



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CLINIQUE PASTEUR**

45 avenue de lombez  
31300 Toulouse



Validé par la HAS en Janvier 2023

---

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 – Janvier 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	24
Annexe 3. Programme de visite	28

# 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**

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail 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 avec mention.

# Présentation

CLINIQUE PASTEUR	
Adresse	45 avenue de lombez 31300 Toulouse Cedex 31076 Cedex 3 FRANCE
Département / Région	Haute-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	310000096	SA CLINIQUE PASTEUR	45 avenue de lombez 31076 Toulouse Cedex 3 FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

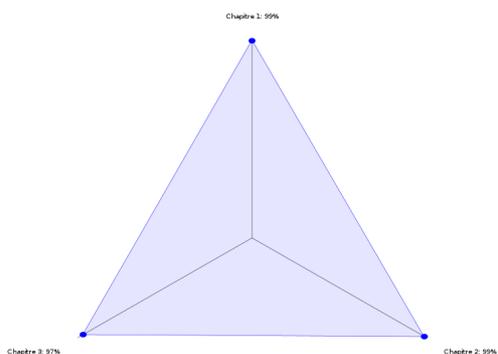
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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

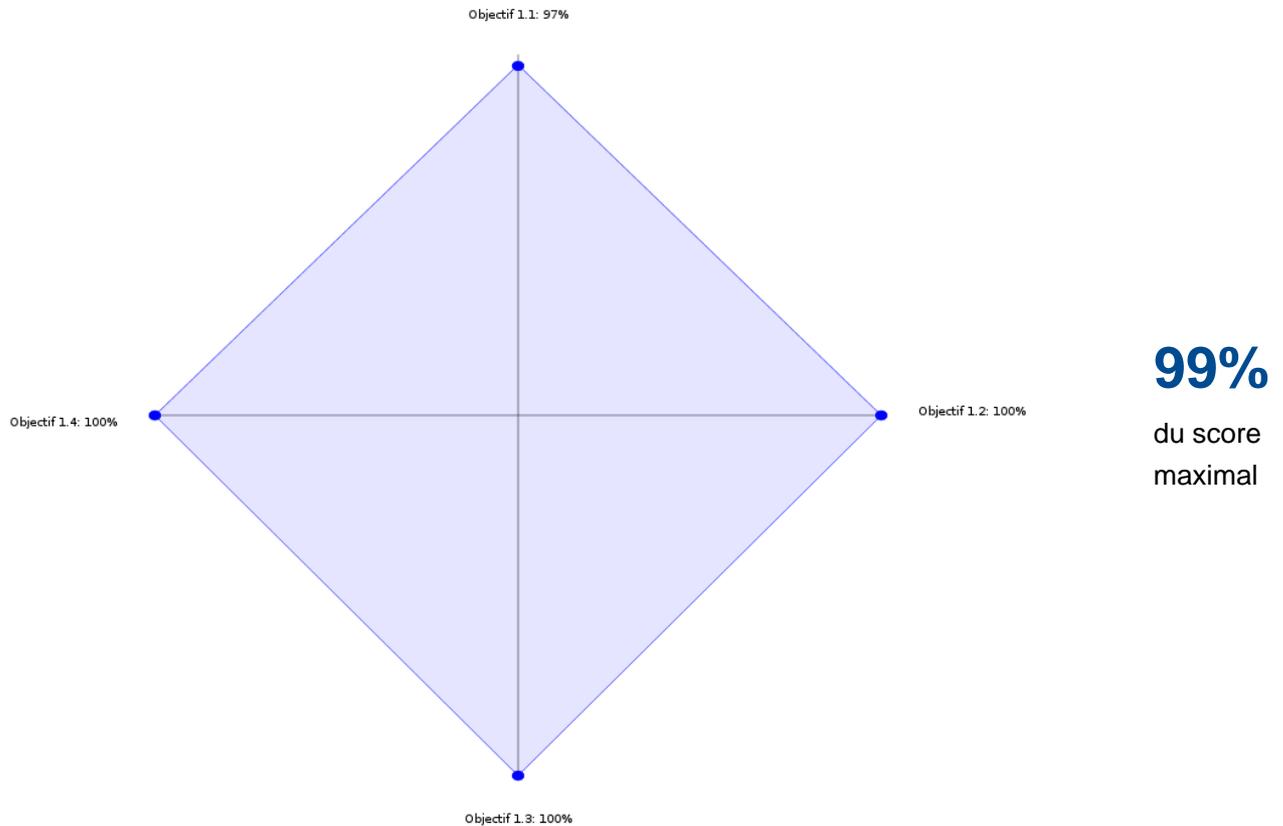
Au regard du profil de l'établissement, [113](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



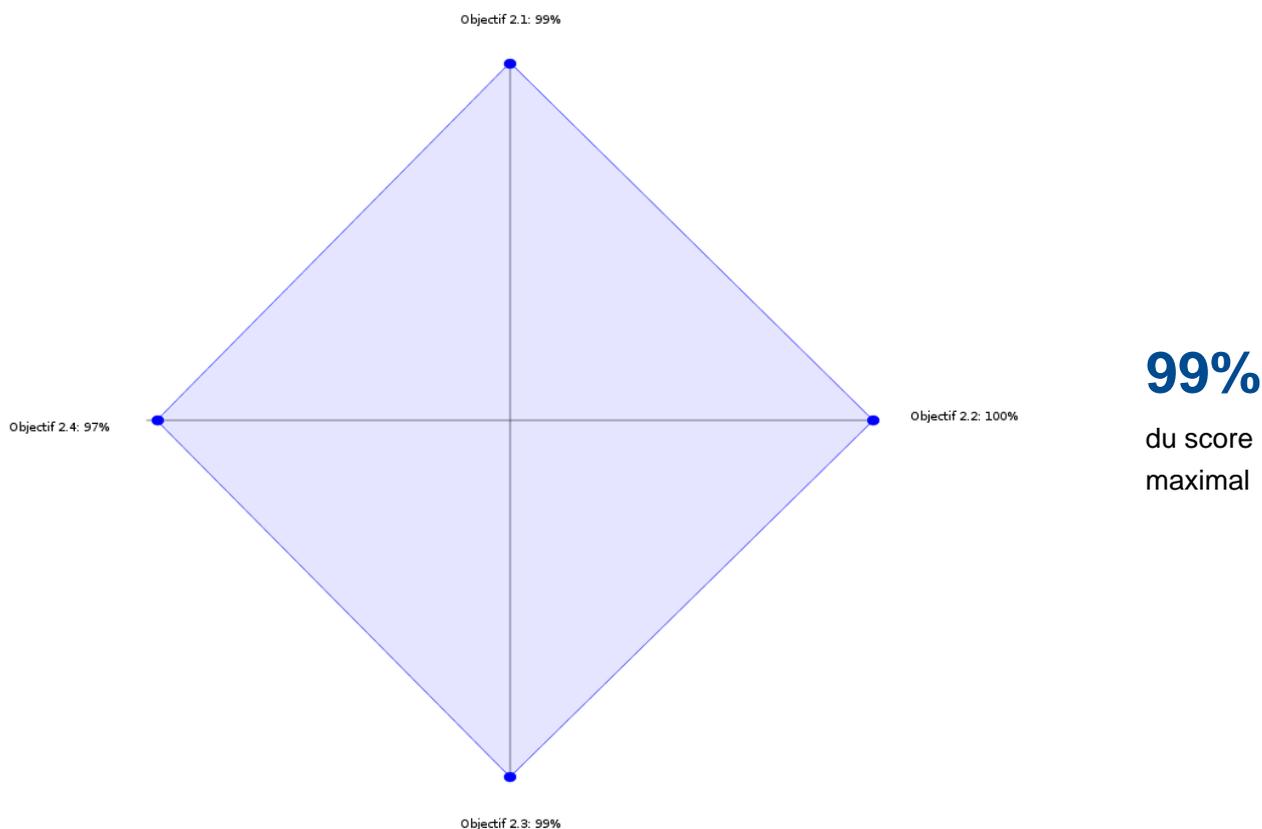
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient, admis à la clinique Pasteur, est, dès la première consultation avec le praticien, informé et impliqué dans sa prise en charge. Il reçoit une information claire, orale, complétée par la remise de documents complémentaires génériques et spécifiques à la prise en charge : documents d'informations des Sociétés Savantes, guides patient (les cardiopathies congénitales, l'anesthésie en 10 questions, nombreux guides médicamenteux .... ) lui permettant de participer à l'évaluation de l'analyse bénéfices-risques et d'exprimer son consentement libre et éclairé sur son projet personnalisé de soins (PPS) qui est tracé dans le Dossier Informatisé du Patient (DPI). En pédiatrie, les professionnels adaptent les informations à l'âge de l'enfant ou l'adolescent et les invitent à s'exprimer sur leur projet de soins ; un livret d'hospitalisation avec des « Consignes et recommandations à lire avec tes parents » leur est remis. Des messages de santé publique sont affichés

dans tous les étages de la clinique et un guide papier (« Aide à distance en santé, contacts utiles ») liste les numéros et les adresses internet à joindre pour aide et conseils (Tabac Info service, Écoute cannabis, Sida info Service...) ; un QR code présent sur ce guide renvoie vers le site de Santé Publique France également présent sur le site internet de l'établissement (Prévention Santé). La clinique respecte la charte de « l'Hôpital sans tabac » et a lancé sa propre campagne « Clinique Non-fumeur ». Le patient est informé sur ses droits : chartes du patient hospitalisé, de l'enfant et adolescent hospitalisé, de Romain-Jacob, affichées dans tous les secteurs de l'établissement, présent dans le livret d'accueil (Mon séjour à la clinique Pasteur), possibilité de désignation d'une personne de confiance, de rédaction des directives anticipées ; ces informations sont accessibles sur le site internet de l'établissement et sur le portail patient, outil numérique, confidentiel, sécurisé, accessible également sur application mobile. En prévision de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi pour les médicaments prescrits, des dispositifs médicaux qui lui sont implantés (cathéter, chambre implantable, stents, prothèses...) durant son séjour, des produits sanguins labiles qui lui sont administrés. Les modalités de prise en charge ambulatoire pré, per et post opératoire sont expliquées, reprises dans un passeport ambulatoire dédié à l'adulte ou à l'enfant et à nouveau évoquées lors de l'appel de la veille. En Hospitalisation à Domicile (HAD), le patient est informé des numéros d'appels permettant d'avoir un avis médical ou une intervention soignante 24 heures sur 24. En situation de fin de vie, le patient peut accéder aux soins palliatifs s'il le souhaite, et en l'absence de rédaction de directives anticipées, l'expression de sa volonté est recherchée auprès de sa personne de confiance ou de sa famille et ses proches ; en HAD pédiatrique, un parcours patient est formalisé pour assurer le suivi d'une prise en charge en soins palliatifs. L'existence des Représentants des Usagers (RU) et des associations de bénévoles n'est pas connue par toute la patientèle de la clinique Pasteur malgré une importante information dans le livret d'accueil (Mon séjour à la Clinique Pasteur) accessible également sur le site internet de la clinique, et dans une plaquette explicative (Guide patient « Un Représentant des Usagers c'est quoi ? »). L'adresse mail des Représentants des Usagers est présente dans le livret d'accueil, dans le guide patient et les coordonnées des RU sont affichées dans les accueils, les salles d'attente près des infirmeries et dans une récente et bien visible Maison des Usagers située dans le salon de sortie, lieu de passage obligatoire de tous les patients ; le score obtenu par l'établissement (81%) est toutefois largement supérieur aux résultats nationaux 2021 de la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés (19% connaissent les RU). Il en est de même pour la connaissance par le patient de l'expression de sa satisfaction et de son expérience quant à sa maladie ; grâce à une information sur le recueil de la satisfaction du patient sur le site internet de l'établissement et dans le livret d'accueil, la distribution de questionnaire de satisfaction pendant le séjour, la possibilité de remplir ces questionnaires à la sortie sur une tablette informatique proposée par un professionnel, avec, si besoin son aide, la présence de questionnaire de satisfactions internes sur le portail patient et la dynamique impulsée par la Direction Relation et Expérience Patient, une grande partie des patients rencontrés pendant la visite, remplisse le questionnaire de satisfaction. Les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un Évènement Indésirable Grave lié aux Soins (EIGS) sont moins connues, malgré les nombreux outils de déclaration mis à disposition du patient (évocation à un professionnel, courrier, application portail patient). L'éthique étant une des quatre valeurs historiques de l'établissement, l'intimité, la dignité, la confidentialité, l'environnement adapté du patient mineur, le maintien de l'autonomie des patients en situation de handicap et/ou âgés, l'aide au patient pour répondre à ses besoins élémentaires, la prise en charge de la douleur sont au cœur des pratiques des professionnels. Les proches et aidants sont sollicités et impliqués dans la mise œuvre du projet de soins du patient si celui-ci a donné son accord. Dans les situations cliniques difficiles, la présence des proches et aidants est facilitée, notamment en pédiatrie, où les parents peuvent être présents 24 heures sur 24. Dans les deux périmètres d'intervention de l'HAD de la clinique Pasteur (Haute-Garonne et Gers), et dans les deux secteurs d'activité, adulte et pédiatrique (Haute-Garonne), les proches et aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins ; des documents d'information, des guides et des flyers sont remis aux patients et à leurs proches (« l'Hospitalisation à Domicile, prendre soins de vous, c'est notre métier », « bienvenue en HAD pédiatrique » « Conseils aux parents, l'oxygénothérapie », « Mémo, surveillance des nourrissons pris en charge en HAD pour bronchiolite

»...). L'assistante sociale prend en compte les difficultés financières, professionnelles, administratives ou familiales des patients et intervient pour les patients en situation de précarité sociale en ce qui concerne leur accès au droit et aux soins (Aide Médicale d'État, coordination avec les services médico-sociaux, ...). Les patients vivant avec un handicap, sont invités à signaler avant leur admission un besoin d'aide spécifique qui est intégré dans le projet personnalisé de soins. La prise en charge des enfants et adolescents, en hospitalisation complète ou en HAD, intègre un dispositif d'accompagnement incluant une assistante sociale et des enseignants. La préparation de la sortie est anticipée et tient compte des conditions de vie habituelle du patient ; des professionnels dédiés à l'organisation de la sortie accompagnent le patient dans ses démarches, vérifient la complétude des documents et l'accompagnent au salon de sortie jusqu'à son départ de la clinique.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	99%
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	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	97%

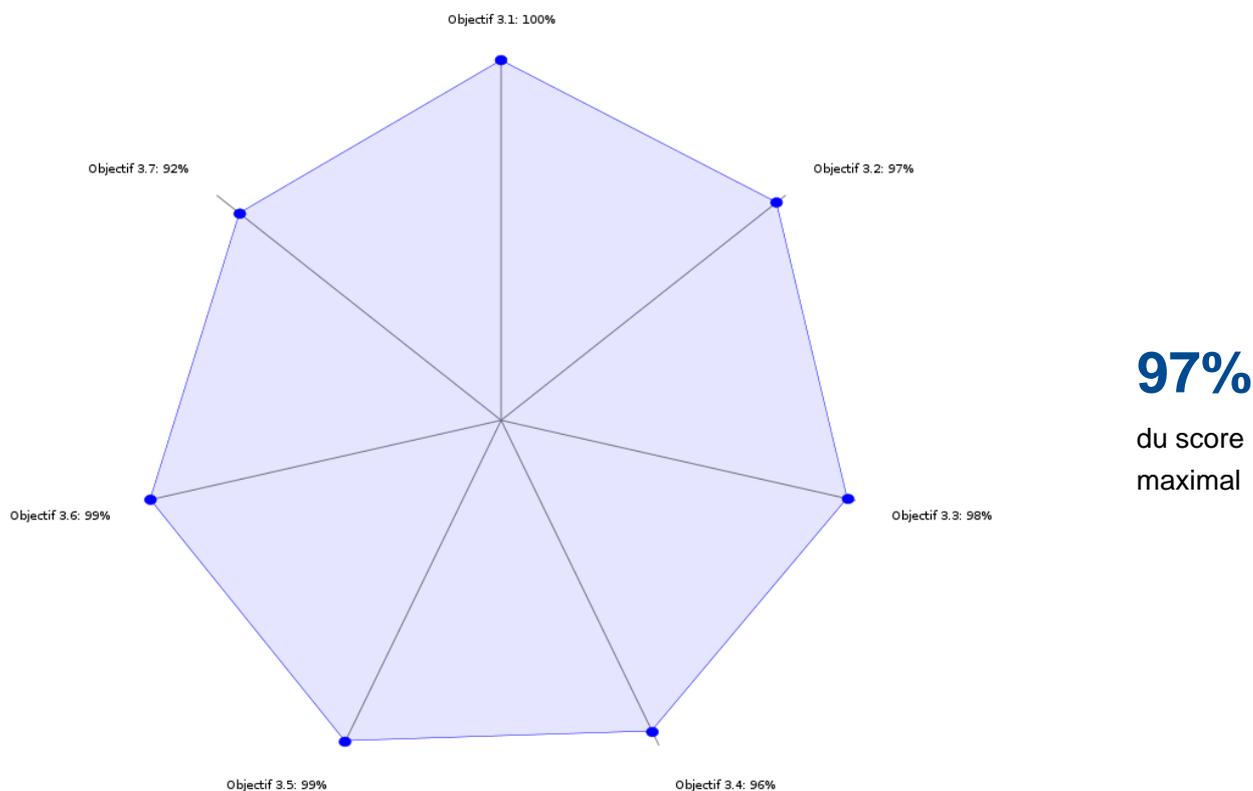
La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe. Les professionnels disposent de protocoles de prise en charge accessibles dans la gestion documentaire informatisée. Des protocoles validés de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (RAAC), sous forme de chemin clinique recouvrant les trois périodes pré, per et post opératoire en urologie, en chirurgie cardiaque et, en voie de développement en gynécologie et chirurgie colo-rectale, associent le patient à sa prise en charge, avec une collaboration étroite d'une équipe pluriprofessionnelle soignante, médicale et paramédicale, et des acteurs de ville avec le développement d'outils de digitalisation (passeport RAAC du parcours patient). En cancérologie, la clinique Pasteur, membre du réseau régional Onco-Occitanie, organise des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires d'Oncologie (RCPO) pour discuter des stratégies diagnostiques et thérapeutiques en fonction

des référentiels actualisés, pour chaque spécialité ou organe faisant l'objet d'une prise en charge dans l'établissement (groupe thorax, gynécologie et mammaire, urologie...). En HAD, adulte ou pédiatrique, la prise en charge est conforme aux logigrammes de parcours validés par le médecin coordonnateur en accord avec le médecin traitant. En prévision de la sortie du patient, la prise en charge en HAD est anticipée et préparée par l'IDE coordonnatrice de l'établissement et discutée avec le patient et ses proches. Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et argumentées : les praticiens disposent de protocoles d'antibiothérapie, d'un guide des anti-infectieux, d'un livret thérapeutique actualisés et peuvent faire appel à une équipe de médecins infectiologues qui assurent conseils, expertise et formations. Tous les antibiotiques sont en dispensation nominative avec un double contrôle ; une alerte dans le DPI à la 48<sup>ème</sup> heure prévient le médecin pour une réévaluation de la prescription. Le suivi de la consommation d'antibiotiques et des résistances bactériennes est assuré et présenté en Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS). L'analyse bénéfice/risque est, en grande partie, réalisée pour tout acte de transfusion et l'analyse de pertinence des transfusions régulièrement analysée. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le déploiement dans tous les secteurs d'activité du DPI, en secteur d'hospitalisation complète ou en ambulatoire, en HAD, permet la transmission, l'intégration et la traçabilité de tous les éléments utiles à la prise en charge du patient et l'accessibilité aux professionnels des données cliniques et paracliniques importées (prescriptions, résultats biologiques, imagerie médicale, médecine nucléaire...). Le programme personnalisé de soins (PPS), adapté aux besoins et préférences du patient, tracé dans le DPI par tous les professionnels intervenants dans sa prise en charge, est mis en œuvre et réévalué au cours du séjour. Il est élaboré par l'équipe médicale en fonction des orientations thérapeutiques (chirurgiens, médecins spécialistes, oncologues médicaux, radiologues, médecins nucléaires...), les IDE de coordination (IDEC) en HAD, les équipes soignantes et les professionnels de soins de support : diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes, assistante sociale, socio-esthéticienne, réflexologue ; d'autres professionnels d'équipes transversales peuvent intervenir : médecins anesthésistes-réanimateurs, équipe pluridisciplinaire Mobile de Douleur et Soins Palliatifs, équipe mobile de gériatrie, infirmière spécialisée (stomathérapeute). Dans le cadre de l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), un Centre de Soins des Maladies Chroniques (CSMC) récemment ouvert, met en œuvre une prise en charge pluridisciplinaire de bilan, de suivi et de traitement, sur 27 parcours de soins optimisés, coordonnées par des professionnels de santé de l'établissement, et, en cours d'ouverture vers des professionnels de ville avec un partage d'information numérique en téléconsultation et télé suivi à domicile avec une évaluation qualité et de la satisfaction du patient. Le Centre de Coordination en Cancérologie (3C) assure la coordination et la continuité du processus de prise en charge du patient et le respect de ses droits ainsi que l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles. La conciliation médicamenteuse est priorisée dans le service d'uro-gynécologie, proactive avec traçabilité dans le DPI ; des entretiens pharmaceutiques sont réalisés pour les maladies chroniques. Les équipes se coordonnent lorsque le patient n'a pas été orienté dans le service adapté faute de disponibilité d'accueil et peuvent faire appel à des professionnels experts de la clinique ou externes. La programmation opératoire est réalisée à partir du système informatisé de planification des interventions commun aux cabinets médicaux avec validation hebdomadaire à l'issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire préopératoire et validation finale du programme opératoire par la Cellule de contrôle journalier. La transmission des informations entre les équipes du bloc opératoire est numérisée. La check-list « sécurité du patient » est réalisée de façon systématique, coordonnée par l'Infirmière de Bloc Opératoire (IBO), réalisée de manière collégiale à l'oral avec l'ensemble des opérateurs et tracée informatiquement en temps réel. Sur les deux sites d'intervention de l'HAD de la clinique Pasteur et pour les deux secteurs d'activité, adulte et enfant, le médecin coordonnateur ou le pédiatre prennent contact avec le médecin traitant, le cadre de santé et l'IDEC pour organiser la prise en charge avec les différents intervenants libéraux et les professionnels du Centre Hospitalier de proximité avec traçabilité des intervenants dans le DPI ; la continuité des soins est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les patients, leur entourage connaissent les professionnels à appeler et la réhospitalisation en urgence est organisée. En phase de transition, adolescent-adulte, l'équipe pédiatrique

anticipe la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte. Chez les patients en fin de vie, une prise en charge pluridisciplinaire en soins palliatifs, intégrant les soins de support et une équipe de bénévoles d'accompagnement, est mise en œuvre à la clinique dans le Service Soins Palliatifs et dans des Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) présents dans tous les services avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ; elle est également organisée au domicile, avec les services HAD, dont celui de la clinique, ou en collaboration avec des structures de soins régionales et des associations réseaux. Lors de la prise en charge des enfants en fin de vie en HAD ou au domicile, les décisions d'arrêt de thérapeutiques actives sont discutées avec les parents et des prescriptions anticipées sont rédigées pour les équipes du SAMU. Quel que soit le mode de prise en charge, une lettre de liaison est remise au patient le jour de sa sortie avec la synthèse médicale et les prescriptions actualisées. Le dossier médical partagé (Mon espace Santé), s'il a été créé par le patient, notamment en faisant sa préadmission sur le portail patient de la clinique, est mis à jour. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles ; la liste des interlocuteurs en vigilance, accessibles 24 heures sur 24 est affichée dans les tous services et présente dans la GED. La sécurisation du circuit du médicament dans toutes ses composantes est maîtrisée par les équipes dans tous les secteurs d'activité. Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont mises en œuvre dans les services de la clinique et en HAD (transport et livraison des médicaments et dispositifs médicaux sécurisés, conditions de stockage au domicile vérifiées, prescriptions majoritairement anticipées, administration par le patient ou les aidants tracées par l'IDE dans une tablette mis à disposition au domicile du patient avec intégration des données dans le DPI). L'utilisation des médicaments à risque (« médicaments à haut risque-MHR » dans l'établissement) est maîtrisée : produits référencés avec liste affichée dans les infirmeries, sécurisation de la prescription (identification par une pastille rouge dans DPI, protocoles thérapeutiques), de la dispensation (isolement des médicaments dans un sachet floqué), analyse pharmaceutique systématique de niveau 2, du stockage (identification des MHR par un logo et stockage du chlorure de potassium dans une boîte spécifique fermée, identifiée, à distance des autres électrolytes), de l'administration (double contrôle des préparations injectables, calcul de doses et programmation des pompes de perfusion), connaissance des antidotes. Le circuit de prise en charge en chimiothérapie, tracé informatiquement, est conforme aux bonnes pratiques : prescription dans le logiciel dédié, validation pharmaceutique, fabrication au plus près de l'administration, transport par un préparateur dans le service, contrôle qualité par audits internes et externes ; les prescriptions en oncopédiatrie en HAD sont systématiquement contrôlées avec les protocoles ONCORIP. Chez le patient vulnérable et/ou âgé, les équipes de soins lui expliquent les modifications de son traitement et lui remettent la lettre de liaison avec le bilan thérapeutique. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée. La clinique dispose d'un local pour dépôt de sang géré par la pharmacie et des IDE de l'Unité de Soins Intensifs Cardiologique, avec traçabilité informatisée de la délivrance des produits sanguins labiles, de la prescription, de la pertinence des transfusions, de la destruction des poches et du suivi post transfusionnel, données toutes incrémentées dans le DPI. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains, les précautions standard et complémentaires ; les professionnels sont formés et bénéficient de l'expérience de la pandémie COVID, l'indicateur ICSHA est affiché dans les infirmeries de tous les services et des actions d'amélioration sont mises en œuvre à la suite d'un audit récent. Le bionettoyage est internalisé avec un suivi par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). L'antibioprophylaxie encadrant les actes invasifs, est conforme aux protocoles de l'établissement actualisés et respecte le moment de l'injection qui est tracé dans le DPI. Le traitement, la désinfection et le stockage des dispositifs médicaux réutilisables (DM) sont assurés par des professionnels formés, notamment en endoscopie, avec traçabilité dans le DPI. Les équipes disposent de protocoles de pose et d'entretien des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) dont la date de pose est tracée dans le DPI et dans la lettre de liaison. Dans les secteurs interventionnels, les bonnes pratiques de gestion per opératoire du risque infectieux sont respectées. Pour toutes ces pratiques invasives, les professionnels sont formés, des audits régulièrement réalisés en lien avec l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène, des indicateurs suivis et communiqués

aux équipes (consommation de SHA, suivi des Infections du Site Opératoire, résultats des prélèvements microbiologiques). Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soins de la personne âgée sont recherchés, prévenus et traités précocement avec traçabilité dans le DPI. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées et les professionnels peuvent se faire vacciner sur le temps de travail. Un point de vigilance concerne la traçabilité exhaustive dans le DPI des doses de rayonnement reçues par les patients lors des examens de radiologie, action corrective demandée également dans le rapport d'inspection de l'Autorité de Sûreté Nucléaire. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin et tracée dans le DPI. Le transport intra-hospitalier des patients est maîtrisé avec des professionnels formés, respectant les droits des patients et les mesures d'hygiène et une traçabilité informatisée des délais de transport. Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe. Des revues de pertinence concernent la chirurgie cardiaque (pertinence de la transfusion sanguine), les soins de support (prise en charge nutritionnelle des patients en réanimation, pertinence de prescription de nutrition parentérale chez l'adulte hospitalisé), les indications d'examens biologiques préopératoire en chirurgie cardiaque, vasculaire, thoracique et dans la chirurgie thyroïdienne. Des indicateurs de qualité sont suivis et analysés par les équipes dans les parcours RAAC pour évaluer la qualité de la prise en charge et la satisfaction de la prise en charge : taux de réhospitalisations, taux de consultations non programmées. Des actions d'amélioration menées par les équipes sont également mises en œuvre suite aux Évaluations de Pratiques Professionnelles (amélioration de la pertinence des angioplasties coronaires qui continue la démarche du Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence de Soins (PAPRAS) de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie pour les années 2016-2020) ou dans les études de recherche clinique : étude Patient Blood Management, programme d'épargne transfusionnelle, associant érythropoïétine (EPO) et ajustement métabolique en chirurgie cardiaque, qui démontre une diminution significative de plus de 20% de l'incidence de transfusions. Sous l'impulsion de la Direction de la Relation et de l'Expérience Patient, créée en 2021, les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience patient, des réclamations et des plaintes, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration : parmi les actions menées, l'accueil physique du patient à l'admission et l'accompagnement du patient dans son service, la mise en place du salon de sortie, l'optimisation du transport des patients ; mais une grande partie des professionnels rencontrés ne connaissent pas les éventuelles recommandations établies par la Commission des usagers. Les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins sont recueillis, commentés dans les réunions de services et affichées dans toutes les unités de soins ; des actions d'amélioration sont discutées et mises en place. Les professionnels déclarent dans le logiciel dédié les Événements Indésirable Associés aux Soins (EIAS). Les EIAS sont analysés par les responsables de service avec les équipes avec mises en place d'actions correctives ou préventives ; le déclarant et tous les professionnels concernés sont informés du suivi de l'évènement dans le logiciel de signalement. Les Représentants d'Usagers (RU) sont informés en Commission des Usagers (CDU) des évènements indésirables graves. Dans les secteurs de soins critiques, des indicateurs de suivi des modalités de prise en charge sont définis ; un registre de refus d'admission est en place. Les modalités de réalisation des check-list sécurité patient et l'évaluation de son utilisation par les équipes sont analysées et font l'objet de plans d'actions d'amélioration. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont en place. Les conditions de réalisation des examens d'imagerie médicale sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie. Les imageurs participent aux RCP dans les cas difficiles.

# Chapitre 3 : L'établissement



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	96%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	99%
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	92%

La clinique Pasteur est un établissement privé de court séjour, indépendante, à actionnariat médical, organisée en Société Anonyme à Conseil d'Administration. Elle prend en charge, conformément aux orientations du Projet Régional de Santé d'Occitanie arrêté par l'Agence Régionale de Santé, les patients en médecine, chirurgie, notamment dans son axe médical historique, cardiologie et cancérologie, et en

Hospitalisation à Domicile (HAD) adulte et enfant. Elle participe au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Cancérologie privée Midi-Pyrénées qui regroupe l'ensemble des acteurs de soins en cancérologie. La clinique est membre de l'alliance régionale de cliniques indépendantes Clinavenir et du réseau national Santé Cité, permettant le partage d'informations et d'expériences, les coopérations médicales (ressources en infectiologie notamment) et le partage des solutions digitales et de prestations logistiques. En HAD, une convention est signée entre le CHU de Toulouse, pôle oncopédiatrie et l'HAD clinique Pasteur pour la prise en charge des enfants atteints d'un cancer et un partenariat est établi avec l'Équipe Ressource Régionale Soins Palliatifs Pédiatriques. La clinique développe le pôle domicile, met en œuvre une politique de relations de coopération avec les professionnels externes (EHPAD, Service de Soins Infirmiers à Domicile) et des partenariats avec des start-ups pour l'ouverture vers la ville et l'exercice coordonné de parcours de soins grâce à des outils numériques et une plateforme collaborative créée en Occitanie (Emy Santé). Le Centre de Soins Ambulatoires des Maladies Chroniques, le Centre plaies et cicatrisation, le Centre de consultation douleur chronique, coordonnent les parcours des patients, du bilan de diagnostic au suivi personnalisé. Les patients peuvent contacter la clinique par un centre d'appel ou par le numéro de téléphone du standard général figurant sur le site internet de l'établissement. Le service personnalisé d'assistance à la prise de rendez-vous sur la plateforme Emy Santé, dédié aux médecins ou professionnels de santé de premier recours, permet de simplifier la prise de rendez-vous auprès de médecins spécialistes ; en cas d'urgence, une ligne dédiée, figurant sur le site internet de la clinique avec accès immédiat à un répondant permet une prise en charge rapide. Les professionnels peuvent échanger comptes-rendus et documents nécessaires au suivi médical du patient et les informations par messagerie sécurisée. Un Comité de Recherche Clinique (CRC) pilote des travaux de recherche clinique d'envergure nationale et internationale, des études internes ou en collaboration avec d'autres centres de santé ; tous les pôles et tous les médecins participent aux recherches cliniques en associant les patients éligibles. Le CRC a pris part au GCS en Santé de Santé Cité, pour élargir la dimension des projets de recherche. Le patient étant placé au cœur de la clinique Pasteur, une Direction de la Relation et de l'Expérience Patient, créée en 2021 analyse l'expérience patient en groupes de travail pluridisciplinaires et valide des plans d'actions. L'établissement recueille l'expérience patient aux différentes étapes de son parcours en amont, pendant et après son séjour, sous différentes modalités : questionnaires de satisfaction internes, portail patients Pasteur, évaluation du séjour ou lors des entretiens patients (audits patient traceur, rencontre avec les usagers), questionnaires sur l'expérience des soins (PREMs) et sur l'évaluation des résultats cliniques par le patient (PROMs), courrier ou mail à la Direction ou à la Relation Patient, réseaux sociaux, analyse des fiches réclamations patient et bilan annuel des réclamations. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre : élaboration d'un Projet des Usagers, amélioration de l'accueil des patients (bornes d'accueil, accompagnement par un professionnel), mise en place du salon de sortie, collaboration avec les usagers. Les représentants d'usagers participent aux réunions formelles du Conseil d'Administration et sont impliqués dans les instances de l'établissement ; ils participent à l'exploitation des questionnaires PREMs et PROMs, au recueil des événements indésirables, à l'exploitation des indicateurs, aux Comités de Retour d'Expérience. L'établissement a intégré la communication comme un élément clé de la qualité et de la sécurité de soins ; il assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage et le recours au médiateur est proposé dans les situations difficiles. La clinique Pasteur veille à la bientraitance et développe un programme de formation à la lutte contre les situations et actes de maltraitance en créant et en diffusant des scénarii sur ces thématiques. Les risques de situation de maltraitance sont identifiés ; les professionnels disposent de protocoles visant au repérage de ces situations. Des actions de formations sur le thème de la communication thérapeutique permettent aux soignants de lutter contre les violences ordinaires et de les inciter à une approche rationnelle adaptée à la vulnérabilité des patients. L'accessibilité aux locaux par les personnes vivant avec un handicap est assurée ; les réflexions menées avec les associations œuvrant dans le champ du handicap, la mairie de Toulouse et celles des représentants des usagers y ont été intégrées. La pré-admission sur l'espace patient permet d'anticiper les besoins du patient en situation de handicap (et/ou vulnérable). L'accès aux soins des personnes vulnérables est favorisé. Les ressortissants étrangers en

situation irrégulière et précaire bénéficiant de l'Aide Médicale d'État. Des interprètes sont disponibles dans la structure. L'accès du patient à son dossier répond à la réglementation. Les patients, dans des délais courts, peuvent accéder à l'innovation thérapeutique. Les représentants des usagers sont impliqués au sein de l'établissement ; ils accompagnent les familles, sont des partenaires de la démarche qualité en participant aux instances. Le projet des usagers est articulé avec le projet médical. La gouvernance fait preuve de leadership. La clinique met en œuvre les engagements définis dans sa politique de management de la qualité et de la gestion des risques pour la période 2020-2024 dont la déclinaison est réalisée dans le Programme d'Amélioration continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), accessible aux professionnels dans la GED. Le management est basé sur la gouvernance partagée (Direction, Président de CME, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, Responsable du Département d'Amélioration Continue) et un pilotage par chaque responsable d'unité. Les professionnels sont informés des projets qualité par l'encadrement et par la diffusion d'une lettre d'information « L'amélioration continue au Cœur de Pasteur ». L'affichage dans toutes les infirmeries du projet de service, des indicateurs d'activité et des Indicateurs Qualité permet aux équipes de s'interroger sur leurs pratiques et de les réajuster. L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité de soins est pilotée. Un parcours manager et un coaching individuel (passeport cadre) accompagnent l'ensemble des cadres et responsables dans leur fonction. L'établissement favorise le travail en équipe. Le management de proximité, des espaces collectifs de travail, un comité de pilotage accompagnent les changements d'organisation. Les professionnels sont évalués annuellement et un accompagnement individualisé est assuré par le responsable de la formation professionnelle. Le centre de formation de la clinique Pasteur, certifié Qualiopi et possédant l'agrément Développement Professionnel Continu (DPC), participe à l'amélioration des compétences avec la participation des médecins sur des sujets techniques. Une nouvelle plateforme E-learning propose un catalogue de formation consultable en ligne. L'équipe de gynécologie est accréditée en équipe par la HAS. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail (QVT) impulsée par la gouvernance. Un cabinet indépendant mesure le climat social de la clinique tous les deux ans. Des réunions « Droits d'expression » sont organisées. De nombreuses actions sont déployées portant sur les conditions de santé et de sécurité au travail (avec une initiative « le mois Zéro Accident du Travail ») et des actions ponctuelles (soirée des talents Pasteur, offre restauration, cours de sport...). En cas de conflits interpersonnels, des dispositifs d'écoute et de médiation sont en place. La clinique Pasteur dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquelles elle peut être confrontée. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles, a été réévalué suite au retour d'expérience de la pandémie COVID et révisé. Les risques numériques sont identifiés et des mesures de prévention sont opérationnelles (audit de surveillance en continu, changement régulier des mots de passe...) et des procédures dégradées formalisées. La prévention aux biens et aux personnes est assurée. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont depuis longtemps une priorité pour l'établissement et sont inscrits dans le projet d'établissement 2022-2026 ; les 4 principaux risques environnementaux sont pris en compte et de nombreuses mesures mises en œuvre : prévention des pollutions (réduction, triage et valorisation des déchets...), utilisation durable des ressources (gestion de l'eau et des énergies, gaspillage alimentaire), atténuation du changement climatique (réduction du transport...), protection de l'environnement (potager sur le toit...). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée avec un numéro d'appel unique, opérationnel, affiché, connu par tous, immédiatement accessible et des professionnels de jour et de nuit formés. Cependant, et notamment en raison du contexte de pandémie COVID, la moitié des professionnels soignants ne sont pas à jour de leur formation Gestes et Soins d'Urgence (AGFSU) et il existe, en plus du numéro d'appel dédié interne, d'autres numéros d'appel de praticiens joignables affichés (cardiologue, médecin tout service). L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les recommandations de bonnes pratiques actualisées sont diffusées et disponibles au sein des équipes. Des revues de pertinence évaluent dans tous les pôles, l'adéquation aux recommandations issues des référentiels nationaux, régionaux, des Sociétés Savantes et également d'essais cliniques (étude « Recenser et suivre à 1 an, de façon exhaustive et pérenne, tous les

patients ayant bénéficié d'une angioplastie coronaire »). La Direction de la Relation et de l'Expérience Patient prend en compte l'expérience patient tout au long de son parcours qui contribue à alimenter le PAQSS et à mettre en œuvre des actions d'amélioration. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont communiqués, analysés et exploités à l'échelle de l'établissement ; ils sont présentés aux instances de la clinique, aux professionnels lors des réunions de service et à la CDU. Les équipes déclarent les événements indésirables qui sont analysés exploités au niveau des pôles ; les actions décidées sont intégrées dans les plans d'amélioration des secteurs d'activité concernés. Un point de vigilance porte sur la mise en place d'un retour d'expérience et le partage de ces analyses et plans d'actions avec tous les professionnels de l'établissement. Les EIAS graves ne sont pas déclarés sur le portail de signalement de l'ARS, conformément aux dispositions du décret du 25 novembre 2016. Pendant la visite, le Directeur a présenté un document institutionnel formalisant l'organisation générale de la gestion des risques, les instances impliquées et les circuits d'informations structurés et partagés entre les différents acteurs, document qui sera présenté aux instances de l'établissement. La CDU est informée des événements indésirables graves déclarés. L'accréditation des médecins et des équipes médicales fait l'objet d'un courrier de sensibilisation signé par le Président de la CME et le Président-Directeur-Général qui proposent un accompagnement par une IDE titulaire d'un Master 2 en Santé Publique et une Société prestataire externe. Des chirurgiens urologues, viscéraux et digestifs et des médecins anesthésistes-réanimateurs sont engagés dans une démarche d'accréditation HAS. L'équipe de gynécologie de la clinique Pasteur est accréditée par la HAS.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	310000096	SA CLINIQUE PASTEUR	45 avenue de lombez 31076 Toulouse Cedex 3 FRANCE
Établissement principal	310780259	CLINIQUE PASTEUR	45 avenue de lombez 31300 Toulouse Cedex 31076 Cedex 3 FRANCE
Établissement géographique	320004328	HAD GERS	Allee marie clarac Bp 80382 32008 AUCH CEDEX FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
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	242
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	133
<b>Maternité</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
<b>Ambulatoire</b>	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	11
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	15
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
<b>Tout l'établissement</b>	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	15,545
<b>Enfant et adolescent</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	2
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	1
<b>Patient âgé</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
<b>Urgences</b>	
Nombre de lit en UHCD	0
<b>Activité Hospitalière SSR</b>	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
<b>Activité Hospitalière SLD</b>	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
<b>Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)</b>	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
<b>Activité Hospitalière PSY</b>	
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)	25
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	4
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	115

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
2	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
3	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
4	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Soins critiques</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
5	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Hospitalisation à domicile</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>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Programmé</p>	
6	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Adulte</p>	

			Hospitalisation complète Programmé	
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de précarité Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Adulte Médecine Programmé	
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé	

10			Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins critiques Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Adulte Médecine Programmé	
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins critiques Adulte Médecine Hospitalisation complète	

			Programmé	
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
21	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
23	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		./
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Patient atteint d'un cancer Médecine Programmé	
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
28	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
29	Audit système	QVT & Travail en équipe		
30	Audit système	Maitrise des risques		
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
32	Audit système	Leadership		

33	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
34	Audit système	Représentants des usagers		
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
37	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
38	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

39	traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé
40	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé
41	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé
42	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de précarité Hospitalisation complète Programmé
43	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé
	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Médecine

44			Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
45	Audit système	Dynamique d'amélioration		
46	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
47	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
48	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
49	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
50	Audit système	Engagement patient		
51	Audit système	Coordination territoriale		
	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel	

52			Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
53	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
54	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
55	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
56	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
57	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
58	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	

---

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

---

