire.

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

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

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

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

## 2. L'additif au rapport de certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

<b>CLINIQUE TOUS VENTS</b>	
Adresse	19 rue René Coty
Département / région	76170 Lillebonne SEINE-MARITIME / NORMANDIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

<b>Liste des établissements rattachés à cette démarche</b>			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	760000406	SA GROUPE CHIRURGICAL - CLINIQUE TOUS VENTS	19 avenue René Coty 76170 Lillebonne
Etablissement de santé	760780783	CLINIQUE TOUS VENTS	19 rue René Coty 76170 Lillebonne

<b>Activités</b>			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	54	6

# DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration.

## 2. Décisions

### RECOMMANDATION D'AMELIORATION

Management de la prise en charge du patient en endoscopie

## 3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé au plus tard le 31 mai 2021.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

# THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE »

## 1. Identification & hiérarchisation des risques

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification pour mettre à jour l'identification des risques ?	Oui	La clinique Tous Vents a identifié des risques en lien avec les écarts du rapport de certification et également sur l'ensemble du processus du management de la prise en charge au bloc opératoire.
Analyse de la décision (analyse des causes et choix des actions engagées) ?	Oui	Au niveau des risques, en lien avec les écarts du rapport de certification, une analyse des causes et le choix des actions engagées ou réalisées est mentionnée.
Cohérence entre les niveaux de maîtrise des risques et les dispositifs de maîtrise ?	Oui	Il existe une cohérence entre le niveau de maîtrise, le dispositif de maîtrise et le plan d'actions en cours et réalisé.

## 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation du plan d'actions au regard des risques ?	Oui	Le plan d'actions a été actualisé au regard des risques identifiés et de leur niveau de maîtrise. Un grand nombre d'actions d'amélioration sont réalisées.
Cohérence et déploiement du plan d'actions ?	En grande partie	<p>La très grande majorité des actions d'amélioration, en lien avec les écarts du rapport de certification, sont mises en place :</p> <p><u>Professionnels du bloc opératoire qualifiés :</u></p> <p>Afin de supprimer les astreintes d'aide opératoire par des professionnels non qualifiés (AS, ASH et AP) pour les activités d'orthopédie, de viscérale et d'obstétrique, la clinique a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recruté 3 IDE supplémentaires entre mars et septembre 2018,</li> <li>- formé ces 3 IDE entre août et novembre 2018,</li> <li>- supprimé les agents non habilités des tableaux d'astreinte en novembre 2018.</li> </ul> <p><u>Traçabilité au bloc opératoire :</u></p> <p><u>Indication_dose_patient_et_appareil_utilisé_:</u></p> <p>L'amplificateur de brillance a été réparé. L'édition des doses et la référence de l'appareil ont été intégrées dans le dossier patient informatisé en mai 2018. Une étude est en cours pour transférer directement dans le compte rendu opératoire les doses et les références de l'appareil utilisé, il est prévu qu'elle soit finalisée en février 2019.</p> <p><u>*Ouverture de la salle de césarienne :</u></p> <p>Elle est réalisée et tracée depuis mars 2018 dans le logiciel du dossier patient (auparavant sur papier) par l'équipe du Bloc de la clinique. Par ailleurs, l'hôpital vérifie le matériel d'anesthésie présent dans cette salle.</p> <p><u>*Demande d'intervention en ophtalmologie et gastroentérologie :</u></p>



		<p>Un circuit des demandes d'intervention a été défini entre la clinique Tous Vents et le CHI en décembre 2017 puis mis en place. Les demandes sont conservées dans le dossier patient.</p> <p><u>*Dossier d'anesthésie :</u></p> <p>Les médecins anesthésistes ont été sensibilisés sur l'importance de la traçabilité de l'absence d'incidents en phase péri anesthésique en CME. Un cadre spécifique a été intégré sur le logiciel du dossier patient au moment de la sortie de salle SSPI. Des évaluations internes ont montré que depuis cette mise en place, l'effectivité de la traçabilité. La clinique poursuit ses sensibilisations auprès des anesthésistes à tracer la VPA.</p> <p><u>Trace de l'appel de la veille en chirurgie ambulatoire ophtalmologique :</u></p> <p>L'appel en chirurgie ambulatoire ophtalmologique est réalisé par la secrétaire d'anesthésie mais n'est pas tracé dans le dossier patient informatisé contrairement aux autres disciplines où il est réalisé et tracé par l'IDE de chirurgie ambulatoire. Il est prévu que cet appel soit repris par la chirurgie ambulatoire d'ici mars 2019.</p>
Échéances définies et acceptables ?	Oui	Toutes les actions d'amélioration du plan d'actions ont une échéance qui n'excède pas décembre 2019. Un grand nombre d'actions sont déjà réalisées.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	Oui	Une modalité de suivi a été définie pour chaque action d'amélioration permettant de suivre l'état d'avancement des actions en cours et de mesurer l'efficacité des actions finalisées.

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

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	En grande partie	Il existe des résultats d'évaluation pour la plupart des écarts du rapport de certification sauf concernant le taux de traçabilité des doses et de la référence de l'appareil.
Présence de résultats démontrant une amélioration ?	En grande partie	<p>Les résultats des évaluations menées montrent de grands progrès sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* La traçabilité dans le dossier d'anesthésie sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- la visite pré-anesthésique : elle est passée de 35% en 2016 à 79% en 2017 et 82% en novembre 2018.</li> <li>- l'identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la visite pré-anesthésique : elle est passée de 42% en 2016, à 77% en 2017 et 82% en 2018.</li> </ul> </li> <li>* La présence ouverture de salle césarienne : 100% de janvier à décembre 2018.</li> <li>* La présence demande d'intervention bloc opératoire patients d'ophtalmologie : 100% en novembre 2018.</li> <li>* Les plannings d'astreinte ne mentionnent plus les personnels non qualifiés à compter de novembre 2018 et les 3 nouvelles IDE ont bien suivi 3 mois de formation.</li> </ul> <p>En l'absence d'évaluation, on ne sait pas si la traçabilité des doses et de la référence de l'appareil est réellement effective dans le dossier patient informatisé.</p>