



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Roch

99, avenue saint roch
83000 Toulon



Validé par la HAS en Décembre 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Décembre 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	20
Annexe 3. Programme de visite	24

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.

Présentation

Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Roch	
Adresse	99, avenue saint roch 83000 Toulon FRANCE
Département / Région	Var / Provence-Alpes-Côte d'Azur
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	830000238	HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT ROCH	99, avenue saint roch 83000 Toulon FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

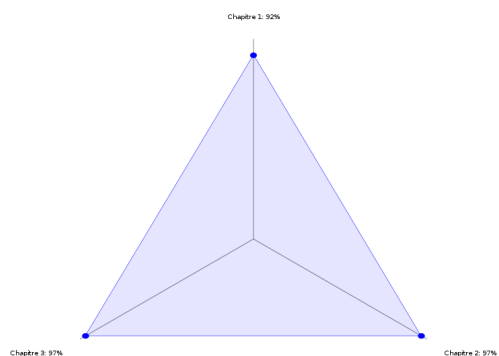
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Tout l'établissement

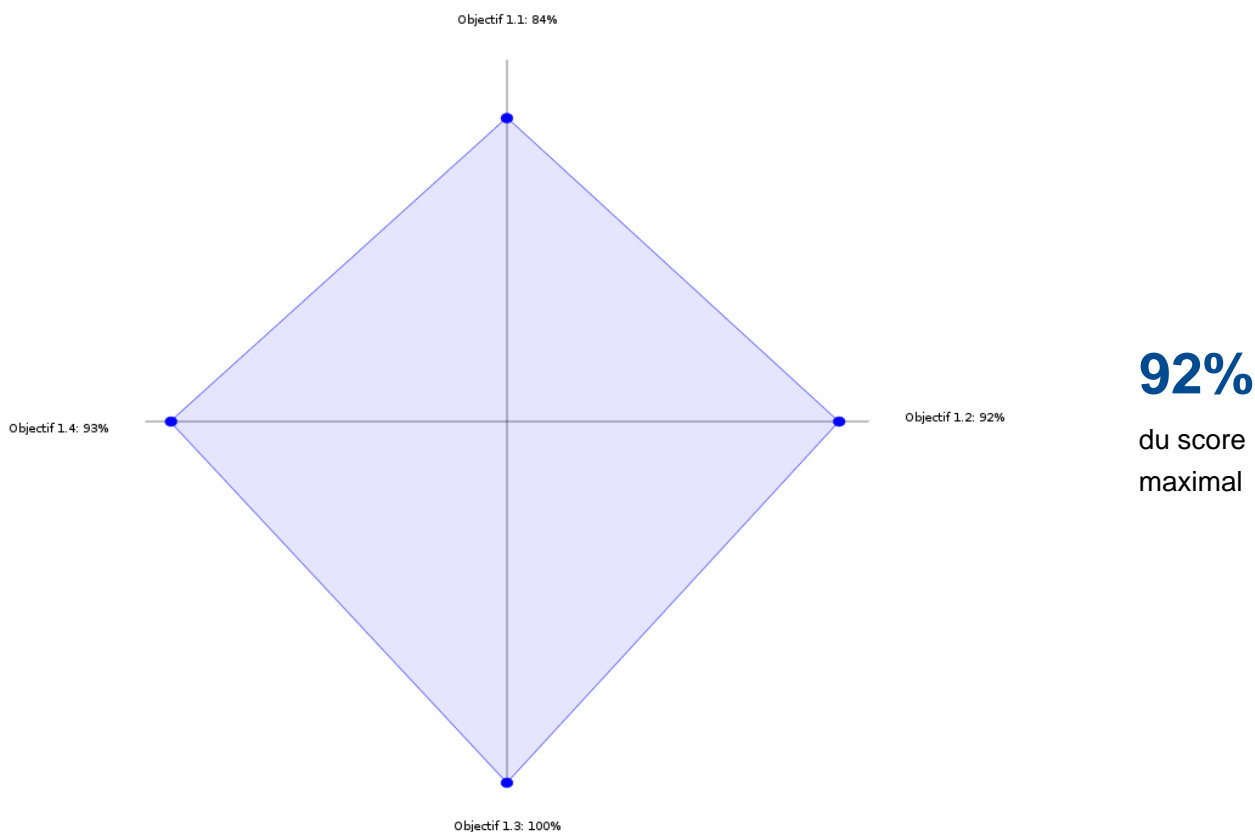
Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

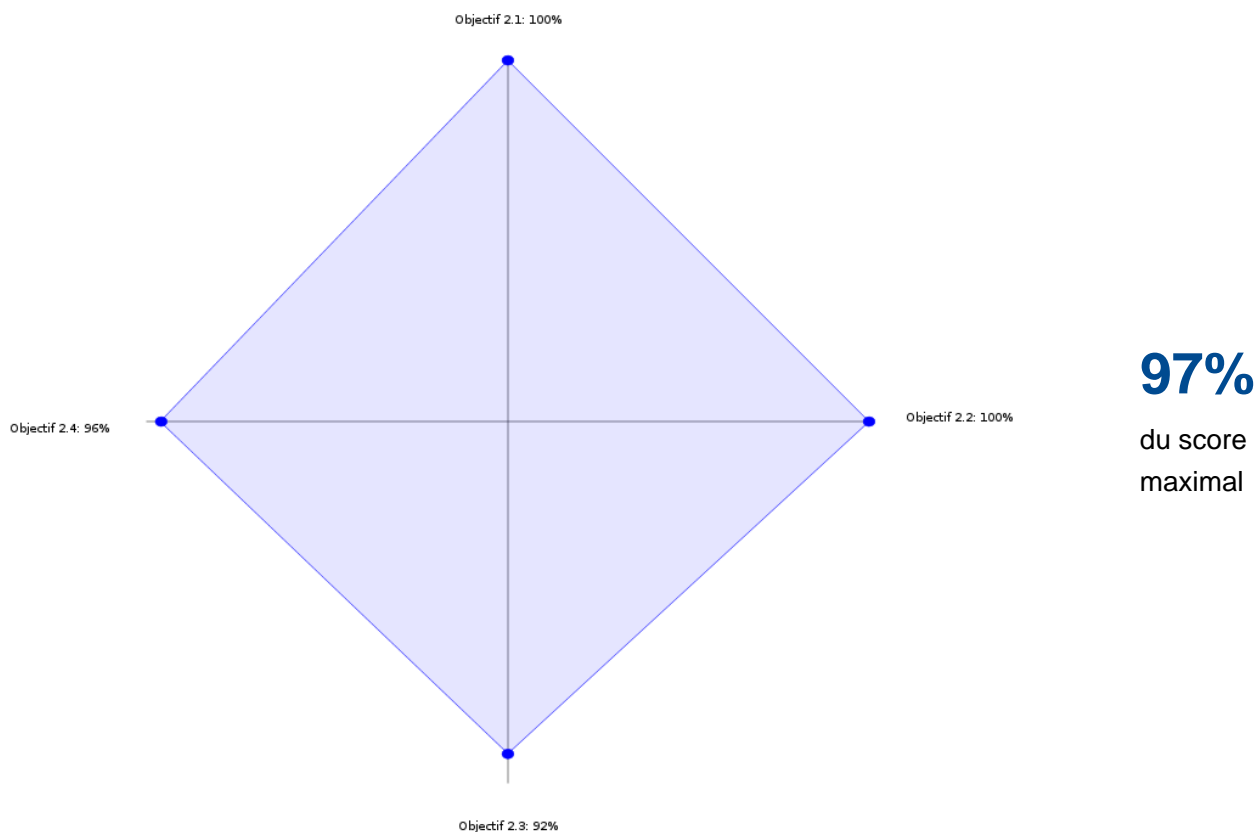


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	84%
1.2	Le patient est respecté.	92%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	93%

L'Hôpital Saint Roch assure l'information et l'implication des patients. Les patients bénéficient dès la consultation avec le médecin spécialiste d'informations sur leur état de santé, les options thérapeutiques, l'intervention chirurgicale proposée et la durée d'hospitalisation prévisionnelle. Un livret d'information - chirurgie ou endoscopie digestive - leur est remis. Des documents adaptés ont été élaborés pour les enfants et les adolescents. Le projet personnalisé de soins (PPS) est explicité aux patients. Leur adhésion à ce PPS est tracée dans la macrocible d'entrée. Les grands enfants et adolescents sont également invités à exprimer leur avis ; la traçabilité est retrouvée. Des messages de santé publique (maltraitance, violence) et de prévention primaire sont disponibles sous forme de flyers et sont diffusés sur les écrans des salles d'attente. Le patient est invité à désigner la personne à prévenir et la personne de confiance dès la remise du livret d'information avant

la pré-admission. La traçabilité a été retrouvée dans tous les dossiers audités. Pour la chirurgie ambulatoire, les modalités de prise en charge sont précisées dans le livret d'accueil. La macro cible de sortie atteste des consignes données à la sortie du patient quant à la conduite à tenir en cas de signes d'alerte après l'hospitalisation. L'établissement a intégré au livret d'accueil des informations relatives aux directives anticipées. En revanche, lors des audits, les professionnels rencontrés ont fait part de leurs difficultés à aborder ce point avec les patients. L'établissement avait identifié avant la visite la nécessité d'améliorer cette communication. La gouvernance s'est engagée à initier un travail sur ce sujet et lors de la visite un item a aussitôt été ajouté à la macro cible d'entrée et un message d'information a été transmis sur les écrans des salles d'attente. Le livret d'accueil et l'affichage comportent les informations sur les représentants des usagers et les modalités pour les contacter. Néanmoins, ces éléments ne sont pas toujours connus des patients. Dès ce constat, l'établissement a ajouté ces indications aux messages communiqués sur les écrans des salles d'attente. L'Hôpital Saint Roch suit l'enquête e-satis dont les modalités de réponse sont présentées dans le livret d'accueil. Toutefois, les patients rencontrés lors de la visite, n'avaient pas tous intégré comment exprimer leur satisfaction, soumettre une réclamation ou déclarer un événement indésirable grave associé aux soins. L'établissement s'est saisi de ce constat dès la visite pour renforcer la communication de ces informations : macrocible d'entrée, écrans. Les droits essentiels du patient sont garantis. Les pratiques observées assurent le respect de son intimité et de sa dignité, la confidentialité est effective. Les patients témoignent de la grande disponibilité des professionnels pour les aider dans leurs besoins élémentaires, même dans les situations de tension, quel que soit le moment de la journée. Les patients participent activement à l'évaluation de la douleur. Les prescriptions « si besoin » précisent le niveau de douleur par une échelle numérique. La traçabilité de la réévaluation après l'administration d'un antalgique est également retrouvée. Les équipes ont réalisé un travail de mise en place et d'appropriation d'une échelle spécifique pour les enfants. Les enfants / adolescents bénéficient d'un environnement adapté ; ils sont prioritairement en chambre particulière ; s'ils sont en chambre double, ils sont avec un autre enfant ; le mobilier est adapté. En revanche, les professionnels intervenant dans leur prise en charge n'ont pas bénéficié d'une formation en pédiatrie. L'établissement avait identifié cet écart avant la visite et prévu des actions correctives ; une formation programmée en octobre « L'accueil, la prise en charge & les droits du patient dans un établissement hospitalier » comporte un item spécifique à la prise en charge des enfants et l'intervention d'une puéricultrice professionnelle d'un des hôpitaux du groupe doit être planifiée. Avec l'accord du patient, la participation de l'entourage au projet de soins est recherchée. L'accompagnement des enfants par leurs parents jusqu'au bloc opératoire et à la sortie de la SSPI est organisé. Les professionnels prennent en compte les éléments de vulnérabilité du patient pour adapter sa prise en charge. Pour les situations qui le nécessitent, l'établissement a établi des liens avec des interlocuteurs identifiés des services sociaux de la ville. Les besoins et préférences des patients vivant avec un handicap font l'objet d'une attention particulière des équipes qui adaptent leur prise en charge. Les conditions de vies habituelles sont communément interrogées pour le retour à domicile ; toutefois, l'organisation de la sortie d'un des patients rencontrés en chirurgie orthopédique n'avait pas pris en compte la présence d'escaliers. L'établissement avait déjà identifié cette difficulté et renforcé le questionnement depuis le premier semestre 2022 par un item spécifique lors de l'appel de la veille et dans la macro cible d'entrée.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

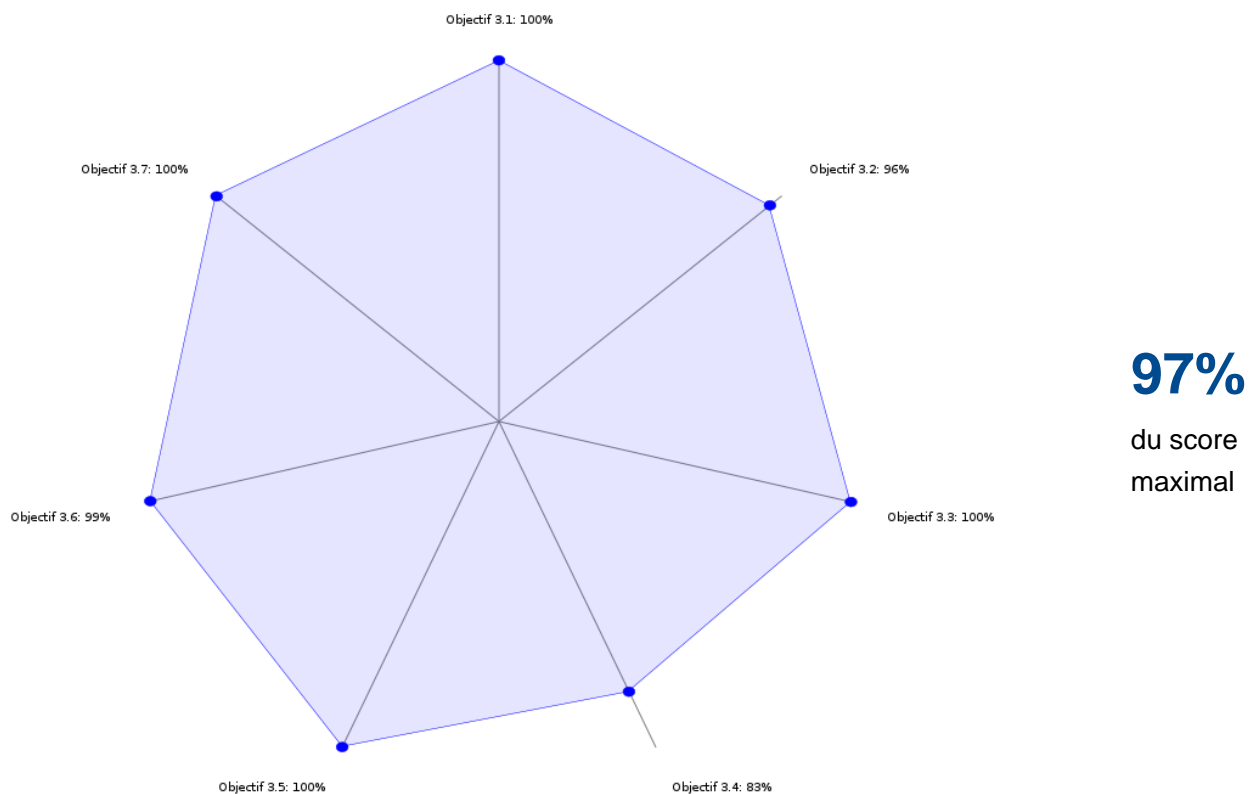


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	92%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

Les équipes argumentent la pertinence des prises en charge et des actes. En effet, entre autres, les prescriptions des antibiotiques sont justifiées et réévaluées entre la 24ème et la 72ème heure. Les médecins connaissent le référent infectieux du groupe Sainte Marguerite dont fait partie l'Hôpital Saint Roch. La traçabilité bénéfique / risque est retrouvée pour toutes les transfusions. L'hémovigilant assure l'analyse de la pertinence de l'ensemble des actes transfusionnels. L'établissement a mis en place la coordination nécessaire à une prise en charge pluri professionnelle et interdisciplinaire. Le Dossier Patient Informatisé (DPI) est accessible et complet ; il permet un partage en temps réel de l'ensemble des informations nécessaires à la prise en charge du patient. Les professionnels bénéficient d'expertises internes et externes. Ils connaissent les référents douleur, hygiène et infectieux de l'établissement et du groupe. La Cellule de Régulation de l'Activité Chirurgicale (CRAC) assure

de façon hebdomadaire le suivi de la programmation opératoire. Les écarts font l'objet d'une analyse et d'actions d'amélioration suivies en revue de direction. Une fiche de liaison « Validation Dossier patient et Soins avant bloc opératoire » et deux macrocibles - SSPI et de retour de bloc - permettent les échanges entre les services d'hospitalisation et le bloc opératoire et garantissent la continuité de la prise en charge. Le suivi de la qualité et de la complétude de ces documents est intégré aux audits de dossiers patients. Les check lists spécifiques à chaque secteur interventionnel sont mises en œuvre et la traçabilité exhaustive a été retrouvée dans tous les dossiers audités. Les conditions de réalisation de la check list ont fait l'objet d'un travail particulier lors de la semaine de la sécurité en 2021. Ce thème va être repris en 2022. Tous les audits attestent de la remise au patient de la lettre de liaison à la sortie et de l'envoi aux professionnels correspondants ; si le patient a donné son accord, elle est intégrée au dossier médical partagé. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les étapes du circuit de la transfusion sont totalement maîtrisées. La traçabilité a été retrouvée dans tous les dossiers audités. Dans le domaine de prévention des infections associées aux soins, les équipes connaissent les protocoles et les mettent en œuvre. Les professionnels appliquent strictement la règle « zéro bijou ». Les référents infectieux et l'EOH mènent des audits sous forme d'observations et les pratiques sont réajustées si besoin. En secteur interventionnel, les bonnes pratiques per opératoires et d'antibioprophylaxie sont strictement respectées. La gestion des dispositifs médicaux réutilisables est conforme aux attendus et les actions de mise en conformité de la zone de conditionnement / déchargement suite à la visite d'inspection ARS de 2021 ont été réalisées. Toutes les étapes du circuit de la prise en charge médicamenteuse et de celui spécifique aux médicaments à risques sont maîtrisées : prescription, dispensation, administration, identification, stockage, approvisionnement. Cependant, il n'existe pas de bilan thérapeutique tel que défini par la HAS et les OMEDITs. En effet, le DPI n'en permet pas l'automatisation. De même, un comparatif explicatif n'est pas remis au patient vulnérable pour faciliter sa compréhension des modifications de son traitement habituel. L'établissement a validé cet axe d'amélioration et va engager un travail avec son équipe de webmasters. L'Hôpital Saint Roch a mis en place de nombreuses évaluations des pratiques professionnelles qui couvrent l'ensemble des secteurs, en services d'hospitalisation comme au bloc opératoire et en endoscopie. Un point dédié au partage des résultats des audits est inscrit à l'ordre du jour des réunions d'équipe ; tous les soignants participent ainsi à l'analyse collective des indicateurs et au suivi des actions d'amélioration telles que l'évaluation de la douleur chez l'enfant, l'optimisation du projet de sortie. Au bloc opératoire, les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des check lists sont analysés en équipe pour une identification collective d'actions d'amélioration. Ainsi, une check list complémentaire « Acte sans anesthésie ou avec anesthésie locale » a été élaborée et la création d'une vidéo sur la réalisation pratique de la check list est en cours. Les événements indésirables sont également partagés en équipe. Si une analyse des causes profondes est nécessaire, elle est réalisée en CREX ou RMM selon une méthode systémique. Les actions d'amélioration définies collectivement sont suivies en équipe. L'établissement s'est saisi de la gestion des événements indésirables comme d'une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective de gestion des risques. L'établissement a instauré des réunions d'interface avec ses prestataires en biologie médicale et imagerie ; ces rencontres permettent de mettre en place et de suivre des actions d'amélioration sur la qualité des résultats mais également sur la sécurité du circuit au regard des événements indésirables déclarés ; des actions sur l'identitovigilance entre logiciels ont ainsi été travaillées. L'Hôpital Saint Roch suit l'enquête e-satis et mène un questionnaire de satisfaction et de retour d'expérience le lendemain de la sortie des patients. Au regard des résultats, les équipes ont complété l'appel du lendemain par un rappel sur la reprise du traitement habituel. Mais l'établissement n'ayant pas eu de représentant des usagers (RU) depuis la crise sanitaire, ceux-ci n'ont pas participé au recueil et à l'analyse des résultats. Une nouvelle RU a rejoint l'établissement depuis la rentrée ; il est déjà prévu qu'elle soit associée aux enquêtes à venir.

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	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
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	100%

L'Hôpital Saint Roch est inscrit dans les projets territoriaux de parcours des patients. Il travaille en partenariat avec les professionnels de ville, les autres établissements du groupe Sainte Marguerite auquel il appartient et avec les hôpitaux privés et publics de la région. Des parcours de prise en charge en SSR et en soins critiques sont ainsi établis. L'établissement est en lien avec l'association de soins palliatifs APSP PACA. Pour les

patients éligibles, l'Hôpital Saint Roch se mobilise pour la mise en œuvre du service PRADO. La participation à la CPTS Toulon La Seyne est initiée. Un partenariat avec un EHPAD proche permet un accueil direct des personnes âgées sans passer par un service d'urgences. L'établissement assure la promotion du Dossier Médical Partagé et du dossier pharmaceutique. Les patients en sont informés par le livret d'accueil et les messages transmis sur les écrans des salles d'attente. L'établissement soutient la recherche clinique avec d'autres acteurs ; en orthopédie, un chirurgien participe au titre de référent régional à un projet de recherche sur de nouveaux dispositifs médicaux. L'établissement promeut l'engagement du patient. L'établissement porte une attention particulière à la communication avec le patient. Une formation Communication et gestion des conflits est reconduite tous les ans. La bientraitance est promue par la gouvernance et partagée par les équipes. L'établissement veille également au repérage et la prévention de la maltraitance « ordinaire » ; une charte a été établie ; la procédure de signalement est connue des équipes, elle a été validée par l'antenne locale ALMA qui a proposé ce support à d'autres établissements. Un travail institutionnel pour le repérage de la violence a permis la réalisation d'une affiche « Victime ou témoin de violences, il est possible d'agir ».

L'établissement a la volonté d'impliquer les représentants des usagers. En revanche, comme depuis la crise sanitaire en 2020 les RU ne sont plus présents sur l'hôpital, aucune action n'est menée. Un mois avant la visite de certification, une nouvelle RU a rejoint l'établissement. Lors de la CDU de septembre, le projet immobilier, la politique Qualité, les plaintes et réclamations et les événements indésirables lui ont été présentés. La gouvernance fait preuve de leadership. La politique Qualité et Sécurité des soins fait l'objet d'un travail collaboratif au sein de la gouvernance. Celle-ci impulse la dynamique nécessaire à l'ensemble des démarches qualité menées par les professionnels ; elle exploite au niveau institutionnel les indicateurs, les résultats d'audits, l'identification des risques a priori et a posteriori, la satisfaction et l'expérience patient pour définir le PAQSS. Celui-ci est suivi en revues de direction quadrimestrielles. Les actions du PAQSS sont connues des professionnels ; ils sont informés et sollicités pour être force de proposition lors des réunions d'équipes pilotées par les encadrants mais aussi lors des visites de risques sur le terrain menées par la direction. La culture sécurité des soins est évaluée : au bloc opératoire par une enquête en lien avec les check lists et, dans les services, par un cas concret lors des entretiens annuels d'évaluation. Un questionnaire culture sécurité va très prochainement être proposé à l'ensemble des professionnels via une application. L'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et sécurité des soins fait l'objet d'un suivi concerté entre la Direction des soins, la CRAC pour le bloc et la Direction. Si besoin, des mesures transitoires sont organisées : heures supplémentaires, vacataires ou intérimaires, réorganisation de l'activité sur les salles et créneaux horaires. Pour les professionnels remplaçants, un livret spécifiant les informations nécessaires à la prise et la tenue d'un poste a été élaboré. Les responsables bénéficient d'une formation au management. La direction des soins organise des réunions d'échanges et de retours d'expériences entre les managers des hôpitaux du groupe de Toulon et Hyères. Des rencontres spécifiques entre responsables des blocs opératoires sont également en place. La direction, les médecins et les encadrants impulsent le travail en équipe par l'organisation des temps de travail pour faciliter les échanges entre médicaux et paramédicaux, l'adaptation permanente d'outils partagés grâce à l'équipe interne de webmasters. En chirurgie ambulatoire, les horaires ont été adaptés pour répondre aux besoins de prise en charge selon les pics d'activité. Tous les professionnels de terrain rencontrés mettent en exergue la collaboration dans leur pratique quotidienne au sein de leur service mais aussi avec le secteur interventionnel. Les compétences des professionnels sont régulièrement suivies. Un outil numérique de formation en e-learning a été élaboré pour définir les modules à suivre et à valider selon une périodicité définie pour chaque poste. Toutefois, l'établissement n'a pas encore engagé de projet formalisé pour l'acquisition de compétences en équipe de type accréditation ou PACTE. En anesthésie, un projet d'accréditation en équipe a été initié sur un hôpital du groupe Sainte Marguerite et devrait être déployé sur les autres établissements dont l'Hôpital Saint Roch. Il existe une politique Qualité de Vie au Travail. Elle s'appuie sur une enquête auprès de l'ensemble des personnels ; un plan d'actions avec suivi d'indicateurs a été défini. En cas de conflits interpersonnels, les premiers interlocuteurs sont les responsables de service ; les professionnels peuvent également en faire part directement à la Direction via un circuit spécifique, la FEI « restreinte ». Un référent

harcèlement a été identifié et est joignable par un numéro direct. L'établissement maîtrise les risques auxquels il peut être confronté. Il dispose d'un Plan Blanc. Lors de la crise sanitaire, l'Hôpital Saint Roch a été en mesure d'accueillir des patients COVID en relais des hôpitaux de la région. Un exercice annuel de réunion de la cellule de crise est réalisé. Il existe un plan d'actions au regard des enjeux du développement durable et de maîtrise environnementale ; un guide éco-responsable destiné aux professionnels a été élaboré. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée ; un plan de suivi des AFGSU est en place, une évaluation annuelle de la connaissance de la procédure, de l'alerte et des premiers gestes est réalisée auprès des professionnels. L'intervention d'IADE d'établissements du groupe ainsi que de professionnels internes agréés est programmée. La gouvernance impulse une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins et a adopté un management par la qualité. L'établissement réalise des revues de pertinence des pratiques cliniques. Les indicateurs issus de ces évaluations sont analysés avec les équipes et exploités au niveau institutionnel lors des revues de direction. Les professionnels rencontrés lors des audits ont fait part de leur participation à l'identification collective des actions d'amélioration qu'ils ont illustrées en autres par la mise en place d'une échelle d'évaluation de la douleur spécifique pour l'enfant, l'optimisation de l'accueil du patient handicapé par l'identification de ses besoins dès l'appel de la veille. De plus, les équipes partagent les événements indésirables déclarés. Si nécessaire, une analyse des causes profondes est mise en place avec élaboration d'un plan d'actions ; les professionnels ont fait part des CREX ou RMM auxquels ils ont participé et des actions d'amélioration définies. Les responsables d'unité assurent la communication à l'ensemble du personnel lors des réunions d'équipe. L'accréditation des médecins est promue par la gouvernance dès la procédure d'accueil des nouveaux praticiens. Pour chaque spécialité à risque, des médecins sont accrédités.

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 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	830000238	HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT ROCH	99, avenue saint roch 83000 Toulon FRANCE
Établissement principal	830100475	HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT ROCH	99, avenue saint roch 83000 Toulon FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	
Existence de Structure des urgences générales	
Existence de Structure des urgences pédiatriques	
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	
Autorisation de Médecine en HAD	
Autorisation d' Obstétrique en HAD	
Autorisation de SSR en HAD	
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	
Existence de SMUR pédiatrique	
Existence d'Antenne SMUR	
Existence d'un SAMU	
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	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	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	64
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	26
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	16
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	0
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)	7
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	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
6	Audit système	Représentants des usagers		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	QVT & Travail en équipe		
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie

10	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
13	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Choisi dans la liste de EI de l'année N ou N-1
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscope
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament injectable ou per os
16	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport > service/ bloc/service
17	Audit système	Engagement patient		
18	Audit système	Leadership		
19	Audit système	Coordination territoriale		

20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Culots globulaires
21	Audit système	Dynamique d'amélioration		
22	Audit système	Maitrise des risques		
23	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
24	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
25	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	

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

