



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE MUTUALISTE
LA SAGESSE**

4 place saint guenole

Cs 44345

35043 Rennes



Validé par la HAS en Avril 2023

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 – Avril 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

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

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

en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

| Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de

| référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE	
Adresse	4 place saint guenole Cs 44345 35043 Rennes cedex FRANCE
Département / Région	Ille-et-Vilaine / Bretagne
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	350001137	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE	4 place saint guenole Cs 44345 35043 RENNES Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

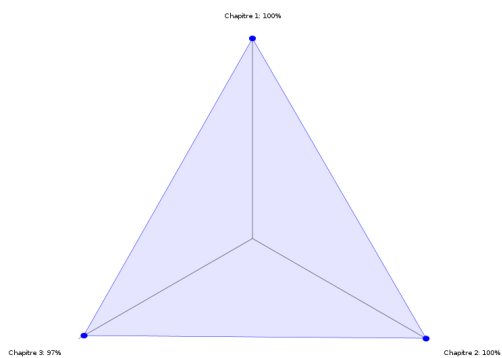
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
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

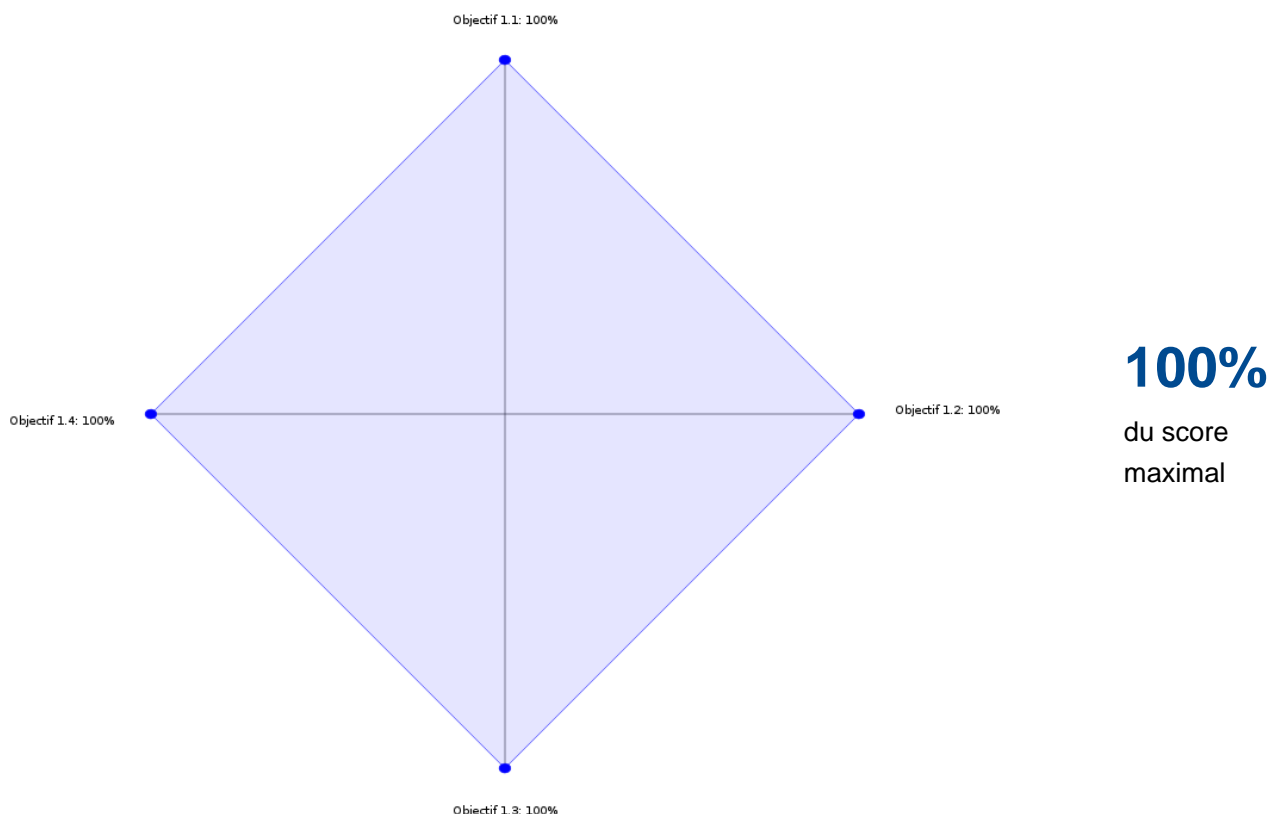
Au regard du profil de l'établissement, **110** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



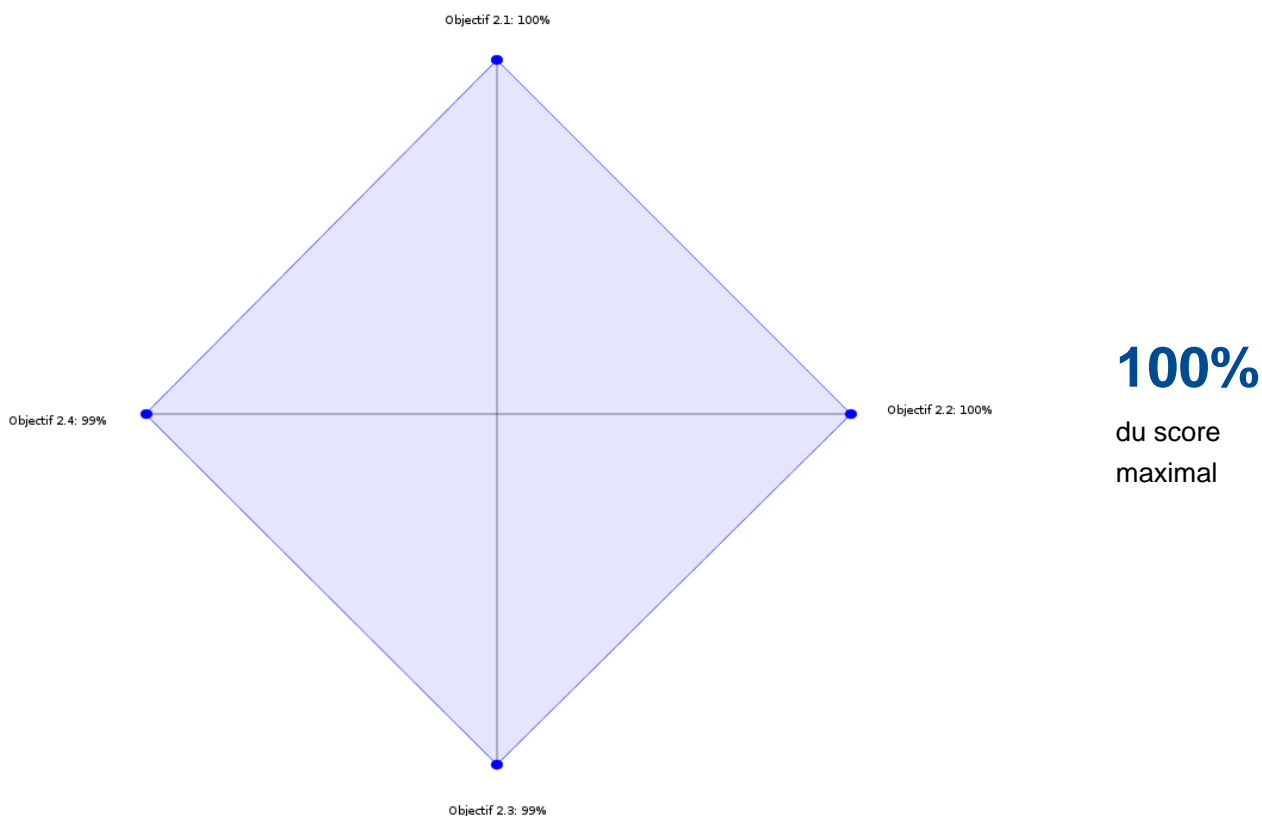
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

La Clinique Mutualiste La Sagesse (CMLS) de Rennes fondée en 1910 est un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) a rejoint en 2010 le groupe mutualiste HOSPI GRAND OUEST (HGO) composante de l'offre de soins et d'accompagnement du groupe VYV3. La CMLS présente une offre de soin complémentaire à celle du CHU de Rennes et des autres cliniques ce qui, allié à un fort enracinement dans de multiples coopérations, lui assure une place originale au sein de l'offre de soins de l'agglomération rennaise et bretonne. La Clinique a obtenu la certification ISO 9001 pour son Unité de Chirurgie Ambulatoire, son centre d'Assistance Médicale à la Procréation, son activité de stérilisation de l'instrumentation chirurgicale et le label Initiative Hôpital ami des Bébés (IHAB) pour sa maternité. Lors des entretiens menés dans tous les services de la CMLS, les patients et les proches rencontrés confirment avoir reçu de la part des équipes médicales et paramédicales une information claire et adaptée à leur niveau de discernement sur leur diagnostic, leur état de santé, les soins, les

traitements mis en place et la durée prévisible d'hospitalisation (hospitalisation complète, hôpital de semaine, hôpital de jour, ambulatoire). Au sein de l'Unité dédiée aux soins non programmés, le patient reçoit également une information sur les délais prévisibles de sa prise en charge. Le consentement libre et éclairé des patients (adultes ou mineurs) est systématiquement recherché par toutes les équipes de soins afin de permettre l'implication et l'adhésion du patient, s'il le souhaite, à son projet de soins et à ses modalités en partageant avec lui la réflexion bénéfiques/risques. En fonction de la prise en charge, en particulier lors de la chirurgie bariatrique, un délai de réflexion est laissé au patient avant de donner son consentement à la chirurgie. Toujours avec l'accord du patient, les équipes recherchent l'apport des proches et aidants et leur présence est facilitée dans le strict respect des règles sanitaires liées à la Covid19. Dans tous les cas, les moyens de communication utilisés par les professionnels sont adaptés au patient. En complément des informations données lors des consultations, la CMLS a mis en place une Unité d'Accueil et de Coordination (UDAC) destinée aux patients entrant à la clinique le jour même de leur intervention (hôpital de jour, ambulatoire ou hospitalisation complète). L'UDAC regroupe en un seul rendez-vous les formalités administratives et les préparations pré-opératoires. L'organisation de l'aval de l'hospitalisation (SSR, HAD, PRADO, retour à domicile) est abordée dès cette étape par l'infirmière de coordination. L'information des patients et de leurs proches sur les modalités de leur séjour, leurs droits et devoirs est réalisée au travers du site internet de la Clinique, de l'affichage dans les services de différentes chartes (personne hospitalisée, de l'enfant, de la personne handicapée etc.) et du Livret d'Accueil institutionnel remis au moment de l'hospitalisation. Dans le secteur obstétrical, dès le début de la grossesse, les futurs parents sont associés au projet de naissance qui est rediscuté en réunion de service afin de leur permettre de bénéficier d'un accompagnement personnalisé sans remettre en cause la qualité et la sécurité de la prise en charge obstétricale. La présence du co-parent est organisée et facilitée. Les professionnels informent le patient de la possibilité de désigner une personne à prévenir et d'une personne de confiance ainsi que sur leurs rôles respectifs. La remise d'information et l'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont systématiquement recueillies et tracées dans le dossier du patient informatisé (DPI) ou sous format papier. Dès la prise en charge des patients, les besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement, hygiène) sont systématiquement évalués et tracés afin de recevoir une aide adaptée. Chaque fois que de besoin, les patients sont sensibilisés et informés sur les principaux facteurs de risque et de protection (statut tabagique, consommation d'alcool, autres addictions...). Des supports de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance, activité physique, nutrition, hygiène, dépistages...) sont affichés et/ou mis à disposition dans les services. Tout au long de son hospitalisation, le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles de mesures adaptées à son niveau de compréhension. Lorsqu'elle existe, la prescription des antalgiques en "si besoin" précise systématiquement le niveau de douleur requis. Chaque fois que nécessaire, le patient est informé de l'implantation de dispositifs médicaux invasifs (DMI) et des consignes de suivi adaptées. Il en est de même lors de l'administration de produits sanguins labiles et/ou de médicaments dérivés du sang. Dans le cadre de la prise en charge de la douleur en carcinologie (soins palliatifs) des médecins anesthésistes et le médecin algologue prennent en charge des patients externes pour l'implantation de boîtier et de pompe libérant des produits antalgiques. Cette activité dépasse le cadre du département L'information sur les modalités de rédaction des directives anticipées, est présente dans le Livret d'Accueil et disponible avec le formulaire adapté sur le site internet de la clinique. Lorsqu'elles sont rédigées par le patient, celles-ci sont intégrées dans le dossier du patient. Le patient a la possibilité d'exprimer sa volonté d'accéder aux soins palliatifs. S'il ne peut le faire et s'il n'a pas rédigé de directives anticipées, l'expression de sa volonté est systématiquement recherchée auprès de la personne de confiance ou à défaut auprès de la famille ou l'un de ses proches. Les échanges avec les patients ont également montré que la plupart d'entre eux a connaissance des possibilités de recours aux Représentants des Usagers (RU) et d'exprimer leur satisfaction au décours de leur prise en charge. Ces derniers connaissent la possibilité de formuler une réclamation administrative et de signaler un événement indésirable (site internet). Les patients témoignent de la qualité des conditions d'accueil (locaux, équipements, pratiques professionnelles) dans les services de la CMLS permettant une prise en charge respectueuse de leur dignité et de leur intimité ainsi que de la propreté et de l'hygiène générale des services d'hospitalisation. Tous les professionnels rencontrés portent une attention très particulière au respect de la confidentialité des échanges avec les patients et leurs proches.

Lors de l'hospitalisation de mineurs, leur environnement est adapté à leur sécurité et à leur protection en particulier dans le secteur de chirurgie ambulatoire. Le recours à la contention mécanique est volontairement très limité au sein de l'établissement. Lorsqu'elle sa mise en œuvre devient nécessaire, le patient et/ou sa personne de confiance est immédiatement informée. Sa prescription fait l'objet d'une décision médicale argumentée, tracée dans le dossier et réévaluée tous les jours. En prévision de sa sortie, le patient et/ou ses proches reçoivent des informations adaptées aux modalités de la prise en charge (passage en SSR, HAD, PRADO, retour à domicile) et ils sont informés sur le traitement prescrit ou modifié et sur les consignes de suivi. Les documents de sortie et de continuité des soins (lettre de liaison, comptes rendus opératoires et anesthésiques, prescriptions médicales et de soins...) sont remis au patient et envoyés par messagerie sécurisée au professionnels externes qui assurent le suivi du patient. Quel que soit le service où il se trouve, le patient en situation de précarité ou de vulnérabilité bénéficie d'une orientation dès sa prise en charge vers une assistante sociale lors de son séjour afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Une attention particulière est portée par l'ensemble des équipes à l'expression et à la prise en compte des besoins des patients vivant avec une maladie chronique ou un handicap afin de maintenir son autonomie, notamment dans la préparation de la sortie et du retour à domicile.

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	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	99%

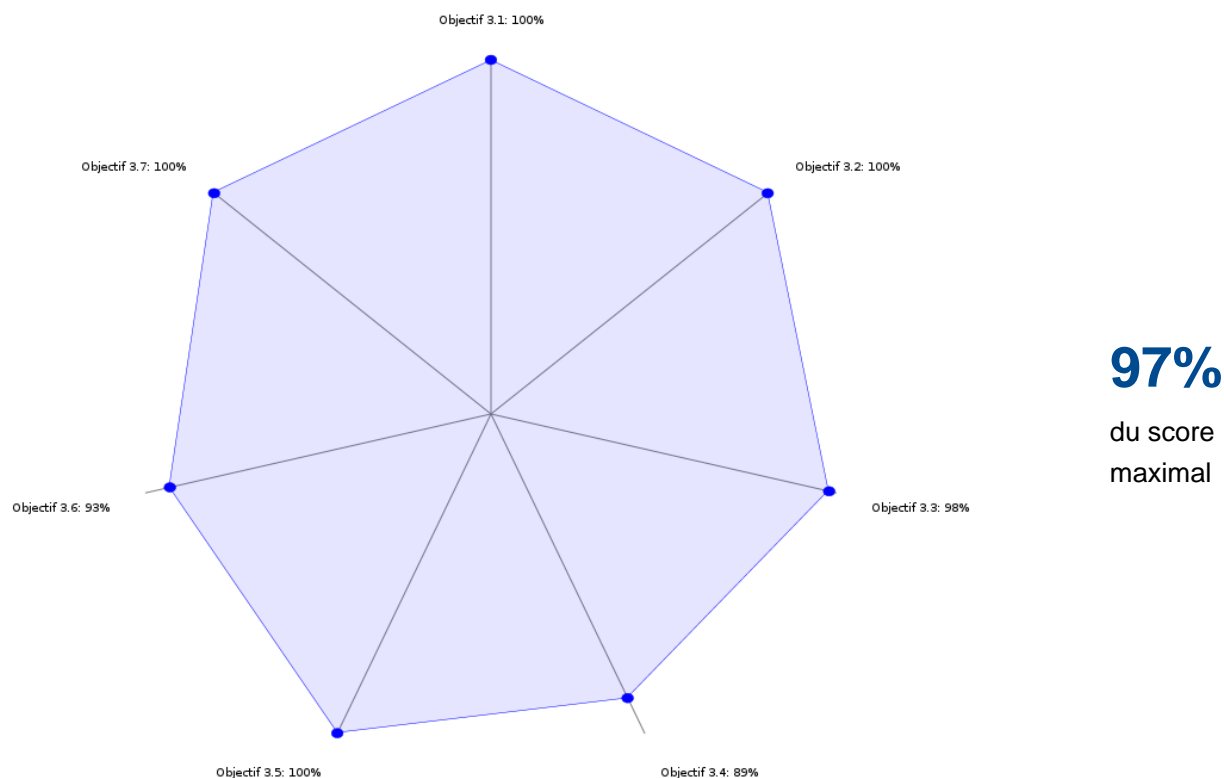
A la CMLS, les parcours des patients (hospitalisation complète, hôpital de semaine, hôpital de jour, chirurgie ambulatoire ou encore soins urgents non programmés) sont organisés et argumentés par les équipes de soins en s'appuyant sur des protocoles intégrant les recommandations de bonnes pratiques, connus et accessibles à tous sur l'outil de Gestion Électronique Documentaire (GED). Quel que soit le service, et tout au long du parcours, les équipes se coordonnent pour prendre en charge le patient de manière pluri-professionnelle et/ou pluridisciplinaire afin de discuter les indications diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les alternatives concernant les modalités de prise en charge. Des échanges réguliers associent le patient et/ou la personne de confiance dans la réflexion bénéfiques/risques. Le recours aux avis spécialisés est assuré. La coordination entre tous les services de soins MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et les services administratifs est bien organisée et permet d'assurer la pertinence et la fluidité des admissions et des séjours. Les prises en charge spécialisées sont réalisées sur place

ou font l'objet de conventions inter-établissements afin d'assurer leur transfert. Chaque fois que nécessaire le recours à des Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) sont organisées. Des consultations avancées sont réalisées dans l'établissement par des praticiens externes pour l'oncologie, la radiothérapie, et la chirurgie. Les médecins anesthésistes assurent des téléconsultations pour d'autres établissements. Des avis de télé-expertise sont assurés par cinq gynécologues-obstétriciens de l'établissement et par des médecins du CHU dans le cadre de maladies infectieuses. En télé-imagerie, l'établissement dispose de deux PAX pour assurer les échanges avec les cabinets des secteurs public et privé. Les staffs de maternité et néonatalogie sont ouverts aux professionnels libéraux. Bien que ne possédant pas de service d'Urgences générales fonctionnant H24 et 7j7, la CMLS accueille des soins urgents non programmés (SUNP) du lundi au samedi de 8 h à 20 h (16 000 passages en 2021). Le patient y bénéficie d'un accueil par un(e) Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO) secondé(e) par un médecin référent (MAO). Les délais d'attente sont communiqués au patient. Les patients sont examinés et surveillés dans des locaux adaptés permettant d'assurer la dignité, l'intimité des patients et la confidentialité des échanges. La décision d'orientation prend en compte la pathologie, l'âge (personne âgée ou enfant/adolescent), un éventuel handicap, une vulnérabilité, une situation de dépendance afin de faire bénéficier le patient d'un circuit adapté et/ou d'un transfert dans les meilleurs délais. La situation de lits occupés disponibles au sein de la CMLS est connue des professionnels avant d'assurer si nécessaire l'hospitalisation ou la ré-hospitalisation des patients (3.5 % des patients). Le bloc opératoire comprend 14 salles polyvalentes dont une salle spécifiquement dédiée à l'AMP et une autre réservée aux césariennes située dans la continuité de la maternité. Une extension de 4 salles est en cours d'aménagement. La Salle de Surveillance Post-Opératoire (SSPI) comporte 19 postes pris en charge par des infirmières spécifiquement formées. Il est organisé sur la base d'une Charte de bloc et d'une programmation régulée prenant en compte la priorisation des urgences en particulier obstétricales. La check-list HAS "Sécurité du patient" est utilisée de manière efficace et mise en œuvre dans le respect des bonnes pratiques. Elle est retrouvée dans le dossier du patient et elle est adaptée à tous les plateaux techniques. L'environnement du bloc opératoire permet de maîtriser l'hygiène et le risque infectieux (salles ISO 5 et ISO 7). Le circuit et le traitement des endoscopes est conforme aux bonnes pratiques et aux préconisations réglementaires. Les équipes appliquent et évaluent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie concernant les actes invasifs. Les acteurs de la programmation opératoire (chirurgien, secrétaire médicale, cadres de bloc) se coordonnent et tiennent compte des urgences. La Maternité de niveau IIA comporte un secteur naissance avec 8 salles d'accouchement, 2 salles de pré-travail, 1 bureau de consultation et 2 salles de réanimation néonatale. Une salle de césarienne attenante au bloc obstétricale est disponible H24 ainsi qu'une salle de surveillance post-accouchement dédiée et entièrement équipée. Le suivi de grossesse est assurée par les sages-femmes et/ou les gynécologues obstétriciens en étroite collaboration avec le réseau de santé en périnatalité de Bretagne, le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Pré-Natal (CPDPN), le service d'AMP, le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ainsi qu'avec les professionnels de ville. La maternité dispose d'un service de néonatalogie qui permet d'accueillir en unité Kangourou les nouveau-nés si besoin : prématurité (à partir de 33 semaines d'aménorrhée) petit poids de naissance, infection néonatale, détresse respiratoire etc.). Les nouveau-nés sont pris en charge par une équipe dédiée (pédiatres et puéricultrices) H24 et 7j/7. Les futurs parents souhaitant un accompagnement physiologique peuvent bénéficier d'un lieu spécifique personnalisé : la filière Parent'eizh (maison de naissance). Une équipe restreinte de sages-femmes offre dans cet espace (contiguë à la maternité) un suivi continu et complet du début de la grossesse jusqu'aux 6 semaines de la naissance et ce dans les meilleures conditions de sécurité. Une équipe pluridisciplinaire (Obstétricien, médecin anesthésiste, IADE et pédiatre) est de garde 24h sur 24 et, la nuit, le week-end et jours fériés. La procédure d'urgence dite "Césarienne Code rouge", connue de tous les intervenants, permet de répondre aux attendus réglementaires et de respecter le délai de 15 minutes entre la décision de césarienne et l'extraction du nouveau-né. Les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) sont également maîtrisés : le matériel est disponible et régulièrement vérifié. Des simulations sont régulièrement réalisées au sein de la Maternité ou dans le cadre de maintien régulier des connaissances. Le dossier du patient informatisé (DPI) est accessible à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients de façon sécurisée (identifiant et mot de passe). Il regroupe toutes les informations sociales et médicales, notamment le projet de soins du patient et la trace des interventions des équipes

transversales. La lettre de liaison à la sortie est régulièrement remise dans les délais réglementaires avec un envoi immédiat par courriel au médecin traitant. En Maternité et en secteur ambulatoire, le carnet de santé de l'enfant comporte pour les informations utiles à son suivi après la sortie tout en respectant le secret médical. Les prescriptions médicamenteuses sont entièrement informatisées et conformes aux bonnes pratiques. La pertinence des prescriptions est régulièrement évaluée et une analyse pharmaceutique de niveau III est effective grâce à l'informatisation complète du dossier patient. Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient et intègre le traitement habituel du patient à son entrée et toutes les modifications durant son séjour. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre depuis octobre 2022 après un test en février de la même année. Elle concerne 4 patients par semaine (patient âgé de plus de 70 ans, poly-médicamenté, sous anticoagulant avec une durée de séjour de plus de 3 jours). Néanmoins, il a été constaté lors de la visite que les sages-femmes pouvaient prescrire des médicaments hors de leur décret de compétence même si toutes respectaient scrupuleusement leur décret et que l'analyse pharmaceutique assurait une sécurité supplémentaire. La CMLS est toujours en attente des modifications demandées au concepteur du logiciel institutionnel. Dans tous les services de la CMLS, l'approvisionnement et le transport des médicaments sont organisés et assurés depuis la pharmacie (PUI) par un (e) préparateur(trice) en pharmacie. Cependant, lors des investigations, les experts-visiteurs ont constaté que les armoires dédiées au transport des médicaments n'étaient pas correctement sécurisées. Le stockage et le suivi des périmés dans les armoires dédiées des unités de soins sont assurés pour la majorité des services par les préparateurs(trices) en pharmacie. La liste des médicaments à risques, identique pour tous les services de la clinique, est disponible et affichée dans tous les postes de soins. Ces médicaments à risques sont clairement identifiés et stockés selon les règles de bonne pratique en particulier en ce qui concerne les électrolytes (KCl) stockés dans des coffres dédiés. Les rencontres avec les professionnels ont montré que leur sensibilisation aux mesures de sécurisation à toutes les étapes du circuit du médicament est très importante. De nombreuses évaluations des pratiques de sécurisation du circuit du médicament ont été menées dans l'ensemble des unités de soins de l'établissement auprès des professionnels concernés. Un groupe de travail SECURIMED composé d'IDE, de préparateurs(trices) en pharmacie et de pharmaciens se réunit plusieurs fois par an pour travailler sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. La prescription probabiliste des antibiotiques est réévaluée et tracée entre la 48ème et la 72ème heure. Les prescripteurs peuvent avoir recours au guide de prescription des antibiotiques de 1ère intention accessible sur la GED et sur l'intranet rédigé par le référent Antibiothérapie de l'établissement et ils peuvent avoir recours aux infectiologues du CHU. Les professionnels sont également régulièrement informés des mises à jour du guide de prescription des ATB de 1ère intention (prescripteurs et pharmaciens) Par ailleurs, chaque que nécessaire, les équipes préviennent le patient âgé et/ou ses proches du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Les pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et quelle que soit son mode d'hospitalisation sont respectés par toutes les équipes de soins. Une organisation des transports internes des patients est en place avec des professionnels spécifiquement formés et très impliqués. Ceux-ci informent les patients de leur destination et des horaires de transport tout en veillant avec une grande bienveillance au respect des conditions de transport. Les vigilances réglementaires sont en places et les nombreux référents sont connus de toutes les équipes de professionnels. La sécurité transfusionnelle est assurée à toutes les étapes de la prise en charge du patient. L'analyse bénéfice/risque est systématiquement réalisée ainsi que le suivi de la non utilisation et de la destruction éventuelle des produits sanguins. La pertinence des actes transfusionnels est systématiquement assurée lors de chaque transfusion de produits sanguins ou de médicaments dérivés du sang. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont appliquées par les professionnels qui veillent à leurs respects par les patients et leurs entourages. Les précautions d'hygiène standard et complémentaires sont connues de tous et font l'objet de protocoles et de formations régulières par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques peropératoires et veillent à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle. Il en est de même des risques liés aux dispositifs médicaux implantables (DMI), au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables (DM et ancillaires). Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants concernant le bloc opératoire sont contrôlés et maîtrisés par les équipes concernées (formations, dosimètres, équipements de protection individuelle, personne compétence

en radioprotection). Les équipes de soins bénéficient d'un suivi vaccinal par le Service de Santé au travail et la CMLS a mis en place des actions de sensibilisation pour la vaccination des professionnels. Le processus de déclaration des Évènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) est opérationnel et connu de tous les professionnels rencontrés. Les déclarations font l'objet d'une analyse systématique (CREX, RMM...) pour mettre en place des actions d'améliorations. Tous les services à risques ne réalisent pas encore de RMM régulières structurées et formalisées dans leur suivi. Les résultats de l'expérience et de la satisfaction des patients ainsi que ceux des indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) sont communiqués régulièrement aux professionnels concernés permettant d'améliorer la qualité des prises en charge. Les équipes rencontrées lors des différentes investigations sur le terrain étaient en capacité de présenter les résultats de démarche d'évaluation des leurs pratiques professionnelles (EPP) pour lesquelles elles avaient identifié un potentiel d'amélioration. Il a également été noté une bonne connaissance des résultats des principaux Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) ou des principaux évènements indésirables associés aux soins.

Chapitre 3 : L'établissement



97%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
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	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

La Cliique Mutualiste La Sagesse (CMLS) a pris en compte les besoins de santé sur son territoire pour définir les orientations stratégiques de son Projet d'Établissement (en cours de réactualisation) afin de garantir la coordination et la continuité des soins et d'éviter les ruptures de prise en charge de ses patients aussi bien dans les soins programmés (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) que non programmés. La CMLS est visible sur le territoire par la mise à jour quotidienne du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) (une fois par semaine

pour la maternité) et par son implication directe au sein du groupe HGO, que ce soit en période d'activité habituelle mais également en période de tension. Pendant la crise sanitaire de la Covid19, l'établissement est venu en appui du CHU de Rennes, du CHU Henri Mondor et des HUS Strasbourg. Au cours de l'été 2022, l'établissement a contribué au plan de continuité territoriale des activités : accueil de 18 des 41 transferts de nouveaux nés du CHU, appui ponctuel au CH de Redon en anesthésie, mobilisation des soins urgents non programmés, accueil de l'activité chirurgicale du Centre de lutte contre le cancer Eugène Marquis à deux reprises (travaux bloc opératoire). En dehors des partenaires déjà cités, la CMLS a contracté plusieurs conventions avec de nombreux établissements du territoire, publics et privés. Ces conventions portent sur les différentes activités développées par l'établissement. La CMLS fait également partie du Groupe de Coopération Sanitaire (GCS) Institut régional de cancérologie en collaboration avec le CHU de Rennes et le Centre Eugène Marquis. La Clinique participe à la Communauté professionnelle du territoire de santé (CPTS) Rennes-Est et va s'inscrire dans la CPTS Rennes-Sud en cours de constitution. L'établissement est aussi membre du CAPPSS pour la formation des professionnels de santé de la région. Dans le cadre de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), l'établissement est co-responsable, avec le CHU de Rennes, du CPDNP (diagnostic anténatal). Il fait également partie du réseau Périnatalité de Bretagne. Des coopérations et coordinations ont lieu entre établissements comme les transferts croisés en néonatalogie entre les maternités de niveau 2 et 3 (Nantes, Vannes, et même le Centre de cardiologie pédiatrique de Marie Lannelongue en Ile de France). Des médecins de l'établissement ont des temps médicaux partagés dans le cadre de certains parcours de prise en charge : chirurgiens et médecins anesthésistes-réanimateurs en cancérologie (sein, gynécologie, digestif et ORL) ; médecins anesthésistes pour la prise en charge de la douleur... La gouvernance de l'établissement développe activement la recherche clinique en interne et en lien avec le CHU de Rennes. L'établissement est promoteur de deux recherches cliniques et participe comme investigateur dans 19 essais cliniques (gynécologie, obstétrique, AMP, cancérologie, orthopédie, anesthésie). La création d'un poste d'assistant de recherche clinique (ARC) est en cours. Les modalités de communication permettent aux usagers et médecins de contacter l'établissement aisément que ce soit par l'intermédiaire de l'annuaire des praticiens, le site internet, des flyers avec les coordonnées des services et des professionnels ou des coordonnées des services, des praticiens et des secrétariats médicaux respectifs qui figurent sur tous les documents envoyés aux praticiens libéraux et aux établissements partenaires (lettres de liaison, comptes rendus opératoires et anesthésiques...). Les échanges d'informations contribuant aux prises en charge des patients peuvent se faire rapidement par la messagerie sécurisée de l'établissement (LIFEN). L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison et du compte rendu opératoire et apporte les améliorations nécessaires. Les documents médicaux (lettre de liaison, compte rendu opératoire et d'anesthésie...) sont évalués et les délais de suivi sont analysés puis font l'objet d'actions d'améliorations si nécessaire. La CMLS favorise et soutient le recueil et l'expression de la satisfaction des patients via différents outils mis en œuvre (e-Satis, questionnaires de satisfaction, parcours patient, Journée annuelle des patients, analyse des plaintes et des réclamations, implication des RU...) et les professionnels sont formés à l'écoute des patients. Les échanges avec les professionnels ont montré que leurs résultats étaient connus par les professionnels concernés. Les plaintes et réclamations des patients, les IQSS, les EI et EIG sont analysés avec les RU et sont présentés en CME, dans les réunions d'encadrement et de services, et en CDU. sont présentés en CDU pour être intégrées dans les actions d'amélioration proposées par la CDU. La mobilisation de l'expertise du patient reste à renforcer bien qu'ils existent déjà des démarches incitatives dans ce sens : éducation thérapeutique (stomatothérapie, orthopédie...), soutien des patients, formation des professionnels et des RU. Sur le site internet, ainsi que sur le réseau vidéo interne, les patients peuvent également faire part de leur expérience sur une application « Votre avis nous intéresse ». La gouvernance veille à favoriser les bonnes pratiques pour communiquer avec et autour du patient. Elle développe également la lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein et elle assure la promotion de la bientraitance en sensibilisant et en impliquant tous les acteurs de l'établissement. Les bonnes pratiques sont traduites par une Charte de bientraitance. Ces pratiques sont également soutenues par des actions de formation continue. L'accès aux soins pour les personnes vulnérables ou en état de précarité est favorisé grâce à l'implication rapides des assistantes sociales dans le parcours de soins du patient. La prise en charge des patients porteurs de handicap est portée par une politique dédiée et une

procédure spécifique. Les locaux sont accessibles aux personnes handicapées (référents au niveau des professionnels et travail des représentants des usagers sur la signalétique). La politique de management de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) bénéficie d'un portage institutionnel fort. Les professionnels de soins ainsi que les personnels administratifs et logistiques ont été formés afin que la gestion de la QSS ne soit pas l'apanage des « spécialistes » de la qualité. La politique QSS est placée sous la coordination de la Commission Qualité et Sécurité des Soins qui coordonne toutes les structures et comités internes, les groupes de travail thématiques, les référents QSS dans les services. En mai 2021, la CMLS a mobilisé plus de 40 professionnels volontaires (médecins, soignants, administratifs, qualitiens) pour réaliser une évaluation interne en équipe selon les nouvelles méthodes de la HAS. Ils ont été formés dans le cadre du groupe HGO. Toutes les structures et les outils nécessaires sont disponibles (gestion des Événements Indésirables, réalisation de CREX et de RMM, Cartographie des risques...). Les résultats des indicateurs sont analysés en comparaison avec les autres établissements du groupe HGO. Ils sont présentés dans les différentes commissions institutionnelles (CODIR, CME, CLIN et EOH, CDU...), en réunions de services. Les responsables de service communiquent auprès de leurs équipes et affichent les tableaux de bord dans les services. Il existe de nombreux référents (soignants et médecins) dans tous les services associés aux groupes de travail (hygiène, gestion des risques, dossier patient...). Les résultats des différentes évaluations et audits font l'objet d'identification d'actions d'améliorations qui sont inscrites dans le PAQSS. La gestion des vigilances sanitaires (correspondants identifiés, signalements ascendants et descendants...) est maîtrisée. La politique vaccinale est opérationnelle et évaluée. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est assurée. Les catégories de risques pouvant créer des tensions sont identifiées et les événements relevant de la mise en œuvre des plans ont fait l'objet de retours d'expériences comme pour l'épidémie récente de Covid19. La mobilisation des ressources supplémentaires est coordonnée en interne ou avec les partenaires territoriaux. La CMLS a également une politique de gestion des ressources humaines permettant l'adéquation des compétences et des besoins. L'objectif de deux tiers de personnel permanent en CDI est respecté dans la mesure du possible. La formation continue permet une gestion optimisée des métiers en tension. L'établissement interagit à la fois sur la sécurisation des prises en charge et la reconnaissance du travail des professionnels. Les compétences des professionnels sont évaluées par l'encadrement et leurs ajustements est pris en compte dans le plan de formation institutionnel. Des exercices de simulations des pratiques sont organisés (urgences vitales, obstétrique, formation AFGSU, exercices incendie etc.). L'encadrement a bénéficié de formations en management (DU, Master, formations internes du groupe HGO). L'accréditation des équipes figure comme objectif dans le PAQSS. Mais les médecins des spécialistes à risques (gynéco, anesthésistes, chirurgiens) ne sont pas encore accrédités ni individuellement ni en équipe ; la démarche est en cours d'élaboration. Afin d'assurer la sécurité des soins, la gouvernance veille à assurer la synchronisation des temps de travail et à l'adéquation des compétences des professionnels et leurs missions. Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe, aussi bien en interne que dans les réseaux et les partenariats externes. L'établissement investit un budget important (au-delà des obligations légales) dans le domaine de la formation, en particulier des actions relatives à la QSS. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) a été élaborée en 2018 avec l'aide d'un cabinet de conseil spécialisé à la suite d'une enquête et d'entretiens, individuels ou collectifs, avec les professionnels. Elle a été intégrée dans le volet social du projet d'établissement. Cette démarche a été pilotée par le Comité de pilotage QVT auquel sont associés des représentants du personnel (CSE) et le service de médecine du travail. Le COPIL QVT a élaboré un plan d'actions d'améliorations qui sont mises en œuvre par des groupes de travail thématiques et assure le suivi de sa réalisation. Les résultats sont diffusés en réunions plénières des professionnels et dans des flash-infos spécifiques. L'établissement organise une fois par an « une « Semaine QVT » au cours de laquelle les professionnels peuvent participer à des ateliers thématiques (nutrition, sommeil, réflexologie...). L'établissement est très attentif aux situations de violences verbales et/ou physiques : en cas d'agression, en coordination avec la médecine du travail, il accompagne le professionnel concerné (dépôt de plainte, recours psychologique...). La gouvernance a mis en place des dispositifs de soutien des professionnels en cas de besoin : numéros d'appel de cellule de soutien psychologique, recours à un psychologue interne ou externe. La CMLS a mis en place une stratégie concernant les risques environnementaux et les enjeux du développement durable reposant sur 3 piliers

: l'environnemental, le sociétal et l'économique. Cette politique est intégrée au Projet d'établissement et dans la Politique Qualité. Elle est coordonnée par une référente développement durable, désignée par l'établissement. Cette stratégie se met en oeuvre dans les domaines tels que l'économie d'énergie, les déplacements doux, le tri sélectif des déchets, les achats éco-responsables qui privilégient l'économie locale. Les filières de déchets médicaux et non médicaux sont identifiées et évaluées. L'établissement est en train de diminuer le recours au protoxyde d'azote au bloc opératoire, qui est polluant, pour le supprimer définitivement. La CMLS s'appuie sur un système d'information sécurisé (identifiant et mot de passe régulièrement changés). Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas d'incident (contact avec le référent de la sécurité numérique, mise en oeuvre de solution dégradée). Le plan de sécurisation de l'établissement en temps normal et en situations de crise est en place et opérationnel. Néanmoins, les entretiens avec les professionnels ont montré que certains d'entre eux n'avaient pas modifié leur mot de passe depuis plusieurs années. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée. Les médecins anesthésistes-réanimateurs de l'établissement assure les formations internes aux gestes d'urgences des professionnels. Des exercices de simulation ont été organisés, particulièrement en maternité (code rouge et hémorragies du post-partum) sous l'égide d'un organisme extérieur en lien avec l'ARS. Les chariots d'urgences sont vérifiés et contrôlés de façon régulière. Il existe un numéro d'appel d'urgences unique pour la clinique. En maternité, il existe un numéro d'appel spécifique pour les césariennes « code rouge » permettant de mobiliser l'équipe de garde. Le Plan Blanc et ses annexes (NRBC, épidémies, tension hospitalière, attentas) est en place et est actualisé. Il a été mobilisé lors des différents vagues de la pandémie Covid19. Dans le cadre de la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens, la prévention des atteintes aux biens et aux personnes est assurée et la sécurisation des locaux est effective. Il existe un guide interne des risques. Une convention est en cours d'élaboration avec les services de police. Les situations à risque pour les patients sont répertoriées particulièrement en ce qui concerne les fugues et les suicides pour lesquels une procédure d'identification est en place.

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	350001137	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE	4 place saint guenole Cs 44345 35043 RENNES Cedex FRANCE
Établissement principal	350000139	CLINIQUE MUTUALISTE LA SAGESSE	4 place saint guenole Cs 44345 35043 Rennes 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	Non
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)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
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	9
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	77
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	57
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	40
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	4
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	9
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)	15
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament injectable à risque
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un ATB per os à risque
7	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	

10	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</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>Programmé</p>	
11	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
12	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins critiques</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	

13	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
14	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 Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Programmé	
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
16	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Choisi dans la liste des EI déclaré en année N
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (DMR) : endoscopie
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine	

			Hospitalisation complète Programmé	
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
21	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
22	Audit système	Coordination territoriale		
23	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
24	Audit système	QVT & Travail en équipe		
25	Audit système	Leadership		
26	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap	

			Adulte Programmé	
28	Audit système	Engagement patient		
29	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Programmé	
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament per os à risque
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
32	Audit système	Maitrise des risques		
33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Organisation du circuit du médicament
35	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Transport debout/assis/couché
36	Audit système	Représentants des usagers		
37	Audit système	Dynamique d'amélioration		
38	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

39			Adulte Pas de situation particulière Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
41	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL

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

