



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE DE SOINS  
SPECIALISES MAISON  
SAINTE MARIE**

Place du pre commun  
48500 La Canourgue



Validé par la HAS en Février 2022

---

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Février 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	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	16
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	17
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	18
Annexe 3. Programme de visite	22

# 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

CENTRE DE SOINS SPECIALISES MAISON SAINTE MARIE	
Adresse	Place du pre commun 48500 La Canourgue FRANCE
Département / Région	Lozère / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but non 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	480000827	CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE LA CANOURGUE	Place du pre commun 48500 La Canourgue FRANCE

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

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

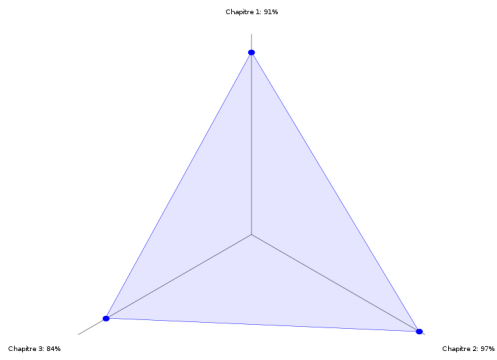


# Champs d'applicabilité

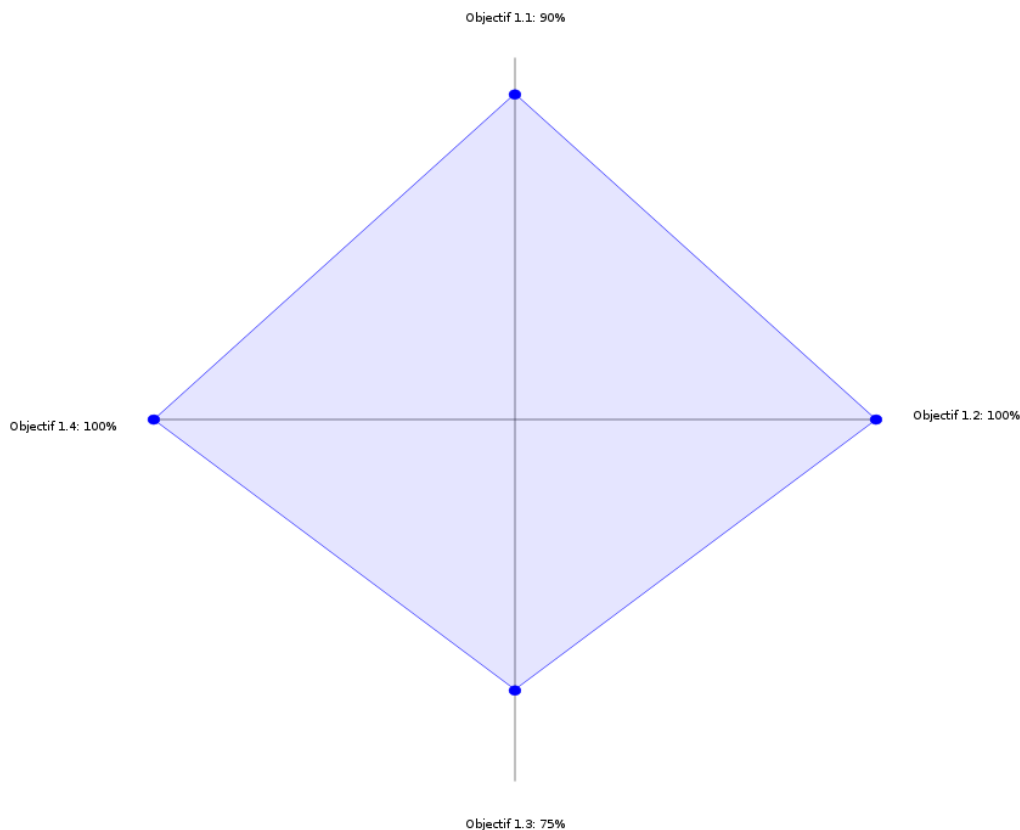
Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Résultats



# Chapitre 1 : Le patient



L'établissement Sainte Marie est un SSR postcure en addictologie dédié uniquement à des femmes. Celles-ci peuvent accueillir leurs enfants de 6 mois à 6 ans, avec possibilité d'être scolarisés dans les écoles du village. Sa capacité d'accueil est de 28 lits adultes et 6 places pour les enfants. Un appartement thérapeutique, un studio, une salle de sport et des ateliers sont installés dans un bâtiment adjacent.

L'établissement propose une hospitalisation complète à la suite d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire pour un séjour de 6 à 8 semaines. Le SSR accueille pour la moitié des femmes de la région occitane et pour l'autre moitié des femmes du territoire national.

Une commission d'admission valide l'hospitalisation après étude du dossier comprenant une lettre de motivation de la patiente.

À l'arrivée de la patiente des tests de dépistages (alcool et drogue) sont réalisés et participent à la finalisation du dossier d'admission. La patiente ainsi admise reçoit un livret d'accueil, une information claire et adaptée oralement par le biais des entretiens et par écrit sur les modalités de sa prise en charge. Elle exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins, désigne la personne de confiance, à prévenir de son choix, et autorise la prise de photo.

Son implication est recherchée et associée à l'élaboration à son projet de soins personnalisé (engagements réciproques, programme de soins et éducation thérapeutique...). Les préférences des patientes sont prises en compte.

Dans le cadre des rencontres patient traceurs, les femmes disent ne pas avoir été informées sur les directives anticipées. Il n'est pas retrouvé dans le DPI la traçabilité de cette information néanmoins l'information sur les directives anticipées apparaît dans le livret d'accueil.

Les conditions d'accueil et tout au long du séjour l'intimité, la dignité sont respectées (pratiques professionnelles, hygiène des locaux, chambre individuelle...). La confidentialité est recherchée par les professionnels, cependant par manque d'espace il n'existe pas de locaux spécifiques pour que les femmes reçoivent leurs proches dans le respect de la confidentialité. Une salle fermée qui respecte la confidentialité **peut être proposée, à la demande du patient.**

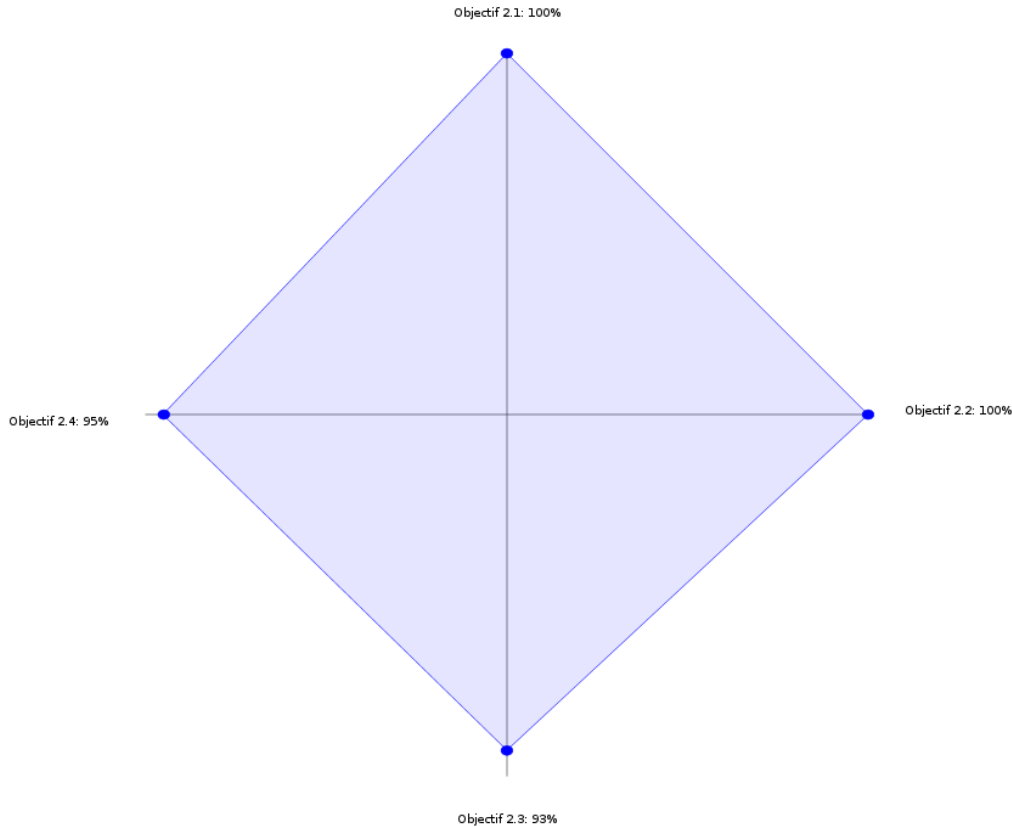
La douleur est prise en charge, l'anticipation et une réévaluation régulière sont retrouvées dans le dossier.

Les locaux sont adaptés pour accueillir les patientes présentant toutes formes de handicaps.

La présence d'une assistante sociale favorise l'accompagnement des patientes en précarité sociale.

L'ensemble de la prise en charge est planifié avec les patientes sous forme d'atelier multiples et variés (expression créativité, apprivoiser ses émotions, éducation à la santé, ...)

# Chapitre 2 : Les équipes de soins



La pertinence des parcours, des actes et de prescription est argumentée par les professionnels. Des staffs, réunions cliniques hebdomadaires sont en place favorisant la discussion collective entre professionnels.

Une commission d'admission en place étudie la pertinence de l'admission (demande du prescripteur et motivation de la patiente). L'admission est prononcée après des résultats négatifs de prise d'alcool et de divers toxiques. Dès lors un panel d'information lui est transmis oralement et par écrit (livret d'accueil, accompagnement thérapeutique, vie pratique dans l'établissement, droits et obligations, composition équipes...) Une rencontre avec le service "vie quotidienne" permet de reprendre l'ensemble des informations données et de présenter l'organisation du séjour. La visite de l'établissement est réalisée par une patiente en cours de séjour. Le séjour est évalué tout au long de la prise en charge au décours des rencontres professionnelles. L'avis de la patiente est recherché et intégré dans l'évaluation. La patiente note sur son projet individualisé ses observations en semaine 2 et écrit un bilan en fin de séjour.

Lors d'une prescription d'antibiotique, il est retrouvé dans le dossier la justification de sa prescription. Le médecin généraliste de l'établissement, nouvellement diplômé, a été formé et utilise une application médicale d'aide à la prescription. L'évaluation de l'antibiothérapie entre la 24 et la 72<sup>ème</sup> est réalisée par le médecin.

L'identification de la patiente tout au long de sa prise en charge est assurée par l'intégration de sa photographie dans le dossier dès l'accueil administratif avec son autorisation signée. Le dossier de la patiente est informatisé, les documents papiers sont scannés dans celui-ci en fin de séjour. Les professionnels impliqués dans la prise en charge ont accès à l'ensemble des données utiles à la prise en charge (antécédents, examen clinique, prescription, bilan bactéri...). Tout au long du séjour, il est retrouvé la trace des informations rédigées par tous les professionnels (médecin, IDE, assistante sociale, psychologue, moniteur éducateur) participant à la prise en charge. Parmi les documents écrit scanné, se trouve le contrat de soins (programme de soins) et d'éducation thérapeutique construit avec la patiente. Un guide d'utilisation du dossier est rédigé et diffusé.

L'établissement ne possède pas de PUI, une convention en cours de validité est signée entre lui et un pharmacien de la ville. Un guide du médicament est rédigé et diffusé. Il intègre toutes les étapes du circuit du médicament. Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont assurées. L'administration se fait au niveau de la salle de soins de l'établissement par l'IDE dans le respect de la confidentialité. Les médicaments sont donnés à partir de la prescription informatisée et sont identifiables. Le motif de non-administration est tracée dans le dossier. En cas de dysfonctionnement informatique, les prescriptions sont imprimées, la photographie de la patiente apparaît sur le document. A chaque nouvelle prescription une impression est faite. Lors de l'administration la patiente s'identifie. Les règles d'approvisionnement, stockage et rupture de stock sont conformes aux bonnes pratiques. Les périmés sont suivis. L'analyse pharmaceutique est faite par le pharmacien (niveau I), il n'a pas accès au dossier dans sa pharmacie cependant il peut y avoir accès sur l'établissement. Les patientes sont informées de leurs traitements et sont autonomes. Le processus de conciliation médicamenteuse n'est pas encore initié. **Bien qu'**évoqué lors de réunions CME, l'établissement n'a pas réellement engagé de réflexion sur la mise en place de ce processus. Les IDE sont sensibilisées et formées (pharmacien) aux risques spécifiques, elles respectent les bonnes pratiques des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit. Une liste des familles de médicament à risque a été rédigée mais il n'existe pas de liste identifiant les médicaments à risque et ils ne sont pas identifiés dans la pharmacie.

Les professionnels peuvent bénéficier d'un accompagnement collectif ou individuel par la psychologue de l'établissement.

A la sortie de la patiente, une lettre lui est remise et adressée au médecin prescripteur du séjour. Le médecin traitant la reçoit que si la patiente a donné son accord. Sur ce courrier est retrouvé l'ensemble des informations attendues (traitement d'entrée et de sortie, séjour et une synthèse de chaque professionnel impliqué dans la prise en charge). A la sortie les IDE s'assurent qu'il n'y aura pas de discontinuité de traitement.

Les équipes connaissent et maîtrisent les vigilances sanitaires (responsable, numéro d'appel).

Les indications d'hygiène des mains sont connues et respectées des professionnels. Les solutions hydroalcooliques sont disponibles auprès des soignants (organisation prévue en lien avec motif de séjour). Les patientes se lavent les mains avant chaque prise de traitement. Des audits sont réalisés sur le lavage des mains auprès des professionnels, cependant ils ne connaissent pas le résultat de la consommation en solution hydroalcoolique y compris ICSHA3.

Les précautions standard sont connues et appliquées par les professionnels. Les précautions complémentaires restent rares. Il n'existe pas d'évaluation de précautions complémentaires sur l'établissement. L'environnement de la patiente est propre. L'équipe respecte l'utilisation des équipements de protection individuel. Les containers d'objets piquants, coupants et tranchants sont disponibles en salle de soins et leur limite de remplissage est respecté.

Les équipes professionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogénique. Le SSR postcure s'assure tout au long du séjour lors des réunions cliniques, staff et lors des rencontres individuelles avec la patiente du risque de dépendance notamment médicamenteuse. Le risque et la prévention sont intégrés au projet de soins et tracés dans le dossier informatisé.

La promotion de la vaccination recommandée et obligatoire est assurée. Les responsables connaissent le taux de couverture vaccinale des professionnels de l'établissement notamment vaccin covid 19.

Les équipes évaluent des résultats cliniques tout au long du séjour.

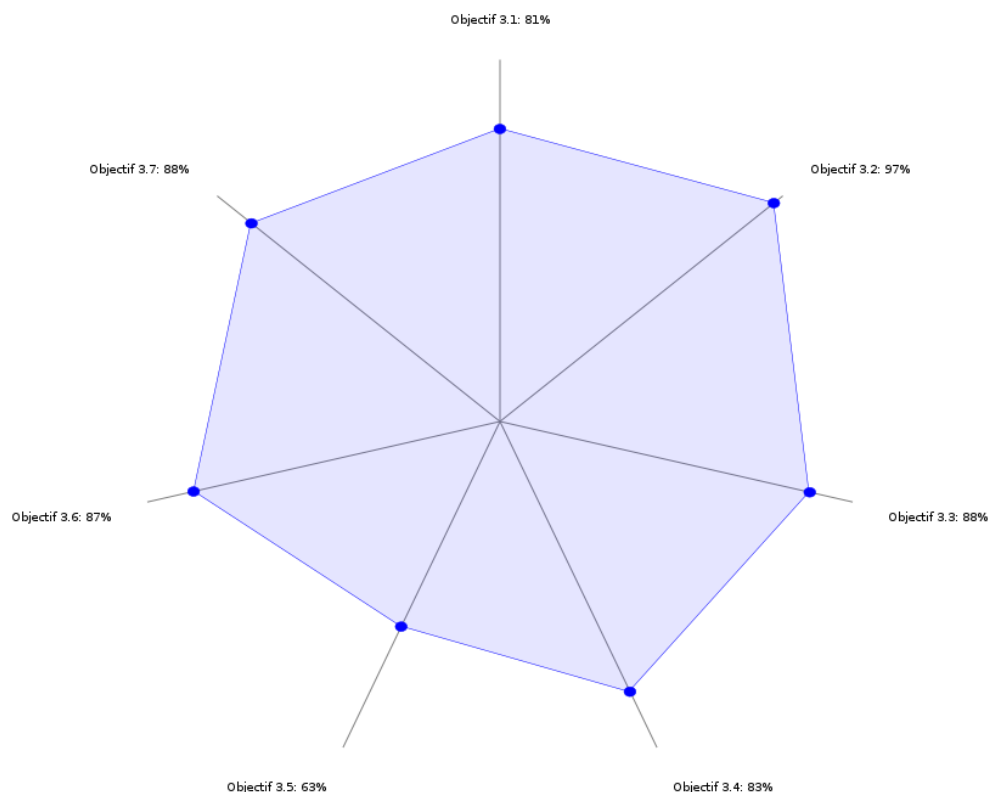
Le niveau de satisfaction est recherché. Un questionnaire de satisfaction est élaboré enrichi des questions e-satis (non utilisé car structure de sortie différente du domicile et défaut de messagerie électronique des patientes). Le recueil des plaintes et réclamations est en place. Les résultats sont analysés et des solutions recherchées pour répondre à ces remarques en cohérence avec la prise en charge. La CDU est connue des professionnels, elle participe au recueil de satisfaction et à l'analyse des résultats. Force de proposition, elle est entendue par la gouvernance.

Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis et analysés. Des actions d'amélioration sont identifiées.

Le recueil des EIAS est organisé sur l'établissement. Bien que des actions d'améliorations soient mises en place par la gouvernance, il n'existe pas d'analyse reposant sur l'utilisation d'une méthode d'analyse systémique des causes. L'ensemble des actions est identifié par les professionnels (en CME analyse des EIG, identification des actions d'amélioration) et retrouvé dans les comptes-rendus sans priorisation, ni calendrier, ni actions de suivis.

Les examens biologiques sont réalisés en externe, une convention signée en cours existe avec un laboratoire de la ville. Un guide d'aide aux prélèvements a été diffusés sur l'établissement.

# Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours. A ce jour le ROR est en place mais en cours d'actualisation pour intégrer l'établissement. Le SSR a identifié les partenaires contribuant à la prise en charge ou en cas d'activité de recours, des conventions sont signées (CSAPA-ANPAA 30, Hôpitaux du bassin de Thau, CH public de « Hauteville », Groupe hospitalier « Les portes du Sud », Clinique Stella, CH Ste Marie Rodez, Laboratoire et pharmacie de ville, ...). L'établissement, du fait de son profil, peut être amené à se rendre chez les partenaires pour apporter des aides à la prise en charge. La création de l'établissement, en 1997, a nécessité une communication élargie et multiples en lien avec sa spécificité (uniquement des femmes, addictologie). Aujourd'hui l'établissement, après 24 ans, participe à un réseau de soins. Les usagers et les partenaires ville / secteurs hospitalisation peuvent aisément joindre l'établissement 24h/24 (téléphone, site, messagerie...). Cependant il n'existe pas de messagerie sécurisée, ne permettant pas les échanges d'informations confidentielles. Seuls les résultats biologiques sont transmis sur une ligne sécurisée. La lettre de liaison à la sortie est délivrée le jour de la sortie et est transmise au médecin prescripteur du séjour. L'alimentation du dossier médical partagé n'est pas en place. L'établissement n'a pas de réflexion prévue sur le DMP et le dossier pharmaceutique.

L'établissement favorise l'engagement individuel et collectif. Tout au long du séjour l'expression de la patiente est recherchée soit oralement soit par écrit sur le projet de soins. L'établissement favorise le recueil de l'expérience de la patiente (PREMS) ainsi que sur le résultat de leur santé (PROMS). Les résultats de l'analyse des éléments sont restitués aux professionnels et à la CDU. L'établissement est en cours de réflexion sur la mise en place de patiente experte (CR CDU du 18/09/21). A ce jour, il ne mobilise pas d'action d'expertise des patientes. La communication est centrée sur la patiente. La formation initiale des professionnels intègre la communication (moniteur éducateur, psychologue, assistante sociale). Les réunions cliniques et les staffs alimentent les connaissances sur la communication. Cependant, il n'y a pas de formation à la communication prévue par l'établissement. Les professionnels (39 personnes physiques) sont identifiables par un trombinoscope, affiché dans le couloir principal. Cet affichage est présenté à l'arrivée des patientes. Les professionnels se présentent aux nouvelles patientes. L'établissement prône dans ses valeurs la bientraitance. Un guide est rédigé et diffusé auprès des professionnels. Il y est abordé la maltraitance, notamment la maltraitance ordinaire, la prévention et une autoévaluation comportementale clôture ce document. Les professionnels sont vigilants à la maltraitance entre patiente.

L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux (intérieur, extérieur) aux personnes vivant avec un handicap. En cas de besoin une aide extérieure est sollicitée (braille). La prise en charge est axée sur l'accès aux soins des personnes vulnérables.

Les patientes ont connaissance des modalités d'accès à leurs dossiers (information orale et livret d'accueil). La CDU est informée des demandes, le délai est respecté (bilan CDU). Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie institutionnelle en participant aux projets d'amélioration de la vie quotidienne. Ils participent aux différentes commissions (CLAN, CLUD, ...). Cependant il n'est pas retrouvé de projet des usagers.

La gouvernance fait preuve de leadership. Son organisation prend en compte l'adéquation des compétences avec les temps de présence. Les remplacements sont assurés par des anciens professionnels connaissant la structure et les modes de fonctionnement de l'établissement. Dans le cadre d'un taux d'absentéisme faible, tous les arrêts maladies sont remplacés en s'assurant du maintien des compétences. Les managers partagent régulièrement leurs expériences lors de réunion et de discussion informelle. Une formation ponctuelle au coaching est proposée.

La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. Des démarches collectives d'amélioration du travail et de dynamique en équipe existent. Les prises en charge nécessitent un travail en équipe. Chaque compétence participe au projet de soins. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet ce travail d'équipe (staffs, réunions cliniques). Cependant il n'existe pas de PACTE, accréditation en équipe. La gouvernance met en place des mesures de gestion interpersonnelle et répond au cas par cas aux risques identifiés dans le respect de la confidentialité (conflit interpersonnel). Des solutions de soutien peuvent être proposées aux professionnels notamment avec l'aide de la psychologue en place. Cependant il n'est pas retrouvé de politique QVT.

L'établissement développe une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il est confronté. Bien que n'étant pas en « première ligne », un plan blanc est rédigé et diffusé. La cellule de crise est identifiée et est opérationnelle dans les délais. Des fiches réflexes sont rédigées. Cependant il n'y a pas eu de simulation réalisée. Les risques numériques sont maîtrisés. Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas de dysfonctionnement. Chaque professionnel a son login et mot de passe personnels régulièrement changés. A son admission, le patient est informé des règles de sécurisation de ses objets personnels et le matériel dangereux en sa possession lui est retiré. L'accès à l'établissement est sécurisé. Cependant, la prévention des atteintes aux personnes et aux biens n'est pas totalement assurée. La professionnelle de nuit seule, porteuse d'un téléphone, (l'IDE aussi présente est en chambre de repos) n'a pas d'EPI en cas de chute et de perte de conscience. La structure comprend des escaliers. Bien qu'aucun plan de maîtrise des risques environnementaux ne soit défini sauf en termes de circuit des déchets, l'établissement réfléchit sur une politique de développement durable. Les professionnels connaissent le numéro d'appel pour joindre le médecin compétent (SAMU) pour intervenir en cas d'urgence vitale. Les équipes sont régulièrement formés aux gestes de première urgence cependant il n'existe pas d'exercice de mise en situation. Le sac d'urgence rapidement accessible est contrôlé et la vérification est tracée.

La gouvernance fonde son management sur la qualité et sécurité des soins. Des actions concrètes sont mises en place. L'ensemble des instances est impliqué. Cependant toutes les actions ne sont pas connues des professionnelles. Il n'est pas retrouvé de politique ou de démarche formalisée de culture sécurité des soins. L'établissement prend en compte le point de vue de la patiente dans son programme qualité. Le retour des patients favorise la mise en place collective des actions d'amélioration. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont communiqués à l'échelle de l'établissement. Les déclarations et le partage des EIAS sont effectifs. La CDU est informée des EIAS. Cependant les actions d'améliorations n'émanent pas d'une réflexion utilisant des méthodes attendues, notamment il n'y a pas de recherche de cause, des RMM ne sont pas réalisées. L'accréditation du médecin n'est pas 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 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	480000827	CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE LA CANOURGUE	Place du pre commun 48500 La Canourgue FRANCE
Établissement principal	480000835	CENTRE DE SOINS SPECIALISES MAISON SAINTE MARIE	Place du pre commun 48500 La Canourgue 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	0
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	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
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	28
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)	0
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	Dynamique d'amélioration		
2	Audit système	Engagement patient		
3	Audit système	Coordination territoriale		
4	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou per os
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou per os
7	Audit système	Représentants des usagers		
8	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Défini en visite
9	Audit système	Maitrise des risques		
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires

13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Audit système	QVT & Travail en équipe		
16	Audit système	Leadership		
17	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
18	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA pour l'ES (à préciser sur tous les EE de la grille)
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Non applicable pour l'établissement
20	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectable ou per os
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Médicament à risque injectable ou per os
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA pour l'ES (préciser NA sur tous les EE de la grille)

---

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

---

