



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL LE RELAIS
SERENA**

243 boulevard de sainte marguerite
13009 Marseille



Validé par la HAS en Janvier 2024

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 – Janvier 2024

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 2024	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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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

HOPITAL LE RELAIS SERENA	
Adresse	243 boulevard de sainte marguerite 13009 Marseille FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	ESPIC
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	130001688	ASSOCIATION SERENA	60 rue verdillon 13010 MARSEILLE 10 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

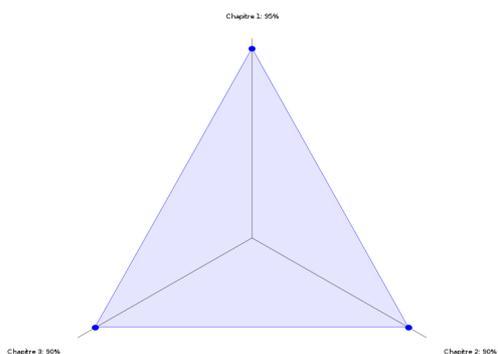
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

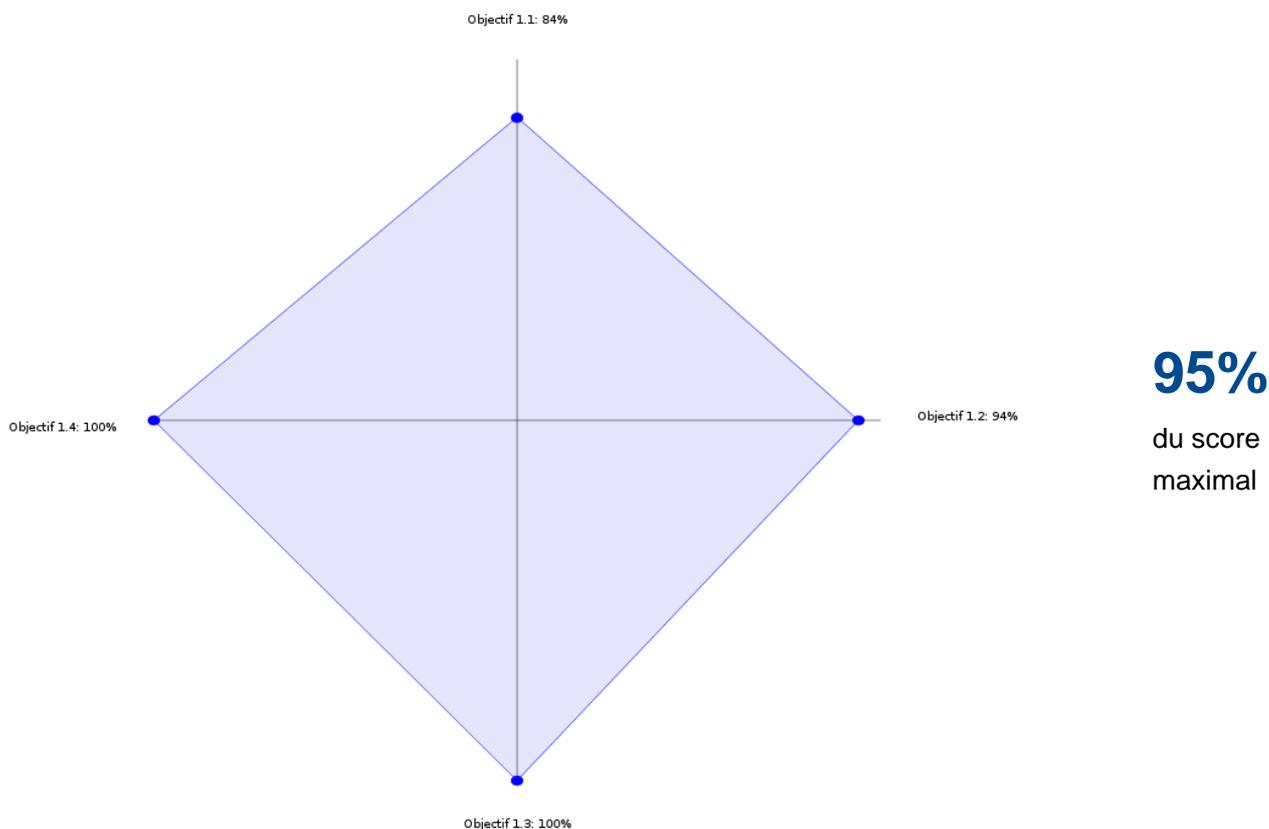
Au regard du profil de l'établissement, [104](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

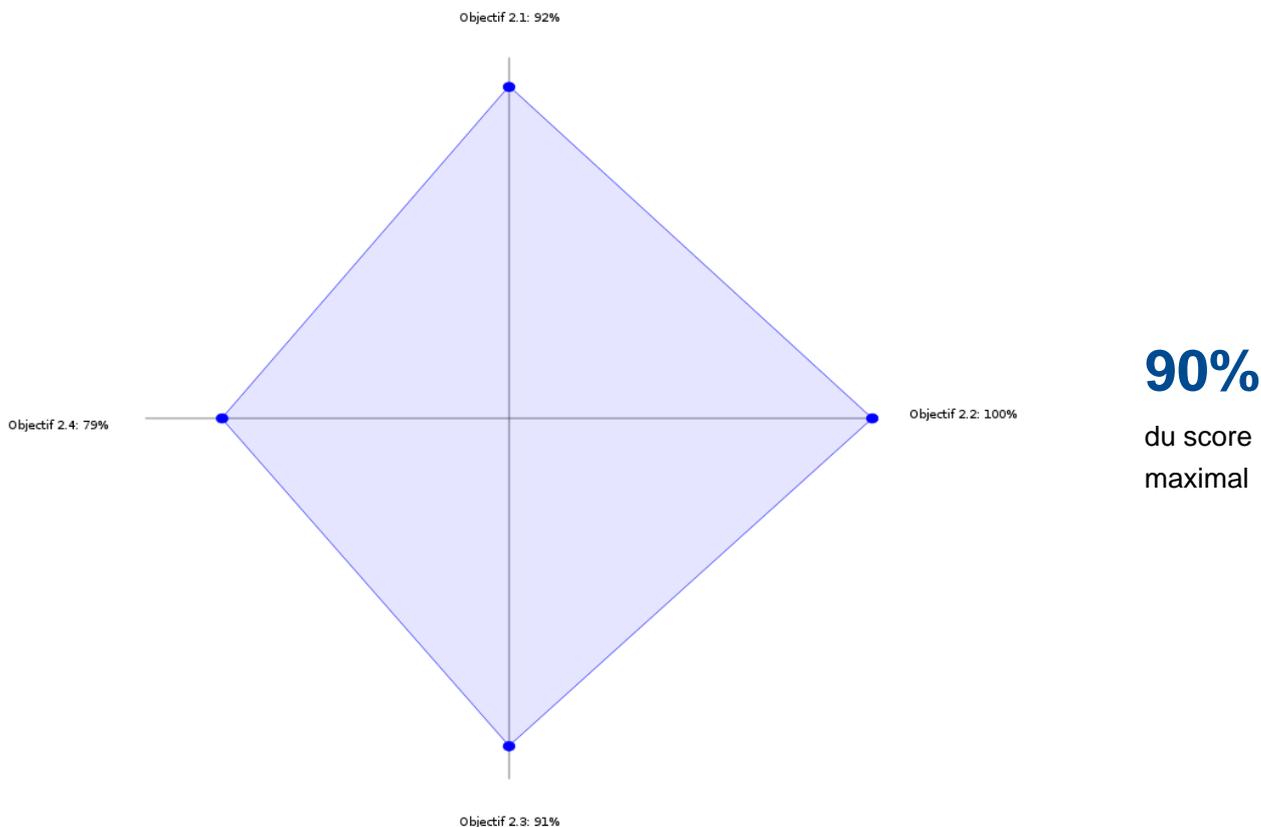


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	84%
1.2	Le patient est respecté.	94%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'Hôpital Le relais SERENA accueille des adolescents de 11 à 18 ans souffrant de pathologies en santé mentale en hospitalisation libre, complète ou partielle. Les patients sont informés et leurs implications recherchées. Une rencontre de pré-admission avec l'adolescent et les responsables légaux est réalisée (Psychiatre, Assistante sociale, psychologue, cadre de santé, soignants). Cette rencontre permet de présenter l'établissement et de créer un premier contact avec le patient. Des outils ont été construits telle qu'une présentation sur tablette pour présenter les lieux de vie des adolescents pour l'hospitalisation complète, présentée aux parents. Des informations sur son état de santé, son diagnostic et la durée prévisionnelle de sa prise en charge sont habituellement donnés cependant tous les adolescents rencontrés n'ont pas le souvenir de ces informations. Après l'accord de l'adolescent et des responsables légaux l'admission est programmée.

Un projet de soins est construit par les professionnels et l'adolescent. Après la présentation du projet et des modalités d'application, le consentement du patient et du responsable légal est recherché. Cette validation est tracée dans le dossier du patient. Tout au long de sa prise en charge, le patient ou les responsables légaux reçoivent des informations de santé publique adaptées (nutrition, activités physiques, vaccins, ...), celles-ci sont tracées dans le dossier et permet aux patients d'être acteur de sa prise en charge. Cependant lors de la rencontre avec un adolescent majeur, il n'en a pas eu le souvenir. Un affichage notamment dans les locaux d'accueil et HDJ renforce ces informations (hygiène, canicule, covid, violence, ...). Les adolescents ne connaissent pas le rôle de la personne de confiance et il n'est pas toujours retrouvé de document l'identifiant dans le dossier, qui est pour la plupart le responsable légal. L'information sur la CDU est en place, par affichage et dans le livret d'accueil, cependant les patients rencontrés ne connaissent pas cette instance et ne savent comment les contacter. Un questionnaire de satisfaction est adressé d'un part au patient et d'autre part aux responsables légaux. Majoritairement pour les patients, les conditions d'accueil et de prise en charge sont respectés, cependant en hospitalisation complète, les portes des chambres présentent un hublot vitré non obturable rendant difficile le respect de l'intimité. Des moyens de fortune sont parfois mis en place (serviette coincée en haut de la porte pour obturer le hublot) mais sont insuffisantes. Une réflexion est en cours par la gouvernance. Lorsqu'une solution d'aval n'a pas encore été trouvée pour un patient approchant la majorité en service d'hospitalisation de jour, une dérogation est demandée à l'ARS pour permettre de finaliser le travail d'orientation durant les semaines qui suivent sa majorité. Ces situations sont exceptionnelles. Les adolescents sont hospitalisés en chambre seule. La confidentialité est respectée, bien qu'un patient a l'impression que des informations sont données dans les couloirs, néanmoins pendant la visite, ce problème n'a pas été constaté. La douleur est en prise en charge, une évaluation (EVA) est faite régulièrement, le soulagement est recherché, prescrit par des « si besoin » et tracée dans le dossier. La contention mécanique n'est jamais pratiquée dans le service. Une contention physique douce par moyens humains est pratiquée lors de la survenue d'états d'agitation incoercibles, par des professionnels formés et qualifiés. Elle est tracée dans le dossier de soin. Les représentants légaux sont rencontrés et impliqués dans la rédaction du projet de soins durant la prise en charge afin de tenir compte des besoins dans les habitudes et besoins et le maintien de l'autonomie. Les proches sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Ils sont construits et suivis en réunion pluridisciplinaire (psychiatre, IDE, aide soignants, psychologue, assistante sociale, enseignant, psychomotricien, APA ...). Une rencontre avec les représentants des usagers est proposée annuellement aux familles. L'assistante sociale rencontre tous les patients et responsables légaux pour évaluer les situations de précarité et identifier les besoins. Des modalités adaptées sont définies intégrant les préoccupations de socialisation, d'éducation et scolarisation. Des enseignants sont présents sur l'établissement et construisent en lien avec l'éducation nationale un projet adapté pour chaque adolescent et maintenir au mieux sa scolarisation. Le projet de sortie est structuré à partir des conditions habituelles de vie et prend en compte les différents partenaires dans la prise en charge (soins, scolaire, ...).

Chapitre 2 : Les équipes de soins



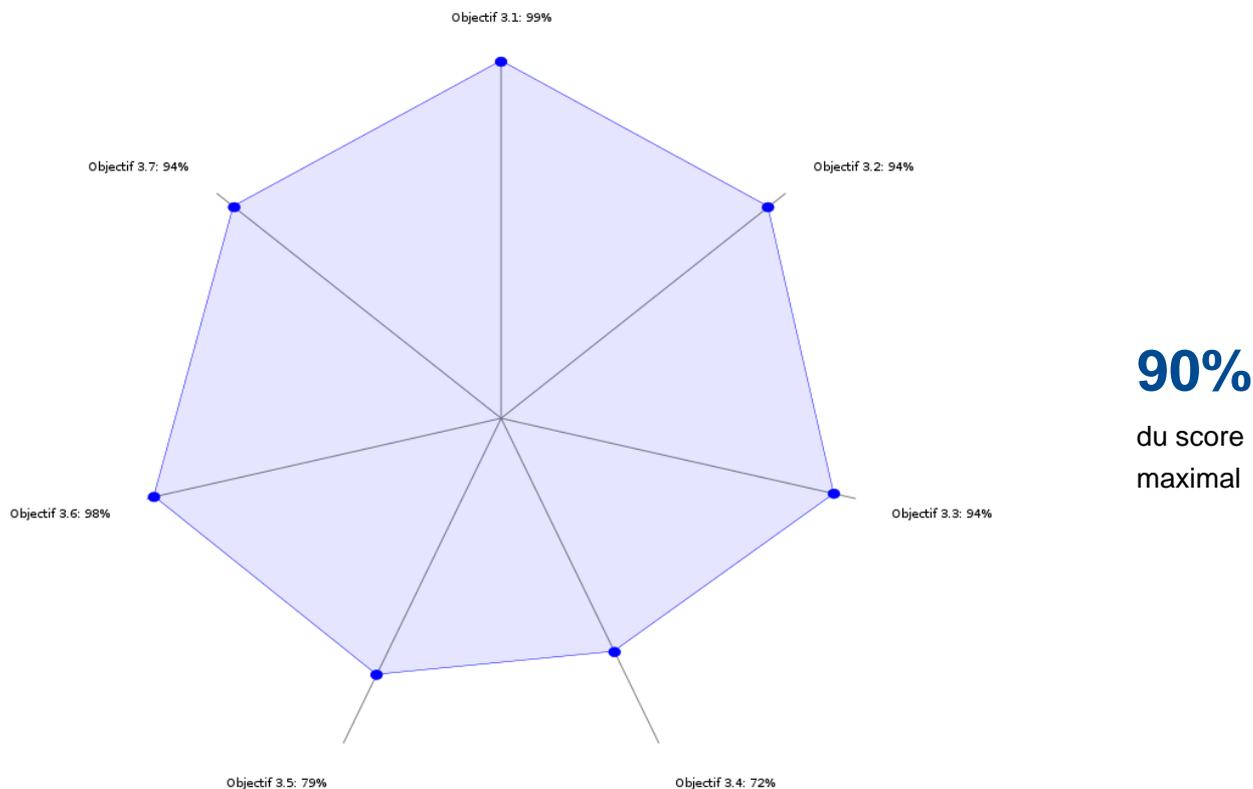
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	92%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	91%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	79%

Les professionnels mettent en place une prise en charge respectueuse, participative et adaptée aux besoins et préférences du patient, en impliquant les proches et en tenant compte des conditions de vie spécifiques. Le recours à des mesures restrictives de liberté est argumenté et réévalué, tracé dans le dossier. Les professionnels formés appliquent la contention douce. Le service d'hospitalisation complète dispose d'une chambre d'apaisement dans un espace dédié, contigu à l'infirmerie. Cet espace est laissé ouvert et un professionnel est présent de manière continue. Le temps d'apaisement est prescrit pour quelques heures, réévalué et tracé dans le dossier de soin. La prescription initiale d'antibiotique est argumentée cependant il n'a pas été retrouvé de réévaluation entre la 24eh et la 72eh dans les dossiers, seule existe, une alerte créée dans le DPI à l'attention du médecin par l'intermédiaire de la surveillance continue des infirmiers, sans

protocolisation ni traçabilité d'action. Le DPI mis en place permet la coordination des professionnels tout au long de la prise en charge de l'adolescent. Le dossier est complet, accessible par tous les professionnels impliqués. Le projet de soins est suivi au cours de staffs bihebdomadaires. Lors de la transition avec le secteur adulte, la continuité de la prise en charge est réalisée entre professionnels. L'adolescent est informé et accompagné. Un médecin généraliste assure une consultation sur place une demi-journée par semaine. Chaque nouvel arrivant a un examen somatique dans la semaine de son arrivée. Le suivi régulier est organisé et tracé dans le dossier par le médecin généraliste. Le carnet de santé est mis à jour avec des informations compatibles avec le secret médical. Il n'y a pas d'information sur l'état psychique du patient. A la sortie du patient, un courrier pluridisciplinaire est rédigé et transmis au médecin traitant et/ou médecin de structure selon l'accord du responsable légal. Les risques en lien avec les pratiques sont maîtrisés notamment les vigilances (pharmacovigilance, matériovigilance). Les bonnes pratiques d'identification du patient sont en place. Le DPI comporte une photographie du patient sous couvert d'une autorisation signée par l'autorité parentale et scannée dans le dossier. Le circuit du médicament est conforme aux attendus tel que l'analyse pharmaceutique, la livraison sécurisée, l'administration tracée en temps réelle, ... Cependant la liste des médicaments à risque n'était pas affichée même s'ils ont été validés en COMEDIMS (CME du 3 mars 2023). Lors de la visite, l'établissement a modifié ses pratiques immédiatement en affichant la liste des médicaments à risques. La taille de l'établissement a permis une information rapide auprès des professionnels par la pharmacienne. Régulièrement la pharmacienne réalise des formations notamment sur la définition et l'utilisation des médicaments à risque. Les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées dans la livraison. La température du réfrigérateur de la salle de soins du service d'hospitalisation complète est enregistrée en continu par une sonde, vérifiée par la pharmacienne à l'aide d'une application mais cette surveillance ne permet pas une continuité de surveillance tout au long de l'année (congé de la pharmacienne, week-end). Pendant la visite une nouvelle organisation a été mise en place, tous les jours, les soignants relèvent la température et la note sur un document affiché sur le réfrigérateur. Les bonnes pratiques de l'hygiène des mains sont appliquées par les professionnels et expliquées aux adolescents. Les solutions hydroalcooliques sont mises à la disposition des professionnels, pour les adolescents le lavage des mains au savon est en place. La consommation de solutions de SHA est connue de l'équipe. Un quick audit (5 personnes) a été réalisé par la pharmacienne mais aucune analyse ni axe d'amélioration n'a été définie. Les précautions complémentaires des patients sont partiellement tracées par le médecin en indiquant un isolement sans déterminer le niveau de précaution complémentaire, le personnel n'a pas l'information suffisante pour suivre systématiquement cette prescription et il n'y a pas eu d'évaluation de ces pratiques. L'établissement a réagi à cet écart en mettant les trois protocoles sur le chariot, élaborer une affiche en distinguant bien les 3 niveaux de précautions complémentaires intégrant des images (manuportée, air ou gouttelette), affiche qui sera positionnée sur la porte de la chambre pour informer tout le personnel du service et permettre leur protection. L'environnement du patient est propre. Des containers pour objets piquants coupants tranchants sont disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée. L'établissement engage une campagne de vaccination chaque année et propose une vaccination saisonnière gratuite. Le taux de couverture n'est pas connu par l'ensemble de l'encadrement. La gestion de la violence est gérée. Des formations auprès des professionnels sont en place permettant de prévoir les modalités d'intervention par divers méthodes et moyens « de désescalade » dans les moments de violence et d'anticiper avec les patients sur l'apparition de ces moments. Les équipes améliorent leurs pratiques en se basant sur l'analyse des résultats cliniques notamment lors des staffs pluridisciplinaires bihebdomadaires. L'expérience des patients est recueillie lors des rencontres avec les professionnels individuellement ou collectivement. L'analyse des résultats de la satisfaction des patients et des responsables légaux, transmis par la RAQ, est intégrée à cette réflexion. Des axes d'amélioration sont identifiés, tracés et suivis dans le PAQSS. Les représentants des usagers n'interviennent pas dans le recueil et l'analyse de la satisfaction mais participent à la mise en place des actions d'amélioration. Les revues des indicateurs identifiés sur l'établissement sont faites avec la gouvernance (RAQ, encadrement, direction), les professionnels n'y participent pas ne leur permettant pas d'argumenter le niveau d'atteinte des

objectifs fixés. Les événements indésirables sont déclarés et partagés. Les déclarations sont analysées par le service qualité et la gestionnaire des risques. Lorsque l'événement le nécessite une analyse de cause profonde est réalisée, selon la méthode ISHIKAWA, avec les professionnels. Les actions d'amélioration identifiées sont tracées dans le PAQSS et suivies.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	72%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	79%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

L'hôpital le relais fait partie de l'association SERENA engagée auprès des adolescents souffrant de troubles en santé mentale. L'axe prioritaire du projet d'établissement est la participation au développement de l'offre de soins sur le territoire de santé des Bouches du Rhône Sud. L'établissement est installé dans l'Espace Méditerranéen de l'Adolescent et est partenaire avec l'AP-HM. Dans le cadre de ses missions, l'établissement

participe aux projets territoriaux de parcours. L'ensemble des directeurs généraux des différentes structures associatives se réunissent pour travailler sur les parcours répondant aux besoins et un comité d'adolescent regroupant toutes les structures se réunit pour échanger sur les offres de service et situation critique du patient. Le relais est inscrit dans la dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM) et assure une prise en charge coordonnée des patients avec une collaboration entre ses services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville. L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est en place gérée par les secrétaires médicales cependant les professionnels rencontrés ignoraient cette utilisation. L'établissement est inscrit à la fédération de recherche en santé mentale et participe à un programme de recherche. L'établissement recherche la satisfaction du patient et des proches par un questionnaire. Les commentaires notés permettent de recueillir le point de vue de l'adolescent, ils participent à l'amélioration de la politique qualité et de la sécurité des soins. Les éléments sont aussi recueillis lors des entretiens individuels ou en groupe tout au long de la prise en charge. Cependant, Il n'existe pas de questionnaire spécifique favorisant l'expérience du patient sur son séjour et sur sa prise en charge en soins (PROMS et PREMS). L'établissement n'a pas de programme d'éducation thérapeutique validé. Les professionnels travaillent en tenue de ville. Pendant la visite, ils portaient des badges les identifiant. Ils se présentent et expliquent aux patients leurs rôles. Les patients sont informés de l'absentéisme, et le remplaçant est présenté. La bientraitance est une valeur forte de l'établissement. La gouvernance fait preuve de leadership. Une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est rédigée (2022-2025) et copilotée par la CME. La rédaction de cette politique est basée sur d'une cartographie des risques, l'analyse des situations rencontrées dans la pratique quotidienne et le parcours de soins des adolescents (EI, satisfaction, résultats indicateurs). Les représentants des usagers sont associés à cette élaboration. La déclaration des événements indésirables se fait à ce jour sur papier, la gouvernance a pour projet de déployer un logiciel qualité et de gestion des risques dans quelques mois. Cependant la culture sécurité n'est pas évaluée. La prise en charge du patient repose sur un travail d'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, IDE, assistante sociale, aide-soignant, enseignant, ...) favorisant la coordination d'objectifs clairs et partagés. L'établissement n'a pas développé des démarches spécifiques tel que PACTE. Tout au long de l'année, la gouvernance valide des formations réalisées par l'ensemble des professionnels afin d'acquérir ou de parfaire leurs compétences en lien avec les profils des patients suivis. Un plan de formation est proposé selon les souhaits du personnel et des orientations médicales. Une IDE IPA est en cours de formation (retour juin 2024). Le questionnement éthique est abordé lors des rencontres professionnelles, et de la supervision réalisée mensuellement tout au long de l'année et animé par un psychologue externe. Néanmoins l'établissement n'a pas structuré le questionnement éthique tel qu'attendu réglementairement. La mise en place d'un comité d'éthique est en cours de réflexion au niveau de l'association SERENA. Les représentants des usagers ne sont pas associés à la réflexion éthique. L'établissement a formalisé une politique QVT comprenant différents accords (plan senior, droit à la déconnexion...) mais il n'y a pas de projet structuré. Un audit sur les conditions de travail a été réalisé fin 2018, début 2019 et s'est traduit par un plan d'action qui a été présenté à l'ensemble des salariés de l'Association lors de la Journée Associative du 16 septembre 2019. En juillet 2021, le CSE a relancé une enquête dont les résultats n'ont pas pu être exploités faute de retours suffisants. Le plan d'action défini en 2019 touchant à sa fin en 2023, une nouvelle enquête va être lancée avec l'appui de l'ARACT Provence Alpes Côte d'Azur. Une fois par semaine, un temps commun avec tout le personnel discute sur des problématiques administratives et cliniques. Les cadres intermédiaires ont une réunion d'encadrement par mois et une réunion de supervision est aussi organisée mensuellement. Une à deux fois par an, un séminaire est organisé sur différentes thématiques professionnelles telles que la certification, la violence, la sécurité... Un temps de libre expression est aussi organisé une à deux fois par an avec des réponses du directeur. Tous les professionnels bénéficient d'un temps de recherche dans leur temps de travail. Dans les situations conflictuelles entre professionnels, les agents peuvent demander à rencontrer l'encadrement, le directeur et/ou une psychologue externe à l'établissement. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles sont formalisées dans le PSE et dans le plan blanc. Les risques sont identifiés et priorisés et les procédures d'action

sont formalisées. La cellule de crise est opérationnelle dans les 45 minutes. En journée, la taille de l'établissement permet une information et une réactivité rapide, une procédure est diffusée. Une astreinte est en place. Cependant il n'y a pas d'exercice ou entraînement annuel. Lors de la COVID, des retours d'expérience ont été mis en place. Les modalités d'alertes sont connues par les professionnels. Les risques numériques sont maîtrisés. Tous les professionnels ont un login personnel et un mot de passe à changer tous les 6 mois. Une procédure dégradée est diffusée, une impression des prescriptions pour chaque patient est faite et mise à jour à chaque modification de prescription. Une information sur les risques de cyber-attaque est faite, un affichage sur le « Rançongiciel » et « l'Hameçonnage » est retrouvée dans les lieux utilisés par les professionnels. Une simulation cyber-attaque a été réalisée en début d'année. Une démarche de développement durable est en cours de programmation (co-voiturage, panneaux solaires, bornes électriques, local vélo, ...). Un état des lieux est programmé au 1er trimestre 2024. L'établissement a mis en place la prise en charge des urgences. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgences (AFGSU et SST), initiale et mise à jour. Un livret constitué de fiche technique rappelle les principaux gestes selon le type d'urgence. Le matériel est vérifié tous les mois selon un planning établi faisant participer tous les soignants. Il existe un numéro unique connu de tous. Néanmoins il n'y a pas de mise en situation d'organisée sur l'établissement. Les bonnes pratiques, les formations et les séminaires sont des sources dans la rédaction des protocoles de soins. Le PAQSS est en place, connu des professionnels, constitué des axes d'amélioration identifiés à partir des résultats des enquêtes de satisfaction et des déclarations d'événements indésirables. Cependant les équipes ne connaissent pas les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers. Les indicateurs sont définis en CME et en CDU. Le tableau des indicateurs qualité/sécurité est suivi par la responsable qualité. Les résultats sont présentés à la gouvernance lors des réunions du COVIRISQ, de la CME, de la CDU et du conseil d'administration. Ils sont également communiqués aux professionnels en réunion et via le Bulletin Qualité. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

- Renforcer le respect de l'intimité des patients en particulier concernant la visibilité par les portes des chambres
- S'assurer de l'appropriation par les équipes concernant la liste des médicaments à risque
- Structurer la démarche éthique
- Formaliser une politique qualité de vie au travail
- Renforcer la participation des professionnels et des représentants des usagers au sein de la démarche qualité
- Renforcer le suivi du risque infectieux (antibiothérapie et mise en œuvre des précautions complémentaires).

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	130001688	ASSOCIATION SERENA	60 rue verdillon 13010 MARSEILLE 10 FRANCE
Établissement principal	130786890	HOPITAL LE RELAIS SERENA	243 boulevard de sainte marguerite 13009 Marseille FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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 SMR 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	Non
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	Non
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	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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	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	8
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	8
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	25
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	25
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	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		A mettre NA
4	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		A mettre NA
5	Audit système	Leadership		
6	Audit système	QVT & Travail en équipe		
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Hygiène des mains + précautions standards et complémentaires

10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
13	Audit système	Coordination territoriale		
14	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Choisi par l'EV dans la liste des EI de l'année N-1
15	Audit système	Représentants des usagers		
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Audit système	Engagement patient		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque en HC
20	Audit système	Dynamique d'amélioration		

21	Audit système	Maitrise des risques		
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
24	Audit système	Entretien Professionnel		

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

