



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CLINIQUE DU PONT DE  
CHAUME**

330 avenue marcel unal

CS90650

82006 Montauban



Validé par la HAS en Septembre 2022

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Septembre 2022

# 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	22
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	23
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	25
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	27
Chapitre 3 : L'établissement	28
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	30
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	31
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	32
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	33
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	34
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	35
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	36
Table des Annexes	37
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	38
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	39
Annexe 3. Programme de visite	43
Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins	49

# 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 DU PONT DE CHAUME	
Adresse	330 avenue marcel unal CS90650 82006 Montauban FRANCE
Département / Région	Tarn-et-Garonne / 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	820000131	SA CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	330 avenue marcel unal 82017 Montauban FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

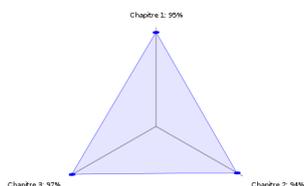
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# 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

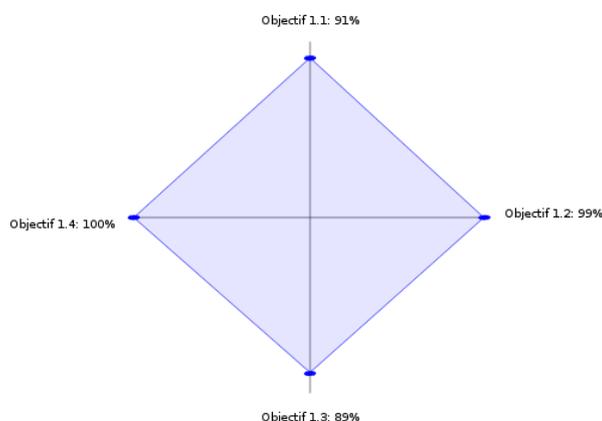
## 95.57%

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	94%
2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	89%
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 événements indésirables associés aux soins	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	94%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	100%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	97%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	92%

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	33%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	17%
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  
**95%**  
du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	91%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	89%
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%

La participation du patient et s'il y a lieu, de son entourage, dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est organisée et effective à chaque étape de la prise en charge. Un objectif thérapeutique personnalisé est posé par l'équipe, basé sur un bilan pluridisciplinaire et sur les besoins et les attentes exprimés par le patient et/ou les aidants. Cet objectif est évalué et réajusté régulièrement. Le recueil du consentement éclairé du patient (et éventuellement du refus de soins) est effectif. La désignation d'une personne de confiance est recherchée et tracée ainsi que le recueil de l'éventuelle existence de directives anticipées, l'établissement est invité à améliorer ce recueil dans les services ambulatoires et d'hospitalisation à temps partiel. La satisfaction des patients est recherchée. Le patient est informé sur ses droits et sur les missions des Représentants des Usagers dès l'admission, par la remise du livret d'accueil et par voie d'affichage. Les échanges avec les patients rencontrés ont permis d'identifier un souhait complémentaire d'information notamment sur le rôle des représentants des usagers, la possibilité de faire une réclamation ainsi que les associations présentes dans l'établissement. Le projet de prise en charge, le recueil initial des données, le projet de soins personnalisé et l'organisation des pratiques permettent le respect des libertés individuelles et de la confidentialité des informations médicales détenues. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris lors des soins d'hygiène, sont assurés. La prescription de contention est réévaluée et tracée conformément aux procédures. Le matériel est adapté aux besoins identifiés qu'il s'agisse d'une contention au lit, d'une contention au fauteuil et/ou d'une contention localisée. La coordination des professionnels autour des droits des patients est effective, dans les différents secteurs d'activité lors des différentes réunions et rencontres périodiques et lors des transmissions régulières. Les problématiques de prises en charge (pratiques comme éthiques) y sont abordées de manière pluridisciplinaire. L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier du patient. Le soutien du patient et de son entourage dans les situations qui le nécessitent est assuré par les équipes de l'établissement dans leurs différents champs d'activité : kinésithérapeutes, diététiciennes,

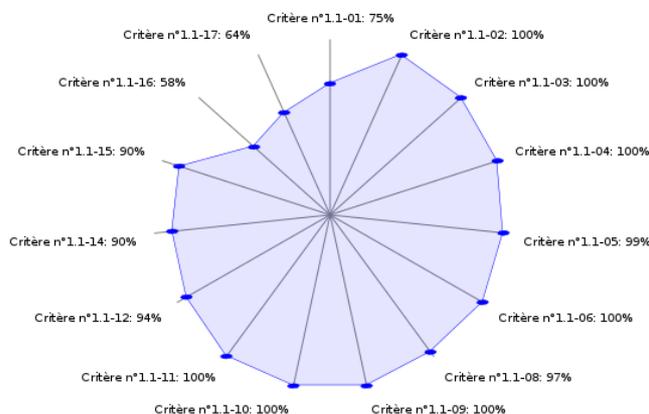
assistantes sociales, psychologues, ... La mise en œuvre de la démarche palliative est pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée avec les professionnels de soins de support. Le projet de soins est élaboré en cohérence avec les volontés exprimées par le patient. L'implication des proches et/ou aidants est recherchée dans la mise en œuvre du projet de soins. Leur présence est facilitée, y compris en dehors des heures de visite. Un accompagnement par des groupes de paroles ou par un psychologue peut être proposée à la famille et aux soignants. La préparation de la sortie est effectuée en coordination médicale, paramédicale et/ou sociale, avec les intervenants de la ville, les équipes associatives et les réseaux de soins présents sur le territoire.

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

**Réponse de la HAS**

Accepter

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



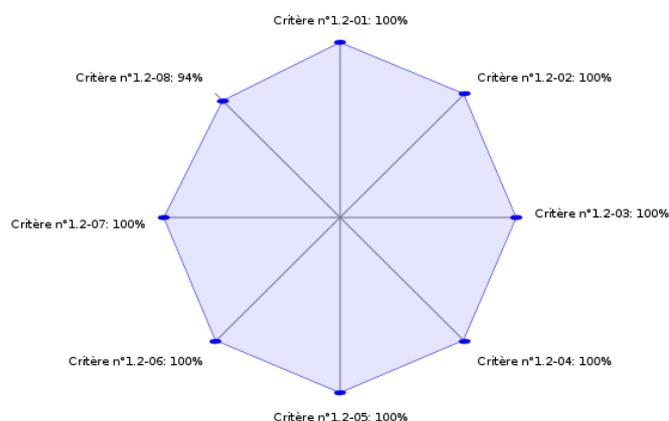
Score de l'objectif

**91%**

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	75%
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	99%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	97%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	100%
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	100%
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	94%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	90%
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	90%

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	58%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	64%

## Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de  
l'objectif  
**99%**

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	100%
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	94%

## 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: 88%



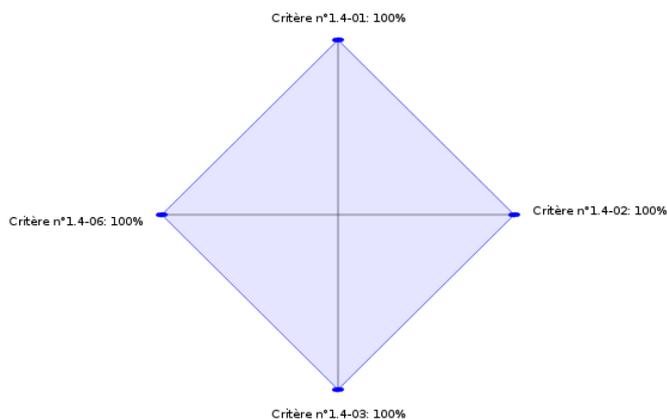
Critère n°1.3-03: 91%

Score de  
l'objectif

**89%**

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	88%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	91%

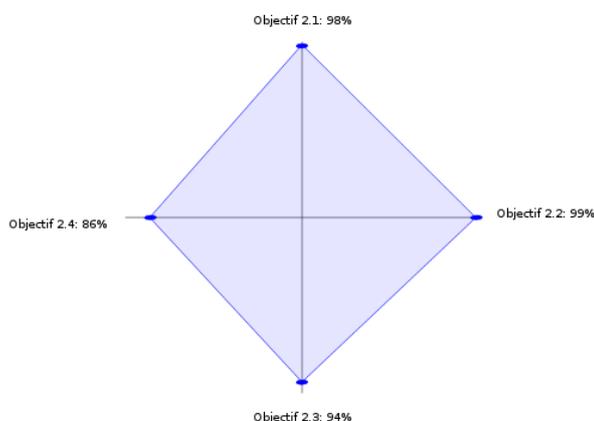
## Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge



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

**94%**

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	98%
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	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	86%

Les équipes de jour et de nuit, médicales, chirurgicales, soignantes et paramédicales, s'attachent à une analyse de la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions relevant des différentes prises en charge qui permet d'identifier la qualité des soins à réaliser et les bénéfices attendus pour le patient. Une concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est réalisée pour toute situation complexe. Des staffs hebdomadaires assurent une réévaluation du séjour du patient avec la prise en compte de son avis et/ou des proches ou aidants, notamment dans l'organisation des modalités de sortie dans le cadre d'un retour à domicile. Les équipes font appel, si besoin, à des expertises extérieures à l'établissement. La coordination de la prise en charge des patients est pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. L'évaluation globale des besoins du patient est réalisée (évaluation clinique, sociale et psychologique,) avec la participation du patient et/ou le cas échéant des proches et des aidants. Les équipes se coordonnent pour l'ensemble des activités présentes dans l'établissement (en urgences, en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour ou en chirurgie ambulatoire). Le traitement médicamenteux fait l'objet d'une conciliation lors de l'admission, entre le traitement habituel du patient et la prescription d'entrée. L'établissement va s'engager dans une démarche de conciliation médicamenteuse pour les situations les plus à risque et identifier le profil de patients pour lesquels il lui sera pertinent de développer en priorité la conciliation des traitements médicamenteux. La check-list au bloc opératoire est mise en œuvre de façon systématique et est adaptée aux plateaux techniques interventionnels. Elle a été informatisée et bénéficie d'une évaluation et d'une analyse dans son utilisation par les équipes. La traçabilité des interventions, des actes et des prescriptions est assurée par l'ensemble des équipes des différents secteurs d'activité, sur le dossier du patient informatisé et complété, éventuellement, par les documents papiers rattachés à ce même dossier. Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels assurant la prise en charge. Toutefois, des améliorations ont été identifiées avec les équipes, concernant notamment : - La traçabilité systématique dans le dossier médical, pour tout acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants, des éléments nécessaires : information du patient,

matériel utilisé, quantité de dose reçue par le patient. - Le Dossier Patient Informatisé déployé actuellement sur l'établissement est difficilement « interconnectable » avec les différents dossiers informatisés des cabinets médicaux libéraux intervenant dans l'établissement. Des contraintes sont présentes dans l'harmonisation de la formalisation des données médicales et paramédicales (recueil et traçabilité) relatifs notamment au projet de soins et à la lettre de sortie. Toutefois, il a été relevé la bonne connaissance et la maîtrise, de l'ensemble des équipes rencontrées, à l'accès aux informations nécessaires à la prise en charge. Des outils complémentaires (support papier et/ou utilisation d'onglets spécifiques dans les DPI) sont actuellement utilisés permettant le partage des données avec les différents professionnels intervenants durant le séjour. Le projet d'un dossier médical unique partagé est en cours de réflexion en collaboration avec les équipes médicales et chirurgicales. Les équipes sont coordonnées pour mettre en œuvre la démarche palliative en concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des professionnels de soins palliatifs et en s'appuyant, si besoin, sur des structures d'expertise en interne ou extérieures. La lettre de liaison à la sortie est organisée et comporte les éléments nécessaires, sans toutefois répondre dans tous les secteurs d'activité à une harmonisation et à la complétude des données de sortie (identification complète du patient, synthèse médicale, traitement médicamenteux de sortie,...). L'établissement a entrepris des actions d'améliorations en cours de déploiement sur le dossier patient informatisé. Les vigilances sanitaires sont connues et déployées sur l'ensemble des secteurs d'activité. Les équipes mesurent et évaluent leurs pratiques et le déploiement de la gestion des risques et de la culture qualité et sécurité. Les actions d'améliorations mises en place par les équipes s'appuient sur les évaluations menées, intégrées au programme qualité-et gestion des risques. Lors des rencontres avec les équipes, la connaissance et la maîtrise des bonnes pratiques d'hygiène des mains a été constatée, ainsi qu'une implication forte de l'équipe d'Hygiène. De nombreuses actions de sensibilisation et d'informations ont été mises en place concernant l'hygiène des mains et l'utilisation des solutions hydroalcooliques. Les équipes connaissent et maîtrisent les précautions standards et complémentaires et notamment au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels où sont réalisés des actes invasifs en appliquant les précautions adéquates. L'ensemble des équipes respectent les obligations vaccinales des professionnels de santé, ainsi que les recommandations vaccinales avec un taux de 52 % en 2020 et 29 % en 2021 pour la vaccination contre la grippe saisonnière. Une implication toute particulière de l'établissement dans l'information et la participation à l'amélioration de cette couverture vaccinale est effective. Les équipes, les modalités, les délais et le matériel assurant les transports intra hospitaliers sont adaptés et permettent une continuité de prise en charge de qualité. Le circuit du médicament est organisé, informatisé, sécurisé et maîtrisé sur l'ensemble des secteurs de l'établissement, de la prescription dans le dossier du patient à la dispensation par la Pharmacie à Usage Intérieur de l'établissement jusqu'à l'administration et sa traçabilité en temps réel par les professionnels habilités. L'autonomie du patient dans sa prise en charge médicamenteuse est analysée, tracée et réévaluée à l'entrée et durant le séjour. Les prescriptions "si besoin", ainsi que le refus de prise des patients sont systématiquement tracés. Les médicaments à risque sont identifiés et gérés dans les différents secteurs d'activités. Toutefois, il a été observé en service de réanimation, avec les équipes présentes, un défaut d'identification et de rangement de médicaments à risques : des solutés hypertoniques non identifiés à risque et stockés auprès de solutés non hypertoniques. Une action rectificative immédiate a été entreprise par l'équipe présente. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Toutefois, il a été constaté, avec les professionnels de la Pharmacie, des axes d'améliorations sur la sécurisation des conditions et des zones de stockage : - Maintien de la fermeture des portes d'accès à la PUI durant les heures d'ouverture de la PUI. - Maintien de la fermeture à clef ou à digicode (selon les services) des armoires à pharmacie des unités de soins - Surveillance des produits thermosensibles stockés dans les unités fermées le week end (pas de traçabilité de la température) : l'établissement sensibilisé à ce risque a mis en place une mesure immédiate de contrôle quotidien, dans l'attente de la mise en place d'un système de relevé de température centralisé et relié aux alarmes techniques de l'établissement. - Mise en place d'une zone de stockage spécifique et extérieure pour les produits inflammables stockés en PUI. L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est possible et réalisée sur le dossier informatisé par le pharmacien sur l'ensemble des prescriptions. Les interventions pharmaceutiques sont prises en compte par les prescripteurs. Les équipes maîtrisent et appliquent les recommandations des bonnes pratiques d'antibiothérapie. La justification et la

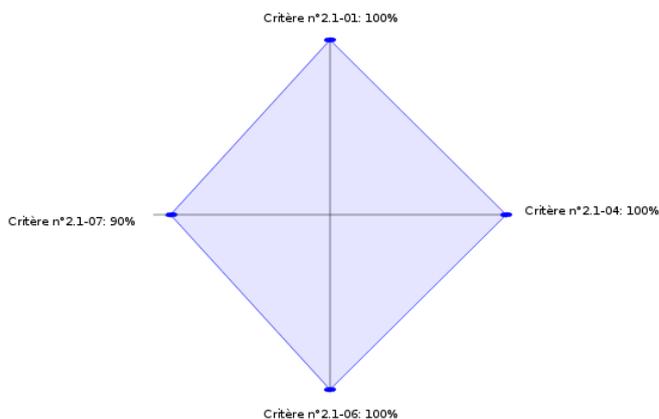
réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure sont systématiques. Les équipes des secteurs interventionnels et des secteurs de soins échangent les informations nécessaires relatives à la prise en charge du patient. Les équipes disposent et utilisent les équipements de protection individuels et les dosimètres. L'antibioprophylaxie fait l'objet de protocoles adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel. Les pratiques respectent les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle et assurent la traçabilité des actes transfusionnels dans le dossier transfusionnel (prescription, administration, facteurs de risque et de surveillance). La formalisation des protocoles post transfusionnels ainsi qu'une analyse régulière de la pertinence des actes transfusionnels restent à mobiliser. Le recueil et l'analyse des événements indésirables est organisé. Les équipes en maîtrise la déclaration qui est informatisée et participent à leur analyse. Le retour d'information est assuré. Des analyses des causes profondes (RMM, CREX) sont réalisées pour les événements indésirables graves s'appuyant sur une démarche connue et formalisée. Le recueil, l'analyse et la mise en place d'actions d'amélioration de la satisfaction des patients s'appuie sur le dispositif e satis. Des questionnaires chevets sont proposés aux patients, notamment pour ceux ne disposant pas de mail. Une communication sur les résultats d'indicateurs et une analyse collégiale des réussites et des marges d'amélioration est réalisée lors des réunions d'instances et par voie d'affichage. Ces actions devront être poursuivies en intégrant les équipes des différents secteurs d'hospitalisations et interventionnels afin : - de renforcer l'information sur les différentes évaluations et actions réalisées concernant notamment les indicateurs relevant de leur secteur d'activité. - de formaliser et poursuivre le recueil et l'analyse (en secteur de Soins Critiques) des refus d'admission et des réhospitalisations à 48/72h - de déployer les démarches d'évaluation des résultats cliniques sur les différents secteurs d'activité.

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

**Réponse de la HAS**

Accepter

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

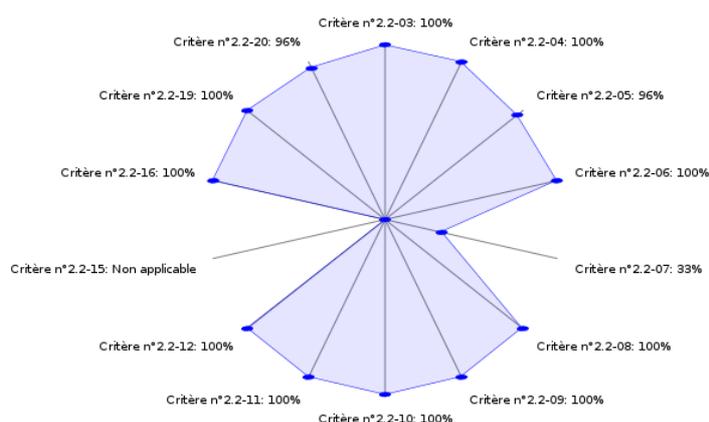


Score de l'objectif

**98%**

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	90%

## 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

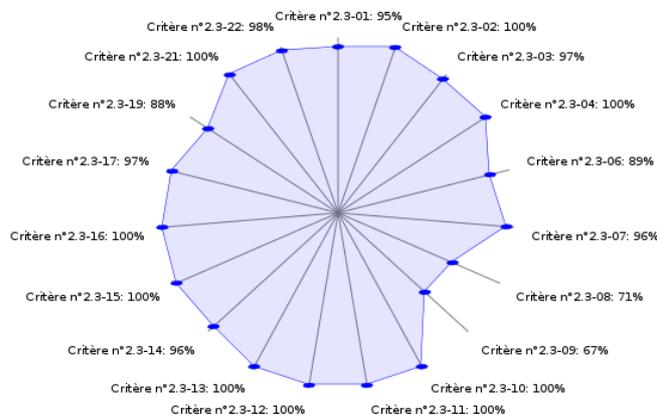


Score de l'objectif  
**99%**

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	96%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	33%
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	100%
2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	100%
2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%
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	100%
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	96%

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



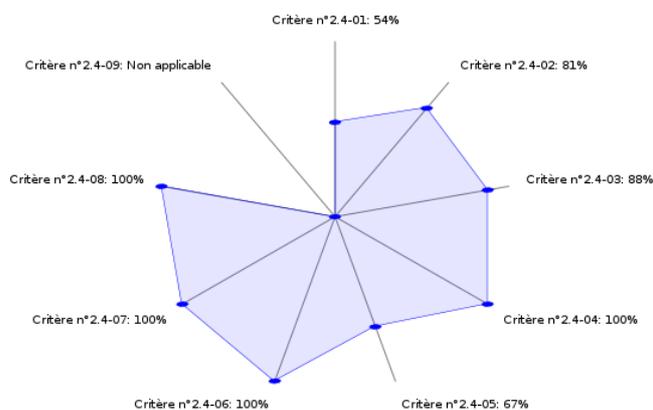
Score de l'objectif

**94%**

Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	95%
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	97%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	89%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	96%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	71%
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	100%
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	97%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	88%
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	98%

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

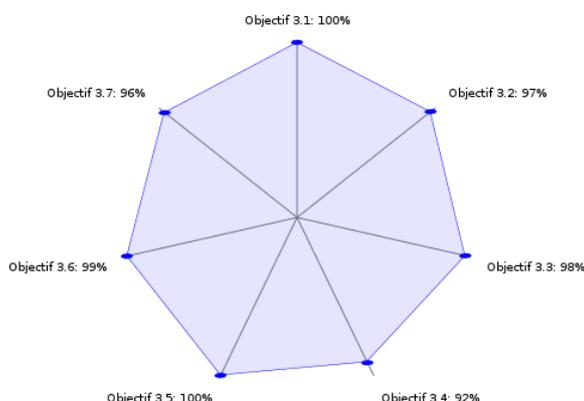


Score de l'objectif

**86%**

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	54%
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	81%
2.4-03	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs	88%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	100%
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	67%
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	100%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	100%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	100%
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	Non Applicable

# Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre  
**97%**  
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	92%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

La Clinique du Pont de Chaume fait partie du groupe de cliniques privées ELSAN. L'établissement est une clinique médico-chirurgicale de 366 lits et places en hospitalisations complète, partielle et ambulatoire. L'établissement dispose d'un service d'urgence, d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), d'un service de Réanimation, d'une Unité de Soins Continus et de lits identifiés en Soins Palliatifs. La clinique se déploie autour de plusieurs pôles de spécialités : - Chirurgie : gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, digestif et viscérale, urologie, vasculaire, orthopédie, etc... - Médecine : pneumologie, neurologie, diabétologie, rhumatologie, gastro entérologie, angiologie, médecine du sport, dermatologie, ... - Cardio-Vasculaire : cardiologie interventionnelle, Unité de Soins Intensifs Cardiologiques, Département d'explorations cardiologique, vasculaire interventionnel. - Oncologie : prises en charge carcinologiques en lien avec le service de radiothérapie. - Néphrologie : Insuffisance rénale chronique : Centre de Dialyse, Unité de Dialyse Médicalisée et deux unités d'auto dialyse. De plus, sur le site à proximité sont présents : un plateau d'exploration en imagerie (Radiologie, IRM, Scanner, Scintigraphie, Gamma Caméra) ainsi qu'un laboratoire de biologie médicale et d'anatomopathologie. L'offre de soins de l'établissement est articulée autour de filières médico-chirurgicales assurant la mise en place de parcours répondant aux ressources médicales et à l'offre de soins du territoire dans le cadre du Projet Régional de Santé. L'établissement a identifié les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux nécessaires au déploiement, à la coordination et à la continuité des soins sur le territoire de santé. La clinique a accès à différents dispositifs de coordination : télé-imagerie, téléconsultations, équipes mobiles

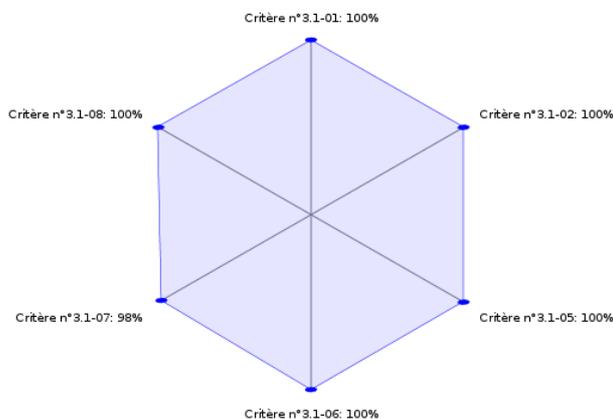
spécialisées, éducation thérapeutique et liens privilégiés avec les partenaires. La bientraitance fait partie des valeurs et des priorités des professionnels de l'établissement. Les bonnes pratiques de lutte contre la maltraitance ordinaire sont connues et mises en œuvre par les professionnels. L'identification et la prise en compte du risque suicidaire est réalisée dès l'admission. La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective. L'accès au dossier est organisé. Les Représentants des Usagers sont représentés dans l'établissement, présents à la CDU ainsi que dans les autres instances de l'établissement. Ils sont impliqués dans les différentes démarches de recueil de l'avis des patients et/ou des aidants. Les initiatives visant à mobiliser l'expertise de patients sont à ce jour peu développées. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. L'établissement a structuré son management de la sécurité des soins au sein des différentes instances qui sont actives et opérationnelles. Les responsables d'équipe et les cadres de santé bénéficient de formations en coaching de management au sein du groupe d'appartenance. La gouvernance veille auprès des professionnels à l'acquisition et au maintien d'une culture de sécurité des soins et de l'ensemble des compétences, via la formation continue et le développement professionnel continu des professionnels des équipes de jour comme de nuit. L'établissement est encouragé à promouvoir des questionnaires spécifiques sur l'expérience des patients (type questionnaires PREMS) ou sur le résultat de leur santé de leur point de vue (type questionnaires PROMS). Il existe une politique de qualité de vie au travail impulsée et appliquée dans l'établissement. Des temps de rencontres et d'écoute peuvent être sollicités dans le cadre de gestion des difficultés interpersonnelles et/ou des conflits professionnels. Les risques numériques, environnementaux, structurels et les enjeux du développement durable sont analysés, partagés avec le groupe d'appartenance et maîtrisés au niveau de l'établissement. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires est totalement maîtrisée. Au regard des populations accueillies, l'établissement est particulièrement sensibilisé à la sécurité des biens et des personnes. Le service d'accueil des urgences dispose d'accès et d'encadrement sécurisés 24h/24, tant pour les populations accueillies que pour les équipes médicales et soignantes. Chaque service de soins de l'établissement dispose de chariots dédiés à la prise en charge des urgences vitales. Ces chariots sont conformes et accessibles. Leurs usages et conditions d'utilisation sont connues par l'ensemble des équipes. L'établissement veille et assure le suivi des besoins en formation aux gestes d'urgences des professionnels. L'accréditation des médecins est développée dans l'établissement. Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés. Les actions d'améliorations intègrent le Plan d'Actions de l'établissement. Un tableau de bord des différents indicateurs permet à la Gouvernance, aux responsables de services et aux instances de communiquer et d'évaluer la bonne réalisation et l'efficacité des actions mises en œuvre avec les équipes. L'établissement est encouragé à : - partager, impulser et améliorer la connaissance et la maîtrise de la culture de sécurité et de gestion des risques auprès de l'ensemble des équipes de jour comme de nuit - poursuivre le déploiement de revues de pertinence de pratiques dans les différents secteurs d'activités.

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

**Réponse de la HAS**

Accepter

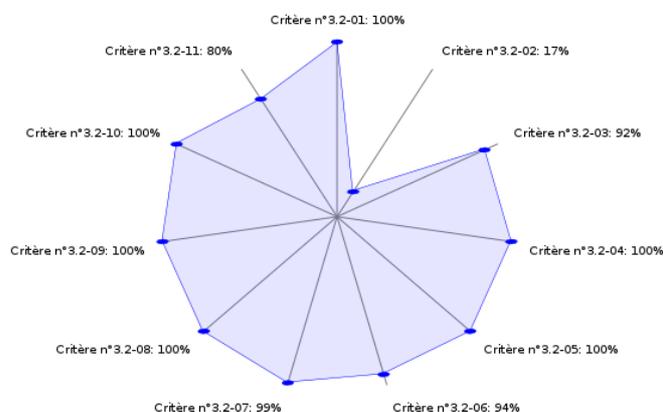
## Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire



Score de l'objectif  
**100%**

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	98%
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

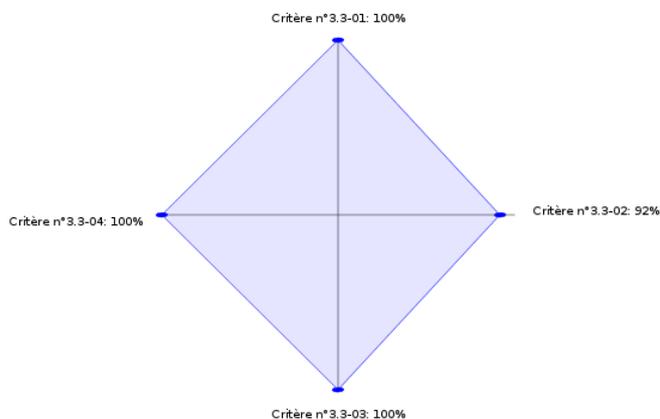


Score de l'objectif

**97%**

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	100%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	17%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	92%
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	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	94%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	99%
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	100%
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	80%

## Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership

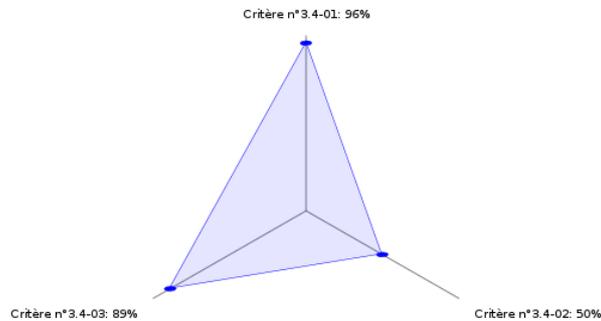


Score de  
l'objectif

**98%**

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	100%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	92%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
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  
**92%**

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	96%
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	89%

# 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: 100%

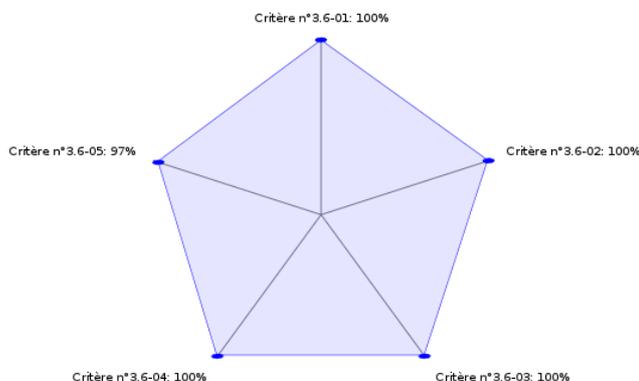


Critère n°3.5-02: 100%

Score de l'objectif  
**100%**

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
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

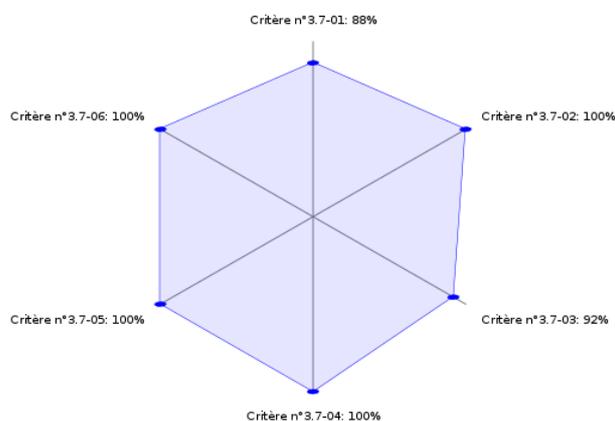


Score de l'objectif

**99%**

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-02	Les risques numériques sont maîtrisés	100%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	100%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	97%

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



Score de l'objectif

**96%**

Critères		
3.7-01	L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques	88%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	100%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	92%
3.7-04	Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	100%
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	100%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	100%

# 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	820000131	SA CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	330 avenue marcel unal 82017 Montauban FRANCE
Établissement principal	820000057	CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	330 avenue marcel unal CS90650 82006 Montauban FRANCE
Établissement géographique	820005791	AUTODIALYSE CASTELSARRASIN	Les calvets 82100 Castelsarrasin 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	
<b>Médecine</b>	
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)	
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
<b>Activité Urgences</b>	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,276
Nombre de passages aux urgences générales	18,808
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
<b>SAMU-SMUR</b>	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
<b>Activité Hospitalière MCO</b>	
<b>Soins de longue durée</b>	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
<b>Médecine</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	126
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	75

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	18
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	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	23,361
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	6
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)	14
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	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Soins critiques Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament injectable ou per os
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou per os
4	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
9	Audit système	Entretien Professionnel		

10	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Médecine Pas de situation particulière Programmé	
11	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Dans les unités de soins concernées
12	Patient traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	

			Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans acte invasif
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans acte invasif
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		dans le service transfuseur
25	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de précarité Adulte	

			Hospitalisation complète Programmé	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou per os
30	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
31	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		défini en visite
			Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé	

32	Parcours traceur		Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
33	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
34	Audit système	Dynamique d'amélioration		
35	Audit système	Représentants des usagers		
36	Audit système	Leadership		
37	Audit système	QVT & Travail en équipe		
38	Audit système	Entretien Professionnel		
39	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient assis ou couché
40	Audit système	Engagement patient		
41	Audit système	Maitrise des risques		
42	Audit système	Coordination territoriale		
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie / Désinfection des endoscopes
44	Patient traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	

			Programmé	
45	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
46	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA pour l'ES : noter NA sur tous les EE de la grille

## Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

### Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (CA\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=58 Intervalle de confiance=53-63 Evolution=NA )

### Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=100 Intervalle de confiance=100-100 Evolution=NA )

### Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=50 Intervalle de confiance=43-57 Evolution=NA )

### Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=71.24 (N=226) Evolution=positive)

### Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=70.91 (N=234) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension accueil (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=70.87 (N=233) )

#### e-Satis48h : score brut de la dimension chambre (satisfaction\_MCO)

##### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=71.45 (N=234) )

#### e-Satis48h : score brut de la dimension chambre et repas (satisfaction\_MCO)

##### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=65.22 (N=234) )

#### e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge (satisfaction\_MCO)

##### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=79.01 (N=234) )

#### e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge infirmière/aide-soignant (satisfaction\_MCO)

##### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=79.27 (N=234) )

#### e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge médecin/chirurgien (satisfaction\_MCO)

##### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=77.35 (N=234) )

#### e-Satis48h : score brut de la dimension repas (satisfaction\_MCO)

##### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=53 (N=233) )

## e-Satis48h : score brut de la dimension sortie (satisfaction\_MCO)

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=59.78 (N=234) )

## Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction\_CA )

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=74.78 (N=210) Evolution=NA)

## Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction\_CA )

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=74.44 (N=221) )

## e-SatisCA : score brut de la dimension accueil du patient (satisfaction\_CA )

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.28 (N=221) )

## e-SatisCA : score brut de la dimension organisation avant l'hospitalisation (satisfaction\_CA )

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.21 (N=221) )

## e-SatisCA : score brut de la dimension chambre et collation (satisfaction\_CA )

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=73.31 (N=220) )

## e-SatisCA : score brut de la dimension organisation de la sortie et retour à domicile (satisfaction\_CA )

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=62.83 (N=221) )

### e-SatisCA : score brut de la dimension prise en charge du patient (satisfaction\_CA )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=83.57 (N=221) )

### 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 DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	1.1 (N=373 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 DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	17.05‰ (N_ptg=176 Taux supérieur au taux attendu publié de 10‰)

### Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTH (ETE\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	0‰ (N_pth=197)

### Consommation de produits hydro-alcooliques version 3 (Bilan\_IAS )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=109)

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

