



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE
CHIRURGICALE DE
MARTIGUES**

9 rue edouard amavet

Bp 10035

13691 Martigues



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	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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

CLINIQUE CHIRURGICALE DE MARTIGUES	
Adresse	9 rue edouard amavet Bp 10035 13691 Martigues FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	130000987	CLINIQUE CHIRURGICALE DE MARTIGUES	9 RUE EDOUARD AMAVET 13691 Martigues FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

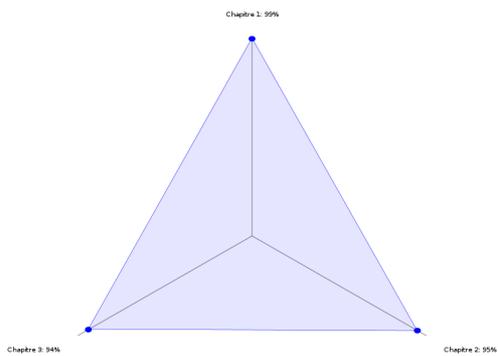
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

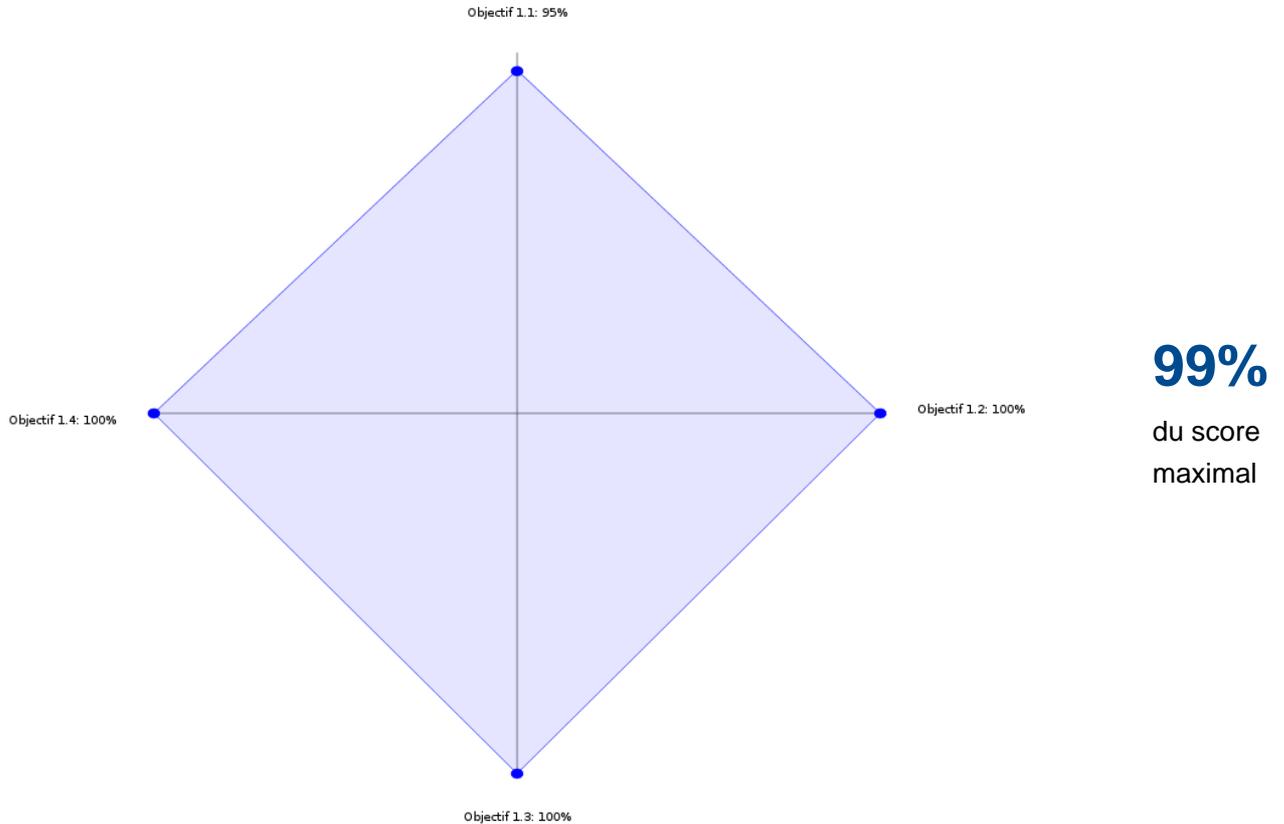
Au regard du profil de l'établissement, **109** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

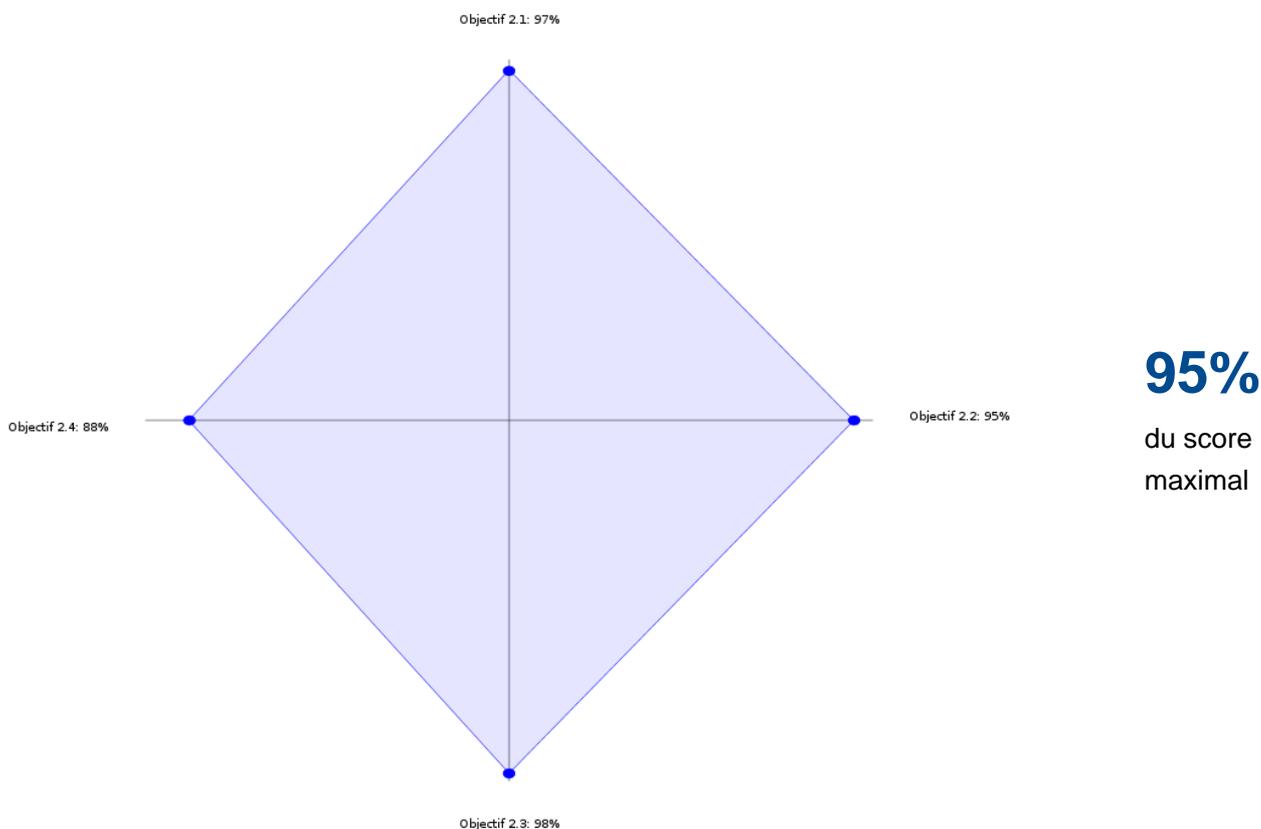


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

A la clinique chirurgicale de Martigues, dans toutes les prises en charge, les patients sont informés par la remise de documents d'information à l'entrée (Livret d'accueil et passeport de préadmission), en chambre patient mise en place de totems sur les Droits des patients (tables de chevet) et par affichage. L'information repose sur de nombreux éléments : la désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir, l'évaluation bénéfique/risque et les différentes étapes de leur prise en charge notamment leur sortie. Le patient reçoit un livret d'informations pour faciliter la préparation de son projet, poser les questions sur son avenir et permettre le temps de réflexion. L'affichage dans les services et l'information délivrée dans le livret d'accueil permettent aux patients de contacter les représentants des usagers (RU) ; cependant, cette information n'est pas toujours relayée par les professionnels. Certains patients lors de leur rencontre ne connaissent pas les RU,

leurs missions, et la façon de les contacter. Bien que l'information sur les directives anticipées et sur la possibilité d'adresser une réclamation soit présente dans le livret d'accueil, les patients les connaissent très peu et les professionnels les relayent rarement. Par ailleurs, ils sont très peu informés des modalités pour déclarer des événements indésirables associés aux soins. Dans tous les cas, le consentement libre et éclairé du patient est présent dans les dossiers. La satisfaction du patient peut s'exprimer par les questionnaires de sortie (général et spécifique pour la chirurgie esthétique) et l'enquête e-satis (en 2022, taux de satisfaction global en ambulatoire de 76%, en hospitalisation de 74%). De plus, depuis Janvier 2023, l'établissement s'est doté d'un nouvel outil d'analyse et de remontées patients permettant d'analyser les verbatims de chaque patient. Les patients bénéficient de messages de prévention permettant d'agir sur leur santé (flyers). Le patient est respecté dans tous les services. Les professionnels sont très attentifs au respect de leur intimité et de leur dignité. Les chambres doubles sont équipées de rideaux de séparation ainsi que la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). Concernant la prise en charge des mineurs (environ 500 par an) les professionnels prennent soin de leur sécurité et de leurs protection : les parents accompagnent leurs enfants jusque dans la salle d'attente du bloc opératoire, dans les services les chambres accueillant les mineurs sont identifiées (l'environnement est adapté, chaîne TV pour enfant gratuite ...); en SSPI les postes enfants sont identifiés au plus près des professionnels avec une zone spécifique (panda peint au mur; paravent « zèbres », attribution d'un diplôme ...) L'autonomie des patients âgés et handicapés est maintenue tout au long du séjour. La confidentialité est respectée dans tous les services. Même en cas de tension d'activité, le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper et soulager rapidement sa douleur. Dans toutes les prises en charge et dans toutes les circonstances, si le patient est d'accord, les proches ou les aidants sont associés dans la prise en charge. Les conditions de vie habituelles du patient sont prises en compte en amont et au cours de l'hospitalisation pour organiser une sortie adaptée (retour à domicile, SRR, HAD).

Chapitre 2 : Les équipes de soins



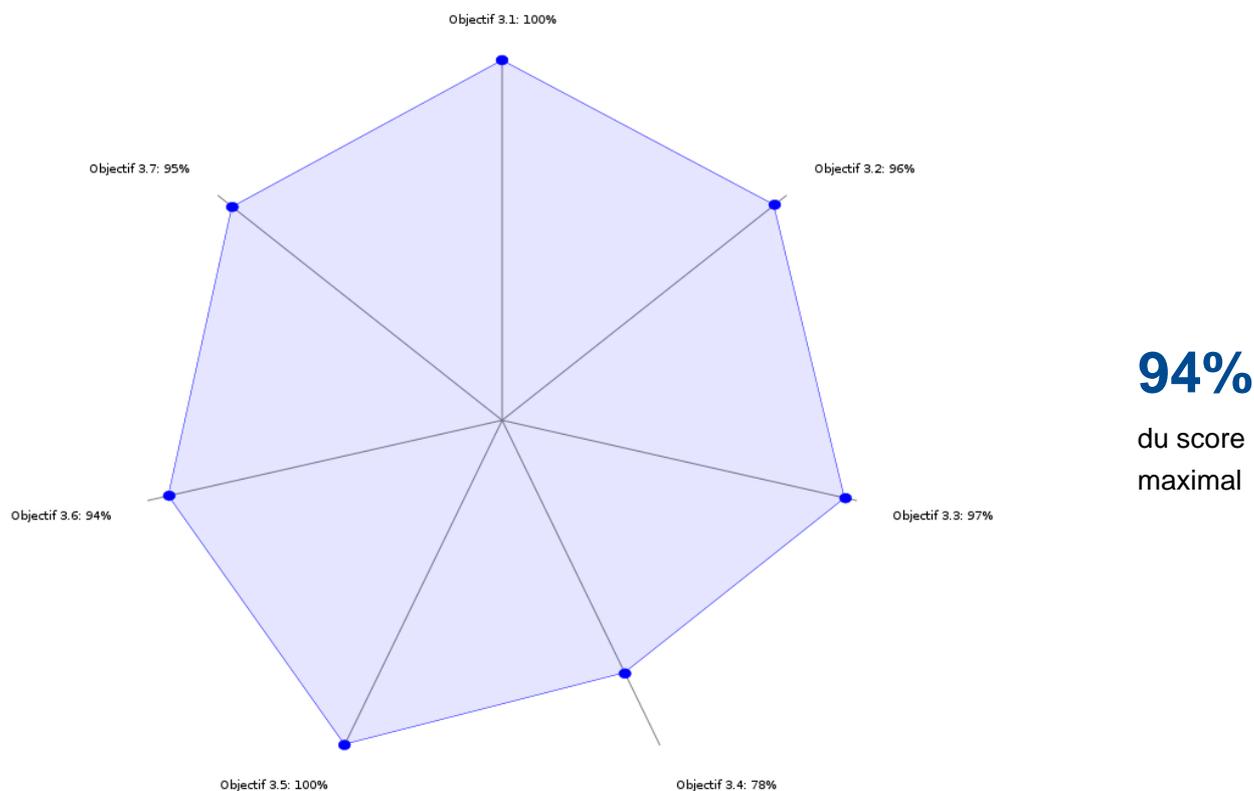
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	97%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	88%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe de soin de la clinique chirurgicale de Martigues en lien avec les différents parcours formalisés et intégrés au Dossier Patient Informatisé. Pour le parcours de chirurgie bariatrique, le patient est suivi tout au long de son parcours par le pôle prévention et accompagnement, avec la coordonnatrice réseau qui fait le lien entre le patient et tous les professionnels impliqués pour le suivi psychologique, le suivi nutritionnel, l'activité physique et la chirurgie bariatrique. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge les patients de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (réunion de concertation pluridisciplinaire, réunions de service et staffs pluridisciplinaires). Tous les éléments utiles à la prise en charge des patients sont intégrés dans le DPI, accessibles en temps utile à tous les professionnels. Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées,

argumentées et réévaluées entre la 24^{ème} et 72^{ème} heure. Les praticiens disposent de protocoles d'antibiothérapie et peuvent faire appel au médecin biologiste, infectiologue. Le pharmacien travaille en lien avec l'infirmière hygiéniste pour l'accompagnement et la formation des équipes. Bien que le logiciel envoie une alerte, l'établissement ne réalise pas d'évaluation systématique de la pertinence des antibiotiques entre la 24^{ème} et 72^{ème} heure. Pour tout acte de transfusion, la pertinence est argumentée et l'analyse bénéfice/risque réalisée et tracée. Le programme personnalisé de soins (PPS), adapté aux besoins et préférences du patient est mis en œuvre et réévalué au cours du séjour. Il est élaboré par l'équipe médicale en fonction des orientations thérapeutiques (oncologues médicaux, chirurgiens, anesthésistes...), les équipes soignantes et les professionnels de soins de support : diététicienne, kinésithérapeute, psychologue. D'autres professionnels, d'équipes transversales peuvent intervenir si besoin. Des informations sont transmises entre le service et le bloc via un logiciel commun. Les professionnels du bloc font la vérification de l'identité patient, du bon patient pour l'intervention prévue. Cependant, l'analyse de la qualité des informations transmises entre les services de soins et le bloc (informations avant et après le passage au bloc) n'est pas réalisée de façon régulière. Le carnet de santé de l'enfant est mis à jour avant sa sortie. Quel que soit le mode de prise en charge, une lettre de liaison est remise au patient le jour de sa sortie, adressée au médecin traitant. Elle comprend les éléments permettant la continuité des soins. Cependant certains comptes rendus opératoires, endoscopie par exemple, sont adressés au patient après la sortie. Les délais de ces envois comme ceux des délais de rendu des examens anatomopathologiques ne sont pas analysés. Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont mises en œuvre dans les services. Les équipes disposent de la liste des médicaments à risques et sont formées. Dans les armoires à pharmacie des infirmeries, les médicaments à risques sont identifiés avec une étiquette et un logo spécifiques. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Cependant, lors de la visite, le stockage des produits thermosensibles en hôpital de jour n'était pas conforme puisque la température n'était pas contrôlée le week-end. Une nouvelle organisation a été formalisée en visite par l'établissement pour assurer un suivi des relevés des températures du réfrigérateur en secteur ambulatoire par les IDE de chirurgie à partir du week-end suivant. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains, les précautions standards et complémentaires sont appliquées. Les professionnels sont formés, formation flash par l'infirmière hygiéniste et l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Des audits sont réalisés et la consommation des Solutés Hydro-Alcooliques est connue des professionnels. L'antibioprophylaxie encadrant les actes invasifs respecte et applique les recommandations actualisées de bonne pratique. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables. Les bonnes pratiques de gestion per opératoire du risque infectieux sont respectées dont les protocoles de préparation de l'opéré par spécialités co-construit en juin 2022 avec l'EOH, les praticiens et les équipes. Le transport intra-hospitalier des patients est organisé avec un prestataire. Les brancardiers vérifient l'identité du patient, respectent les règles d'hygiène. Cependant, les brancardiers ne sont pas formés aux gestes de premiers secours. Une formation des brancardiers est cependant planifiée fin janvier 2023. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soins de la personne âgée sont recherchés, tracés dans le DPI, prévenus, traités avec information du médecin traitant. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin. Au bloc opératoire, une cellule de programmation gère la programmation des interventions des différentes spécialités. Les check-list sécurité au bloc opératoire (check-list Chirurgicale, en Endoscopie) sont mises en œuvre et réalisées de façon systématique et exhaustive à chaque étape par du personnel formé. Des audits de traçabilité sont menés sur la complétude des checklists, mais les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des checklists comme le suivi des GO/NO GO ne sont pas analysés régulièrement par l'équipe, un audit est prévu en 2023. Les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins sont recueillis, commentés dans les réunions de services et affichés dans les services tous les trimestres. Des actions d'amélioration sont discutées et mises en place. Les professionnels déclarent et partagent les Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS), qui sont analysés en fonction de la criticité avec la méthode ALARM de façon pluridisciplinaire en intégrant les professionnels concernés. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées dans le

PAQSS. Dans l'Unité de Soins Continus, des indicateurs de suivi des modalités de prise en charge sont définis, les ré-hospitalisations à 48/72 heures sont suivies. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux audits menés avec les professionnels de l'établissement, au recueil des IQSS, aux audits croisés réalisés avec les équipes des cliniques proches appartenant au même groupe.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
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	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

La clinique chirurgicale de Martigues s'inscrit dans une logique de parcours coordonné sur le territoire. Des partenariats sont identifiés et organisés avec les établissements du groupe Al maviva auquel la clinique est rattaché. La clinique travaille également avec le Centre Hospitalier de Martigues et le CPTS du territoire. L'annuaire, avec les numéros de téléphone de l'ensemble des services, est accessible aux patients et

professionnels de ville. L'établissement développe une communication centrée sur le patient. Des passeports spécifiques à chaque parcours sont remis au patient, ainsi qu'une fiche infos. La charte du patient hospitalisé est également diffusée en braille si nécessaire. L'établissement promeut le lien avec la médecine de ville et alimente le dossier de « Mon espace santé ». La clinique chirurgicale de Martigues participe à des travaux de recherche clinique coordonnés par le groupe. La gouvernance conduit et accompagne toutes les démarches internes dans le recueil de la satisfaction des patients. L'établissement recueille l'expression des patients via e-satis ou via un questionnaire de sortie, via la méthode Amppati de recueil du ressenti du patient à laquelle un représentant des usagers participe. Des retours mensuels en service sont réalisés pendant les « discut'qualité ». Des actions d'amélioration sont mises en œuvre comme la mise en place d'une salle d'attente en ambulatoire. Les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience patient, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration. Mais la grande majorité des professionnels rencontrés ne connaissent pas e-Satis et les éventuelles recommandations établies par la Commission des usagers. La gouvernance porte un projet des usagers élaboré au niveau du groupe. Les représentants des usagers sont sollicités pour donner leur avis sur les conditions d'accueil des patients. L'établissement est engagé dans une démarche de bientraitance, avec l'élaboration d'une charte de bientraitance et d'une procédure. Les professionnels sont formés et sensibilisés à l'identification des situations de maltraitance ou suspicion de maltraitance, connaissance de la procédure institutionnelle. Des quick audits sur la bientraitance sont organisés. Toutefois l'établissement ne réalise pas des analyses régulières de la maltraitance (suivi PMSI). Pendant, la visite, l'établissement a effectué une requête PMSI et a prévu de réaliser une requête semestrielle du PMSI. Le travail en équipe est favorisé par l'organisation mise en place et par le management de proximité impulsé par la gouvernance. Des staffs pluri-professionnels sont réalisés dans les services. L'encadrement bénéficie d'une formation au management. Il n'existe pas de programme intégré de maintien des compétences ou de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe de type PACTE. L'établissement a mis en place une politique qualité de vie au travail construite à partir d'une enquête QVT. Une enquête bi-annuelle de la satisfaction professionnel est également réalisée. La politique QVT a pour objectifs de promouvoir une politique de fidélisation du personnel, d'améliorer l'environnement et les conditions de travail, de renforcer la gestion des compétences des professionnels et d'optimiser la communication auprès des professionnels. L'établissement a identifié les questionnements éthiques, toutefois les professionnels ne sont pas régulièrement formés à l'éthique. La politique qualité de l'établissement est déclinée en actions concrètes sur le terrain. Une sensibilisation des professionnels est réalisée lors des Grandes Relèves, des Discut'qualité, des animations aux équipes (jeux qualité/hygiène : chambre des erreurs, les incollables de la qualité...) et dans le cadre des échanges inter-cliniques de partage de compétences et d'expériences. L'établissement a réalisé et diffusé en 2019 une évaluation de la culture sécurité qui n'est toutefois pas connue de l'ensemble des professionnels (turn-over du personnel). L'établissement dispose d'un plan des Situations Sanitaires Exceptionnelles, mis à jour et diffusé dans la gestion documentaire, comprenant l'analyse des risques autour de l'Etang de Berre, l'organisation de la réponse à la gestion de crise, les modalités de prise en charge dans le cadre d'un risque épidémique et biologique, dans le cadre d'un événement NRC, le stock plan blanc. Des exercices sont réalisés une fois par an. Concernant la sécurité des biens, les patients ne connaissent pas toujours les modalités de dépôts au coffre. L'établissement est inscrit dans une démarche développement durable, dans le cadre de la politique RSE du groupe Al MAVIVA. Un référent SSE est nommé. La clinique réalise annuellement un autodiagnostic du C2DS, un plan de sobriété énergétique... Une sensibilisation au développement durable est réalisée auprès des patients (affiches). Les professionnels connaissent la conduite à tenir pour les urgences vitales. Les numéros d'appel sont connus des professionnels, le matériel est contrôlé et tracé. Cependant le numéro d'urgences n'est pas unique (en journée numéro du poste téléphonique de la salle SSPI, le portable de l'anesthésiste d'astreinte le soir ou le 15). En fin de visite, l'établissement a mis en place un téléphone avec un numéro unique et dédié à l'urgence vitale. Le PAQSS est diffusé sur la Gestion documentaire de l'établissement. Il intègre les actions issues des évaluations d'indicateurs, d'audits, d'analyse d'EI.... Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées à l'ensemble de l'équipe via la gestion

documentaire. Cependant des revues de pertinence des admissions ne sont pas réalisées de façon systématique (pas de revue régulière de dossier). Les événements indésirables sont analysés collectivement à partir d'une méthode d'analyse des causes en fonction de la criticité de l'évènement. Un Comité opérationnel se réunit toute les semaines pour traiter tous les évènements indésirables et en déterminer la gravité. Ils sont analysés avec la méthode ALARM de façon pluridisciplinaire en intégrant les professionnels concernés. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées dans le PAQSS.

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	130000987	CLINIQUE CHIRURGICALE DE MARTIGUES	9 RUE EDOUARD AMAVET 13691 Martigues FRANCE
Établissement principal	130782162	CLINIQUE CHIRURGICALE DE MARTIGUES	9 rue edouard amavet Bp 10035 13691 Martigues 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	15
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	61
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	16
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	3
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)	8
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins critiques Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie Dispositif médical réutilisable
3	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des évènements indésirables graves
4	Audit système	Engagement patient		
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie avec acte invasif
6	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Médecine Programmé	
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Precautions standards et complémentaires
9	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
10	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des produits sanguins labiles
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Mdt à risque IV et PO
12	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Adulte Pas de situation particulière Programmé	
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		ATB PO et IV
15	Audit système	Entretien Professionnel		

16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Audit système	Dynamique d'amélioration		
18	Audit système	Leadership		
19	Audit système	Représentants des usagers		
20	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		chambre-> BO
21	Audit système	Coordination territoriale		
22	Audit système	Maitrise des risques		
23	Audit système	QVT & Travail en équipe		
24	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	

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

