



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

L'Hôpital privé de l'Aube

4 rue chaim soutine
10000 TROYES



Validé par la HAS en Décembre 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 – Décembre 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	19
Annexe 3. Programme de visite	23

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 sous conditions de l'établissement.

Présentation

L'Hôpital privé de l'Aube	
Adresse	4 rue chaim soutine 10000 TROYES FRANCE
Département / Région	Aube / Grand-Est
Statut	Privé
Type d'établissement	GCS ES de droit privé

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	100010792	GCS ES CLINIQUE DE CHAMPAGNE	4 rue chaim soutine 10000 TROYES 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

Chapitre 1 : Le patient

Les patients accueillis à l'Hôpital Privé de l'Aube reçoivent une information claire sur les modalités des soins qui leurs seront délivrés. Les rencontres avec les patients et les équipes effectuées lors des évaluations ont montré que le patient est informé sur les modalités de sa prise en charge et associé au projet de soins le concernant. Les professionnels sont à l'écoute des besoins des patients et les prennent en compte dans l'élaboration du projet de soins. L'adhésion des patients à leur projet de soins est recherchée ainsi que leur consentement pour tous les actes. La personne de confiance désignée par le patient est tracée dans son dossier. L'information donnée au patient est claire et adaptée. Le livret d'accueil est remis au patient avec des documents d'information spécifiques en fonction du type de prise en charge : « Mon parcours en chirurgie ambulatoire » ou « Mon parcours en hospitalisation de chirurgie » par exemple. Il en est de même pour les patients pris en charge en hôpital de jour en chimiothérapie. En cas de pose d'un dispositif médical implantable, le patient est informé et l'information est tracée dans son dossier. Par contre, en cas de transfusion, l'information du patient n'a pas été retrouvée dans les dossiers lors des investigations réalisées. Le patient est informé de ses droits. La charte de la personne hospitalisée, la charte de l'enfant et la charte Romain Jacob sont affichées dans chaque service. Une information sur la commission des usagers est également affichée dans les services. Cependant, malgré les actions réalisées, il a été constaté une méconnaissance par les patients du rôle des représentants des usagers, des modalités de réclamation ou de déclaration des événements indésirables associés aux soins. Il en est de même pour l'information du patient sur son droit à rédiger des directives anticipées ainsi que sur l'alimentation par les équipes de son dossier médical de Mon espace santé (DMP). L'attention et la bienveillance des professionnels ont été soulignées par les patients rencontrés lors de la visite de certification. Le respect de l'intimité et de la dignité des patients, le respect de la confidentialité des informations concernant les patients sont ancrés dans les pratiques des professionnels. Les locaux sont propres, accueillants et bien équipés (l'ensemble du parc de lit a été changé récemment). Malgré des locaux anciens, les patients rencontrés confirment que les pratiques des professionnels permettent le respect de leur intimité et de leur dignité. Par contre, la configuration actuelle de la salle de réveil ne permet pas de respecter l'intimité des patients. En effet, la salle de réveil rectangulaire dispose de 7 postes, dont 6 en enfilade qui sont séparés par seulement deux rideaux fixés au mur. L'exiguïté des locaux ne permet pas d'ajouter des paravents sans risque pour la sécurité des patients en cas d'intervention en urgence. Un programme complet de reconstruction de l'établissement est validé avec un début de travaux prévu en 2025. La première tranche des travaux concernera le bloc opératoire et la salle de réveil. Dans le cadre de la prise en charge d'enfants mineurs, le chirurgien trace l'information donnée aux parents et adaptée à l'enfant pour recueillir leur consentement. Les enfants sont hospitalisés en chambre individuelle accompagnés systématiquement de leurs parents. Les parents sont impliqués dans la prise en charge de l'enfant. Une auxiliaire de puériculture est présente au sein de l'équipe soignante en ambulatoire ou en hospitalisation complète pour encadrer l'accueil des enfants. Par contre, les autres professionnels du service ainsi que les bracardiers n'ont pas bénéficié d'une formation à la prise en charge des enfants et des adolescents. La prise en charge de la douleur est effective. Elle fait l'objet d'évaluations régulières, tracées dans le dossier du patient. Les patients âgés ou les patients en situation de handicap bénéficient du maintien de leur autonomie tout au long de leur séjour dans l'établissement. Les proches ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins chaque fois que nécessaire, en particulier lors de l'hospitalisation d'enfants ou d'adolescents. Leur présence est largement facilitée lorsque la situation le nécessite (gratuité des repas pour les accompagnants par exemple en cas de situation de précarité...). La prise en compte des conditions de vie et de lien social est effective dans la prise en charge des patients. L'évaluation de l'autonomie et des conditions de vie habituelles

du patient est prise en compte pour l'organisation de la sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques pour définir le projet personnalisé de soins. Pour les prises en charge complexes une concertation pluridisciplinaire est organisée pour définir le projet de soin. Pour les prises en charge compatibles avec une hospitalisation à domicile, celle-ci est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée de manière systématique entre 24 et 72h. Les praticiens peuvent se référer à un référent antibiothérapie mais ne dispose pas de recommandations locales pour l'antibiothérapie. En ce qui concerne la pertinence de la transfusion de produits sanguins labiles, la traçabilité de l'analyse bénéfice-risque n'a pas été retrouvée dans les dossiers consultés. L'établissement s'est engagé dans une revue de pertinence des actes transfusionnels. Les équipes et les services se coordonnent pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge dans tous les services de l'établissement. En cas de besoin, l'ensemble des équipes disposent d'accès directs à un réseau d'expertise en interne ou de recours en externe (infectiologue, soins palliatifs...). Le dossier du patient est globalement complet et accessible à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Par contre, les équipes ne peuvent pas consulter le dossier médical du patient de Mon espace santé (DMP). La programmation opératoire est coordonnée et intègre les urgences. Les secteurs de soins et le bloc opératoire ont réalisé un travail commun pour améliorer le parcours du patient aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation complète. Ils se transmettent toutes les informations utiles pour sécuriser la prise en charge des patients. Les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient » sont respectées conformément aux recommandations de la HAS au bloc opératoire et en endoscopie. Les équipes des secteurs interventionnels réalisent un suivi des modalités de réalisation de la check-list, en particulier des Go/No Go, et mettent en place des actions d'amélioration. Une démarche palliative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est mise en œuvre et coordonnée pour les patients en fin de vie. L'établissement a une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'Hôpital de Troyes. L'association « Plutôt la vie » intervient auprès des patients avec des professionnels des soins de support tels que socio-esthéticienne, socio-coiffeuse, ostéopathe ou réflexologue par exemple. Une lettre de liaison est remise au patient à la sortie pour permettre la continuité des soins. Pour les enfants, le carnet de santé est systématiquement renseigné. Dans les différents services, les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles. Les règles d'identitovigilance sont connues des équipes rencontrées et les patients disposent tous de bracelet d'identification. Concernant la prise en charge médicamenteuse, les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique est réalisée pour toutes les prescriptions mais n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique pour les patients qui en dispose. Les modalités d'approvisionnement et de transport sont adaptées et réalisées conformément aux recommandations. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont connues et mises en œuvre par les professionnels rencontrés. Les conditions de stockage des médicaments, en particulier des médicaments à risque, sont maîtrisées dans l'ensemble des services de l'établissement. Les professionnels maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque dans tous les services de l'établissement. A la sortie, pour les patients vulnérables, en cas de modification du traitement les équipes expliquent au patient les modifications apportées à son traitement mais le bilan thérapeutique des traitements n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie. En ce qui concerne la maîtrise du risque infectieux, les équipes appliquent les précautions adéquates standard et complémentaires. Les précautions standard sont intégrées dans les pratiques des professionnels et les équipements de protection individuelle sont disponibles et en quantité adaptée aux besoins (SHA, EPI...). Les

précautions complémentaires d'isolement sont prescrites sur le dossier patient et réévaluées. Le personnel est formé et des référents hygiène sont présents dans chaque service. Des évaluations sur l'hygiène des mains ou sur les précautions complémentaires sont réalisées. Une chambre des erreurs est également organisée. Au bloc opératoire, les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie (prescription, moment, durée, etc.) sont appliquées pour toutes les interventions selon les recommandations de bonnes pratiques. Les pratiques sont évaluées et des ajustements sont réalisés en cas de besoin. De même, les bonnes pratiques per-opératoires pour la maîtrise du risque infectieux sont respectées. Concernant la désinfection des endoscopes, un investissement important dans le matériel a été réalisé par l'établissement. Les bonnes pratiques liées à la désinfection des endoscopes sont respectées (conditions de désinfection et de stockage, suivi des prélèvements microbiologiques...) mais les professionnels n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique en complément de la formation par compagnonnage. Pour la sécurité transfusionnelle, les protocoles sont formalisés et connus des professionnels. Le taux de destruction des produits sanguins labiles est suivi. Par contre, la traçabilité de la prescription n'a pas été retrouvée dans le dossier du patient car le logiciel de gestion des transfusions n'est pas interopérable avec le dossier patient. Une passerelle est en cours de déploiement. Le transport des patients en intra-hospitalier est maîtrisé. Les patients sont informés des délais de prise en charge et les conditions de sécurité et de confort des patients pendant leur transport sont respectées. Les équipes mettent en œuvre des actions d'amélioration issues de l'analyse des événements indésirables déclarés ainsi que des retours des patients (enquête de satisfaction e-satis, analyse des verbatims, questionnaire de satisfaction interne...). Les résultats des indicateurs, notamment des indicateurs nationaux, font également l'objet d'action d'amélioration. A titre d'exemple, on peut citer les actions réalisées sur la lettre de liaison. Les équipes du service d'oncologie ont réalisées une démarche d'évaluation des résultats cliniques (analyse des infections sur site d'injection) mais cette démarche n'a pas encore été initiée dans les autres services de l'établissement. Dans le service surveillance continue, l'équipe tient un registre de refus des admissions, mais ne réalise pas de suivi des réhospitalisations à 48 ou 72 heures et n'a pas défini d'indicateurs de suivi des modalités de prise en charge des patients. En cas de besoin, les équipes de ce service connaissent les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus mais ne disposent pas de document d'information sur le don d'organes.

Chapitre 3 : L'établissement

L'Hôpital Privé de l'Aube a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec les besoins du territoire et un partenariat très fort avec le Centre Hospitalier de Troyes. L'établissement a également développé de nombreuses collaborations avec les différents acteurs de la région au bénéfice des patients tels que le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles Pasteur, l'Institut Godinot à Reims, l'HAD, les EHPAD et la CPTS Troyes Champagne Métropole. L'établissement a également développé une politique d'aller-vers avec l'organisation de téléconsultations pour la chirurgie digestive et l'anesthésie et de consultations avancées à Provins et Romilly pour la chirurgie digestive et bariatrique. L'établissement a également mis en place des modalités d'organisation pour éviter des passages aux urgences pour les personnes âgées notamment par des admissions directes dans le service de chirurgie. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. Le recueil de la satisfaction des patients est réalisé au travers du dispositif national e-satis ainsi qu'avec des questionnaires de satisfaction spécifiques en fonction des différentes prises en charge (chirurgie hospitalisation complète, chirurgie ambulatoire, hôpital de jour de chimiothérapie). Les résultats et les verbatims sont analysés et partagés avec les équipes des différents services ainsi qu'avec les représentants des usagers. L'établissement a également développé une démarche pour recueillir l'expérience des patients. A titre d'exemple on peut citer les interviews réalisées auprès de patients pris en charge en ambulatoire qui ont permis de modifier les documents d'information remis au patient. L'établissement a une communication centrée sur le patient et assure la promotion de bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage par le biais notamment de formations à la relation et la communication thérapeutique ou à l'annonce d'un diagnostic difficile par exemple. Les plaintes et les réclamations sont communiquées dans les différentes instances de l'établissement. La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont portées par la gouvernance de l'établissement. La bientraitance est une valeur forte de l'établissement, inscrite dans le projet d'établissement, ancrée dans les pratiques des professionnels et soulignée par les patients rencontrés. Une charte de bientraitance a été élaborée par l'établissement. Deux formations à la bientraitance ont été organisées cette année. L'établissement est par ailleurs attentif au repérage et à la prise en charge des maltraitements éventuelles subies par les patients. Des procédures et des conduites à tenir pour le repérage, la prise en charge et le signalement de situations de maltraitance sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire et connues des équipes rencontrées. L'accès aux soins des personnes vulnérables est favorisé. 70% des patients accueillis bénéficient de la CMU, une liste d'interprètes est disponible et connue des professionnels et une assistante sociale est présente deux jours par semaine dans l'établissement. Par contre, la configuration architecturale ancienne de l'établissement ne permet pas d'assurer l'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap. Un programme complet de reconstruction de l'établissement est validé avec un début de travaux prévu en 2025. L'accès du patient à son dossier est organisé et les délais de réponse aux demandes sont suivis. La Commission des Usagers a été réactivée en 2023 et les représentants des usagers sont impliqués dans l'établissement. Le projet des usagers n'a pas encore été formalisé. La qualité et la sécurité des soins constituent un axe fort du projet d'établissement porté par la gouvernance de l'Hôpital Privé de l'Aube. La direction, le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), la direction des soins, l'encadrement et les professionnels sont associés à l'élaboration et au suivi de cette politique. Cette politique est déclinée en actions concrètes dans les différents services de l'établissement en associant les professionnels (référénts thématiques, groupe de travail ...). Ces actions sont connues des professionnels rencontrés. L'établissement a également réalisé une enquête culture sécurité auprès de l'ensemble des professionnels au cours de l'été. La gouvernance pilote et accorde une attention toute particulière à

l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge. La politique menée vise à anticiper les besoins en fonction de l'activité ainsi que les compétences nécessaires. L'établissement s'assure en permanence que les professionnels présents connaissent l'établissement et ont les compétences nécessaires pour prendre en charge les patients dans le secteur concerné. La direction de l'établissement favorise le travail en équipe au travers des staffs ou des exercices de mise en situation. On peut citer en exemple le staff en oncologie qui associe les professionnels de jour, de nuit, les oncologues et la responsable du service, ou les exercices de mise en situation réalisés en unité de surveillance continue avec l'ensemble des équipes de jour comme de nuit. La direction de l'Hôpital Privé de l'Aube accorde également une place importante au maintien et au développement des compétences des professionnels à travers une politique de formation continue active (formation au management et aux relations interpersonnelles pour tous les responsables des services de soins, formation bientraitance, formation prise en charge en soins palliatifs...). Un effort important est également porté sur les formations diplômantes. Plusieurs Diplômes Universitaires (DU) sont réalisés parmi lesquels on peut citer un DU en soins palliatifs et un DU gestion de crise. D'autres sont en projet comme le DU dispositifs médicaux et stérilisation. Les professionnels sont sensibilisés au questionnement éthique mais l'établissement n'a pas réalisé d'état des lieux des questionnements éthiques ni mis en place un comité d'éthique. La qualité de vie au travail (QVT) est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement. Pour la gouvernance de l'Hôpital Privé de l'Aube « s'appuyer sur la stratégie nationale d'amélioration de la QVCT en prenant soin de ceux qui nous soignent, c'est confirmer le lien indéfectible entre les conditions de travail des personnels et la qualité des soins ». Cette politique a été élaborée à partir d'un questionnaire en 2018. L'élaboration, le suivi et l'évaluation de cette politique sont concertés avec les instances représentatives du personnel. Des dispositifs d'écoute et de soutien des professionnels sont mis en œuvre en cas de besoin (réunion de service, soutien psychologique en interne ou en externe, formation à la gestion des conflits, médiation ...). En cas de médiation, des propositions d'actions sont élaborées, proposées et acceptées par les parties prenantes pour permettre l'accompagnement des professionnels dans la reprise de leur poste. La gestion des risques est organisée. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est organisée. Le plan blanc est formalisé. La cellule de crise est opérationnelle. Elle dispose des outils et des procédures nécessaires. Un exercice de déclenchement de la cellule de crise a été réalisé en juin 2024. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. L'établissement dispose d'un plan de sécurisation. Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont pris en compte par l'établissement. L'établissement a réalisé un diagnostic initial et définit une politique de transition écologique. Les consommations d'eau, d'énergie et la production de déchets sont connues et font l'objet d'action d'amélioration. L'établissement a mis en place 14 filières spécifiques pour le recyclage des déchets. La prise en charge des urgences vitales est organisée au sein de l'établissement. La procédure d'appel en cas d'urgence vitale permet de joindre un médecin compétent pour intervenir en cas d'urgence vitale. Les chariots d'urgence sont aisément et rapidement accessibles. Ils sont vérifiés régulièrement et après chaque utilisation. Les vérifications sont tracées et font l'objet d'un suivi. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence et le suivi de cette formation est réalisé avec rigueur par l'établissement. Par contre, des exercices de mise en situation n'ont pas encore été réalisés mais sont planifiés d'ici la fin de l'année. Ces exercices ont été réalisés après la visite conformément au planning défini. Après la visite l'établissement a également réalisé une évaluation du dispositif de prise en charge des urgences vitales pour valider son efficacité. La gouvernance de l'établissement impulse, développe et partage avec les équipes une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Cette dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins se traduit par la diffusion et la promotion des recommandations de bonnes pratiques ; par l'analyse, l'exploitation et la communication au sein de l'établissement des indicateurs qualité et sécurité des soins ; par le suivi et la prise en compte de la satisfaction des patients ainsi que par la promotion, l'analyse et le suivi des événements indésirables associés aux soins. Par contre, l'établissement ne réalise pas encore de revues de pertinence des admissions et des séjours. Enfin, la

gouvernance de l'établissement promeut le dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les spécialités et activités dites « à risque ». Ainsi, plusieurs médecins sont engagés dans un dispositif d'accréditation individuelle (orthopédistes, chirurgien digestif...). L'établissement poursuit sa démarche de promotion de la démarche d'accréditation, et en particulier de l'accréditation en équipe, auprès de l'ensemble des praticiens concernés. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

- Systématiser l'analyse bénéfice-risque et la pertinence des actes transfusionnels
- S'assurer de la traçabilité de la prescription de la transfusion dans le dossier du patient ainsi que de l'information du patient
- Mettre en place une formation actualisée et diplômante des professionnels réalisant la désinfection des endoscopes
- Formaliser un protocole de suivi des ré hospitalisations à 48 ou 72 heures et développer des indicateurs de suivi des modalités de prise en charge des patients
- Renforcer la collaboration avec les représentants des usagers en les impliquant davantage dans les projets d'amélioration de la vie des patients et en favorisant des concertations régulières avec les équipes de soins pour mieux répondre aux besoins des usagers et améliorer continuellement les pratiques.
- Déployer une démarche d'évaluation des résultats clinique
- Développer l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels

Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.

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	100010792	GCS ES CLINIQUE DE CHAMPAGNE	4 rue chaim soutine 10000 TROYES FRANCE
Établissement principal	100010818	GCS ES CLINIQUE DE CHAMPAGNE	4 rue chaim soutine 10000 TROYES 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)	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	8
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	69
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	15
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	25
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	15
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	612
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)	7
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			
2	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
4	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
5	Audit système			
6	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur			

8	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
11	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
12	Traceur ciblé			Prescription PSL
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
17	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Audit système			

19	Audit système			
20	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
25	Traceur ciblé			Circuit urétéroscope
26	Audit système			
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Adulte	

27			Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
28	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
29	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
30	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant un médicament de chimiothérapie
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Audit système			
34	Audit système			
35	Audit système			
36	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
38	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

