HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHARCOT

51-53 rue du commandant charcot
69110 Sainte Foy Les Lyon

Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 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 évaluéepar 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, siune 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHARCOT	
Adresse	51-53 rue du commandant charcot 69110 Sainte Foy Les Lyon FRANCE
Département / Région	Rhône / Auvergne-Rhône-Alpes
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	690000203	SA CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHARCOT	51-53 rue du commandant charcot 69110 Sainte-Foy-Les-Lyon FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

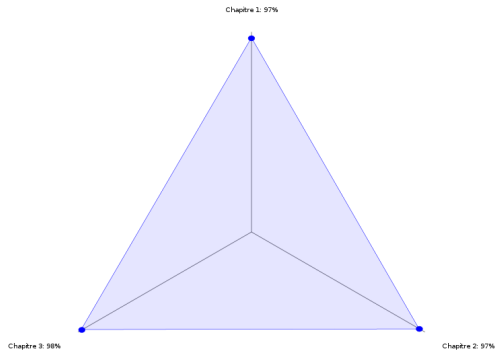
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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

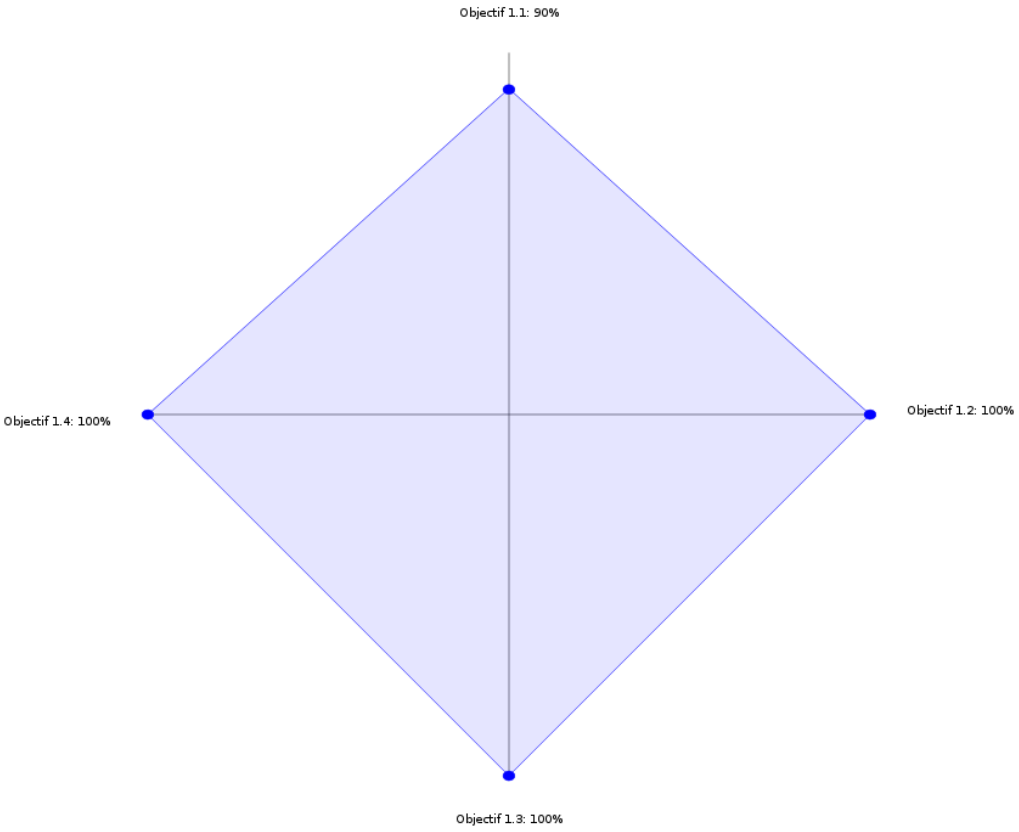
Au regard du profil de l'établissement,110 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



97%

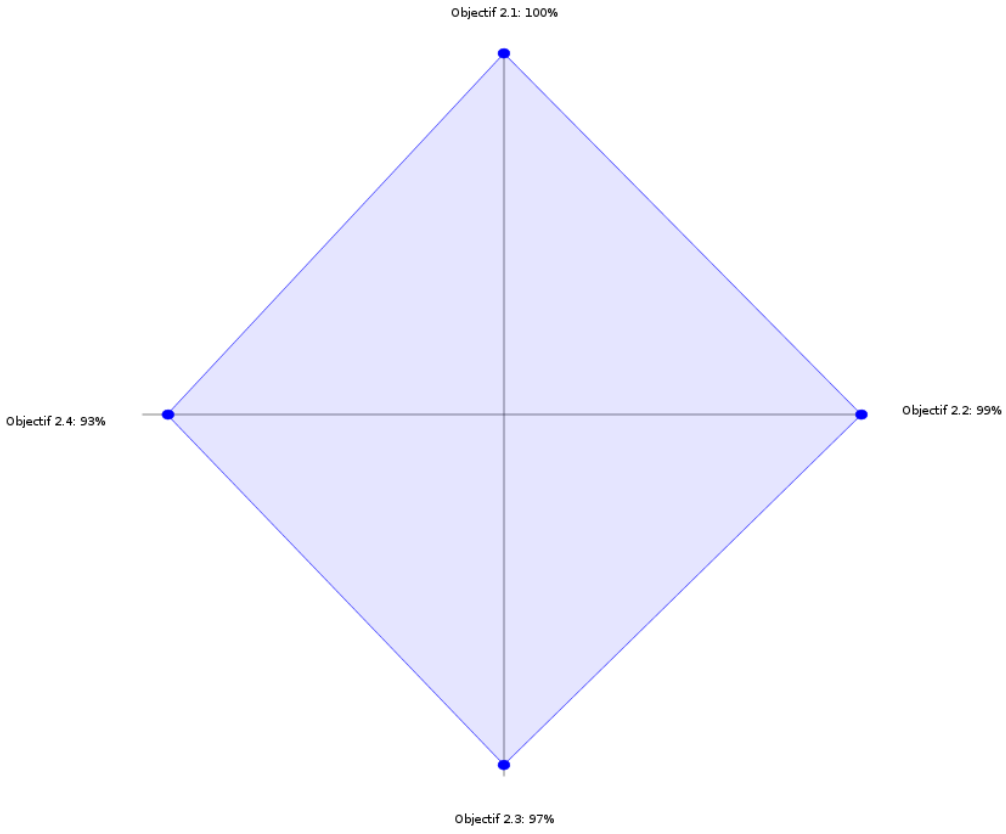
du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

La clinique CHARCOT est une société anonyme à conseil de surveillance et directoire dont les membres sont tous des médecins en exercice. Cet établissement privé à but lucratif détient plusieurs autorisations : chirurgie en hospitalisation complète et ambulatoire, médecine en hospitalisation complète et hospitalisation de jour, pharmacie à usage interne (PUI) avec reconstitution de cytotoxiques et stérilisation interne. La clinique propose également des soins en cancérologie avec de la chirurgie carcinologique (digestive, urologique, sénologique, ORL) et de la chimiothérapie. Outre ces autorisations, l'établissement a une reconnaissance contractuelle (dans le cadre du CPOM signé avec l'ARS) pour 6 lits de soins continus et 3 lits dédiés de soins palliatifs au sein du service de médecine. Dans tous les secteurs d'activité, le patient reçoit une information claire et adaptée à chaque étape de son parcours de soins. Son implication est recherchée et il exprime son

consentement libre et éclairé sur son projet de soins (PPS) et ses modalités. L'information apportée est adaptée à la patientèle (deux consultations préalables sont proposées par exemple aux patients mineurs qui sont également invités à exprimer leur avis sur leur PPS). La clinique propose un livret d'accueil du patient hospitalisé mais également un passeport ambulatoire ainsi qu'un livret Projet de soins personnalisés en Cancérologie. Affichages (chartes, messages de santé publique…) et dépliants (présentations des équipes médicales et chirurgicales, contrat d'engagement contre la douleur, rédaction des directives anticipées, soins de support et guide des associations et applications en cancérologie…) complètent ce dispositif. Une information est aussi donnée au patient sur les dispositifs médicaux (DMI) qui lui sont implantés ou les produits sanguins labiles (PSL) administrés. Des consignes de suivi de la prise en charge sont également apportées au patient au moment de sa sortie. De même, l'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée et l'information sur son droit à rédiger des directives anticipées est apportée. Les patients rencontrés durant la visite ont exprimé leur satisfaction concernant l'information reçue (sur leurs soins, leur traitement, l'administration de PSL…) et leur implication quant aux décisions et la prise en compte des facteurs de risque propres à leur prise en charge. Toutefois cette information reçue est plus imprécise voire méconnue lorsqu'elle concerne l'importance et les bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains, les DMI, l'identitovigilance, les directives anticipées, l'existence et le rôle des Représentants d'Usagers (RU), les modalités permettant de faire une réclamation, la possibilité de déclarer des évènements indésirables associés aux soins (EIAS), eSatis, la messagerie qui doit être sécurisée pour le transfert de données médicales ou encore l'alimentation de son Dossier Médical Partagé (DMP). En matière de respect du patient, l'environnement est propre et les locaux sont bien entretenus. Les pratiques respectent la dignité, l'intimité du patient et la confidentialité des données le concernant. Dans les chambres doubles, des équipements sont en place (paravent…). L'établissement ne recourt qu'exceptionnellement à la contention mécanique. Sa prescription est alors tracée, justifiée et réévaluée. Concernant la prise en charge de la douleur (IQSS dossier patient -2022- pour la prise en charge en hospitalisation complète : 100 %), les équipes respectent les recommandations de bonne pratique pour son évaluation et sa prise en charge. Avec l'accord du patient, l'implication des proches et aidants et/ou de la personne de confiance dans la mise en œuvre du projet de soins est favorisée et recherchée. Une attention particulière est apportée en soins palliatifs où il n'y a pas d'heure imposée de visite et outre le salon des familles mis à disposition, les proches peuvent dormir sur place. De même, sur le bloc opératoire, une réflexion est engagée pour favoriser la présence des aidants en salle de réveil, dans le cadre de patients vulnérables ou enfants. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dès son admission et durant tout son séjour mais également lors de la préparation de sa sortie (ressources internes à disposition notamment une assistante sociale). Si nécessaire, l'organisation du retour à domicile est préparée bien en amont (visite du domicile, contact IDE et kinésithérapeute…).

Chapitre 2 : Les équipes de soins



97%

du score maximal

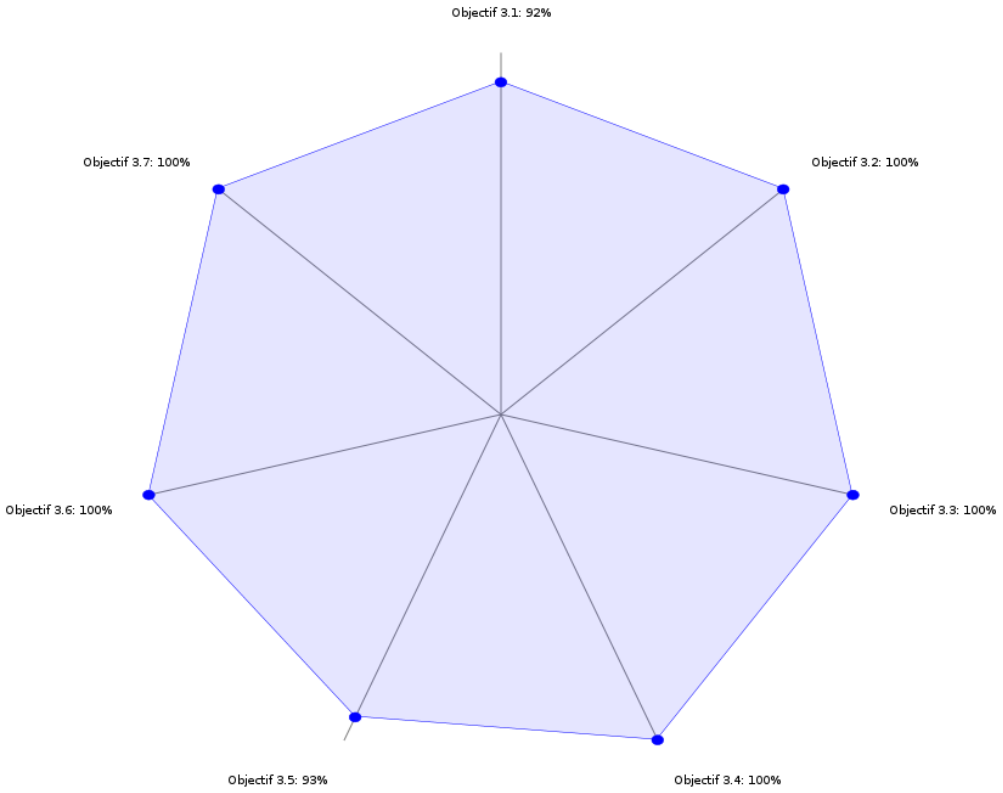
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	93%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et réévaluée au sein des équipes. En cancérologie, des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont organisées tous les 15 jours avec les médecins participant aux prises en charge (oncologues, chirurgiens, gynécologues, radiologues, radiothérapeutes…). L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du territoire de santé participe aux staffs hebdomadaires ainsi que la diététicienne, la psychologue, les kinésithérapeutes et IDE formés aux SP. Pour les autres spécialités, les prises en charge complexes, en chirurgie notamment, font également l'objet d'une discussion collégiale et des bilans de faisabilité sont établis entre les chirurgiens et les anesthésistes. L'antibioprophylaxie s'appuie sur des protocoles internes qui prennent en compte les dernières recommandations. Des référents interne (Médecin anesthésiste réanimateur) et externe (infectiologue) sont

désignés pour l'antibiothérapie. Les prescripteurs sont régulièrement formés et sensibilisés et un livret sur le bon usage des antibiotiques a été élaboré à leur intention. Pour les PSL, l'analyse de pertinence des actes transfusionnels est auditée et donne lieu à des rappels aux médecins si nécessaire. La coordination de l'équipe s'effectue autour du dossier patient et du projet de soin, élaboré avec le patient et/ou ses proches et réévalué à toutes les étapes de la prise en charge. Le dossier patient informatisé (DPI) permet une accessibilité des informations à tous et dans les temps utiles (la consultation anesthésie permet aux IDE d'avoir accès aux prescriptions, à la validation de la sortie…). Cette coordination peut être renforcée si nécessaire par le recours à des spécialistes extérieurs (infectiologue par exemple). Les équipes savent contacter les professionnels experts (douleur, hygiène, antibiothérapie, EMSP…) en interne ou en externe. De plus, dans chaque service des référents sont désignés. La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire hebdomadaire avec l'EMSP. L'équipe construit avec le patient un projet de soins palliatifs adapté à ses besoins et préférences qui sont réévalués et tracés tout au long du séjour. De plus, l'outil informatique est paramétré pour déclencher une revue des possibilités offertes au patient. (massage, sophrologie, coiffeur, socio-esthéticienne...). Au bloc opératoire, lors des rares déprogrammations, le délai de reprogrammation est très court. Les écarts sont discutés en comité de bloc où sont invités les cadres de chirurgie ambulatoire et de surveillance continue. L'acte programmé est le plus souvent décalé en fin de journée ou le lendemain pour permettre une bonne préparation du patient mais dans un délai court. La checklist « Sécurité du patient » est mise en œuvre de façon systématique. Elle est informatisée et sa traçabilité est effective. Toutefois, cette checklist n'est pas personnalisée pour l'heure à tous les secteurs d'intervention, en attente des évolutions demandées à l'éditeur du DPI. Pour les vigilances sanitaires, les équipes connaissent les domaines et référents intéressant l'établissement ainsi que les procédures de signalements et d'alertes ascendantes et descendantes. Les pratiques en matière d'identitovigilance sont maîtrisées (port du bracelet et vérifications régulières de l'identité). Le circuit du médicament est maîtrisé dans ses différentes étapes ainsi que la gestion des médicaments à risque (liste adaptée et connue et soignants sensibilisés à leur utilisation). Une convention est établie avec les HCL pour un approvisionnement urgent. Des référents pharmacie sont désignés dans chaque service. Toutefois, l'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée en regard du Dossier Pharmaceutique du patient lorsqu'il existe et le bilan thérapeutique n'est pas retrouvé dans les dossiers du patient consultés (ni dans la lettre de liaison à la sortie). Concernant la sécurité transfusionnelle, les équipes connaissent les règles et recommandations et analysent leur pratique. Le dossier transfusionnel est complet, sa gestion et sa tenue conformes aux recommandations et les professionnels sont régulièrement formés. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux avec de bonnes pratiques d'hygiène des mains et des tenues conformes. Une Infirmière hygiéniste et des référents dans chaque service exercent sur la clinique avec l'appui et les interventions d'un médecin hygiéniste des HCL. Les professionnels connaissent et respectent les précautions standards et complémentaires en matière d'hygiène. Le personnel est formé (e-learning, formations internes) et bénéficient de sensibilisations régulières (journées hygiène…). Le plan d'action et d'audits est défini en CLIN (Traceur ciblé sur les IAS, audits croisés, EPP…). Matériel et EPI sont adaptés et à disposition. Les recommandations vaccinales sont connues et un suivi est assuré. En endoscopie, le stockage des dispositifs, leur circuit et les techniques de nettoyage et de désinfection répondent aux attendus et le suivi est tracé. Les professionnels en charge de l'activité sont formés. Des contrôles microbiologiques sont régulièrement effectués. En matière de radioprotection, les formations attendues sont mises en œuvre. EPI et dosimètres sont utilisés au bloc. Concernant l'amélioration de leurs pratiques, les équipes médico-soignantes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour les réclamations et les éventuelles plaintes. Cela a permis ainsi de réduire les délais d'attente avant le bloc et ceux concernant la validation de la sortie par le médecin. Elles s'appuient également sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins dont les presqu'accidents (4 séances/an de RMM et des CREX selon les EI déclarés). De nombreuses EPP sont conduites (sur le risque infectieux, la checklist du bloc opératoire…) mais aucune, pour l'heure, sur le circuit du médicament. Des équipes participent à des programmes cliniques conduisant à des actions d'amélioration, permettant des changements de pratiques sur certaines chirurgies pour une

récupération plus rapide des patients. Les médecins anesthésistes sont accrédités en équipe ainsi que les gastroentérologues. Les IQSS sont pris en compte et les services s’appuient également sur d’autres Indicateurs internes. Le transport du patient en intra hospitalier est maîtrisé (délais d’attente, adaptation et maintenance du matériel, formation du personnel).

Chapitre 3 : L'établissement



98%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	92%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

La clinique CHARCOT, créée en 1967, est située sur le territoire de l'Ouest lyonnais où sont implantées trois autres cliniques privées. Elle fait partie du HUB sud, depuis la crise COVID, en lien avec le Centre Hospitalier Lyon Sud. Sa vocation initiale, la chirurgie, constitue son activité principale (3772 séjours d'hospitalisation en 2023) avec une part importante consacrée aujourd'hui à l'ambulatoire (taux de 74% avec 11485 séjours). En

2023, la clinique enregistre également 1400 hospitalisations complètes en médecine et 4599 séances de chimiothérapie en hôpital de jour. De fait, de nombreux praticiens libéraux, avec des spécialités très diverses, exercent sur l'établissement et les partenariats sont multiples et diversifiés avec la médecine de ville du territoire de santé. La clinique participe également aux projets territoriaux de parcours et a développé des collaborations avec des établissements publics (pour les soins continus, par exemple, avec les 3 services de réanimation de Lyon) et avec des réseaux (Onco-AURA, 3C Lyon…). Elle est également en lien avec les deux CPTS du territoire. L'implantation de plusieurs partenaires, sur le site même de la clinique, facilite le développement des partenariats et contribue à la fluidité des parcours : un centre de dialyse, un centre de radiologie avec équipement lourd (1 scanner et 2 IRM), un laboratoire de biologie médicale, un centre de kinésithérapie et un centre de consultations non programmées. Bien que non investie de missions universitaires, l'établissement promeut la recherche clinique (inscription dans le projet d'établissement 2020-2025, recrutement d'une attaché de recherche, enquêtes sur les souhaits des médecins depuis 2019, plusieurs démarches dans des activités de recherche). Ainsi, l'accès aux innovations pour les patients est favorisé avec l'inclusion dans des essais cliniques depuis 2019, en cancérologie (sénologie et digestif), pour le bloc avec les IBODE... Des médecins sont également investis dans des études sur la sécurité des soins (orthopédie, pose de prothèses mammaires…). L'expression du patient est promue sous diverses formes : questionnaires de sortie déclinés en fonction des prises en charge (médecine et chimiothérapie, chirurgie, chirurgie ambulatoire), e-Satis, réalisation de patients traceurs, logiciel IA utilisé pour évaluer le ressenti du patient (mots clés récurrents à partir d'e-Satis et des questionnaires de satisfaction)… La clinique s'est également engagée dans le recueil de l'expérience des soins vécus par le patient (PREMS) sur le douleur et sur les droits et l'information du patient. Depuis 2022, une patiente experte (avec DU de pair aidant) intervient tous les deux mois sur la clinique (en chimiothérapie) dans le cadre de rencontres individuelles avec les patients. Pour l'heure, il n'y a pas de participation de patient à des démarches collectives de développement et d'amélioration des pratiques. Une participation à un programme d'éducation thérapeutique (hormonothérapie) est en projet. La bientraitance est promue au sein de l'établissement : questionnaire d'autoévaluation adressé fin 2023 à l'ensemble des médecins et des soignants, bilan annuel sur les situations de maltraitance, comité éthique et bientraitance, soirée éthique en 2023, formations au plan annuel et e-learning (bonnes pratiques et détection)…. L'accessibilité aux locaux et l'accès aux soins pour les personnes vulnérables ou vivant avec un handicap sont favorisés. L'accès du patient à son dossier médical est organisé et les délais de réponse sont suivis et analysés. L'implication des RU est recherchée et effective: 4 RU (2 titulaires et 2 suppléantes) avec participation à la CDU, au CLUD, au CLIN, au COPIVIRIS, à la commission éthique et bientraitance…). Les RU mènent des actions de sensibilisation et d'information auprès des patients (animation de stand lors des journées européennes des droits des patients) et proposent au personnel des temps de formation (3 sessions de 30 agents entre février et mars 2024 et une session prévue en septembre pour le personnel de nuit). Le Projet des usagers est intégré au projet d'établissement. La gouvernance est mobilisée et fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique qualité et le PAQSS sont validés en instance et déclinés en actions concrètes sur le terrain. Gouvernance, CME, encadrement et RU sont associés dans l'élaboration et le suivi de la qualité -gestion des risques. Les professionnels sont impliqués à des degrés divers dans des activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins (membre de la CDU, du CLUD, du CLAN, groupe FEI, référentes douleur, médicament, endoscopie, PSL…). Des Informations sur la qualité et la gestion des risques sont régulièrement apportées au personnel (flash info mensuel, lettre qualité jointe au bulletin de salaire, affichage des résultats d'audits…). La culture sécurité des soins est évaluée (grille du CEPPRAAL) et une formation managériale axée sur la qualité et la sécurité des soins est proposée chaque année en interne. Concernant la gestion du personnel, les ressources sont adaptées à l'activité et à la charge de travail. Les équipes témoignent de formations nombreuses et variées et d'un tuilage adapté lors des remplacements ou arrivées de nouveaux agents. Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (Team Building au bloc opératoire en 2023 et en chirurgie en 2024). La clinique procède à une évaluation individuelle annuelle de ses agents et le plan annuel de formation comprend un programme de développement des compétences complété

de formations internes assurées par l'IDE hygiéniste, la pharmacienne… Deux équipes sont également accréditées (gastro et anesthésie). En matière d'éthique, un cadre opérationnel est en place et un questionnaire a été adressé en avril 2024 à l'ensemble du personnel. Les résultats seront présentés à la prochaine réunion du comité éthique et bientraitance. Une soirée éthique et bientraitance, à l'intention de tout le personnel, a été organisée en février 2024. Une politique de qualité de vie au travail (QVT) est instituée et réévaluée tous les deux ans sur la base d'un questionnaire adressé à l'ensemble du personnel. Concernant les risques auxquels la clinique CHARCOT peut être confrontée, le plan blanc est régulièrement actualisé (derniers ajustements en mars et juin 2024) et la cellule de crise est opérationnelle (dernier exercice annuel réalisé en décembre 2023). Le Plan de sécurisation de l'établissement est mis en œuvre (agent de sécurité la nuit, vidéos de surveillance, alarmes, numéro interne en cas d'attentat, coffre-fort dans les chambres, accès pour les secteurs à risque sécurisés…). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée : les formations des professionnels sont suivies (AFGSU). Un chariot d'urgence est à disposition dans chaque service ; il est contrôlé et facilement accessible. Un numéro d'appel unique permet d'avoir un médecin anesthésiste réanimateur mobilisable immédiatement. Des exercices de simulation sont proposés dans les différents services. L'établissement prend en compte les enjeux du développement durable (DD). Un référent est désigné et un groupe de travail est en place avec des personnels volontaires représentant chaque service. Un plan de sobriété énergétique est institué depuis 2023 (énergie verte photovoltaïque, régulation du chauffage en fonction des locaux…). La prévention des risques numériques est organisée et l'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée. La politique qualité et gestion des risques est mise en œuvre par le COPIVIRIS (Président et coordonnateur de la gestion des risques sont tous deux médecins) en étroite collaboration avec la direction et la CME. Elle mobilise l'ensemble des professionnels et s'appuie sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins, nationaux mais aussi internes qui font l'objet d'une analyse partagée et qui sont connus des professionnels. Les EIG sont déclarés (portail de signalement des EI) et analysés collectivement (personnels formés à l'analyse des causes profondes et logiciel de traitement dédié). Des CREX sont organisés avec l'ensemble des acteurs concernés. Les plans d'action sont diffusés et suivis. Un infirmier est référent CREX pour l'institution. La gouvernance promeut le dispositif d'accréditation auprès des médecins éligibles (suivi des praticiens non engagés et des fins de validité). Tous les secteurs ayant une spécialité à risque ont au moins un médecin ou une équipe accréditée.

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	690000203	SA CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHARCOT	51-53 rue du commandant charcot 69110 Sainte-Foy-Les-Lyon FRANCE
Établissement principal	690780366	CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHARCOT	51-53 rue du commandant charcot 69110 Sainte Foy Les Lyon 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	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
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	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Oui
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	34
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	50
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	6
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	4,331
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	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)	12
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	Coordination territoriale		
2	Audit système	QVT & Travail en équipe		
3	Audit système	Dynamique d'amélioration		
4	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Médecine	

7	traceur		Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
9	Audit système	Représentants des usagers		
10	Audit système	Leadership		
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
14	Audit système	Maitrise des risques		
15	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
19	Audit système	Risques numériques – Gouvernance		
20	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
21	Audit système	Risques numériques – Professionnels		

22	Audit système	Engagement patient		
23	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, Chimiothérapie
25	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
26	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
28	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Audit système	Entretien Professionnel		
30	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable

				ou per os
32	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
33	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

37	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Novembre 2024