



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean

Avenue georges bizet
83000 TOULON



Validé par la HAS en Janvier 2025

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 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	19
Table des Annexes	26
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	27
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	28
Annexe 3. Programme de visite	32

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 avec mention.

Présentation

Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Jean	
Adresse	Avenue georges bizet 83000 TOULON FRANCE
Département / Région	Var / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	830000196	SA HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT JEAN	avenue georges bizet 83000 Toulon FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

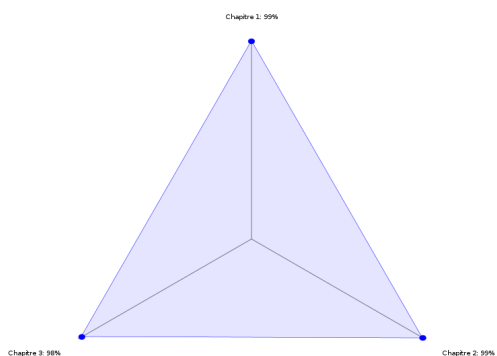
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

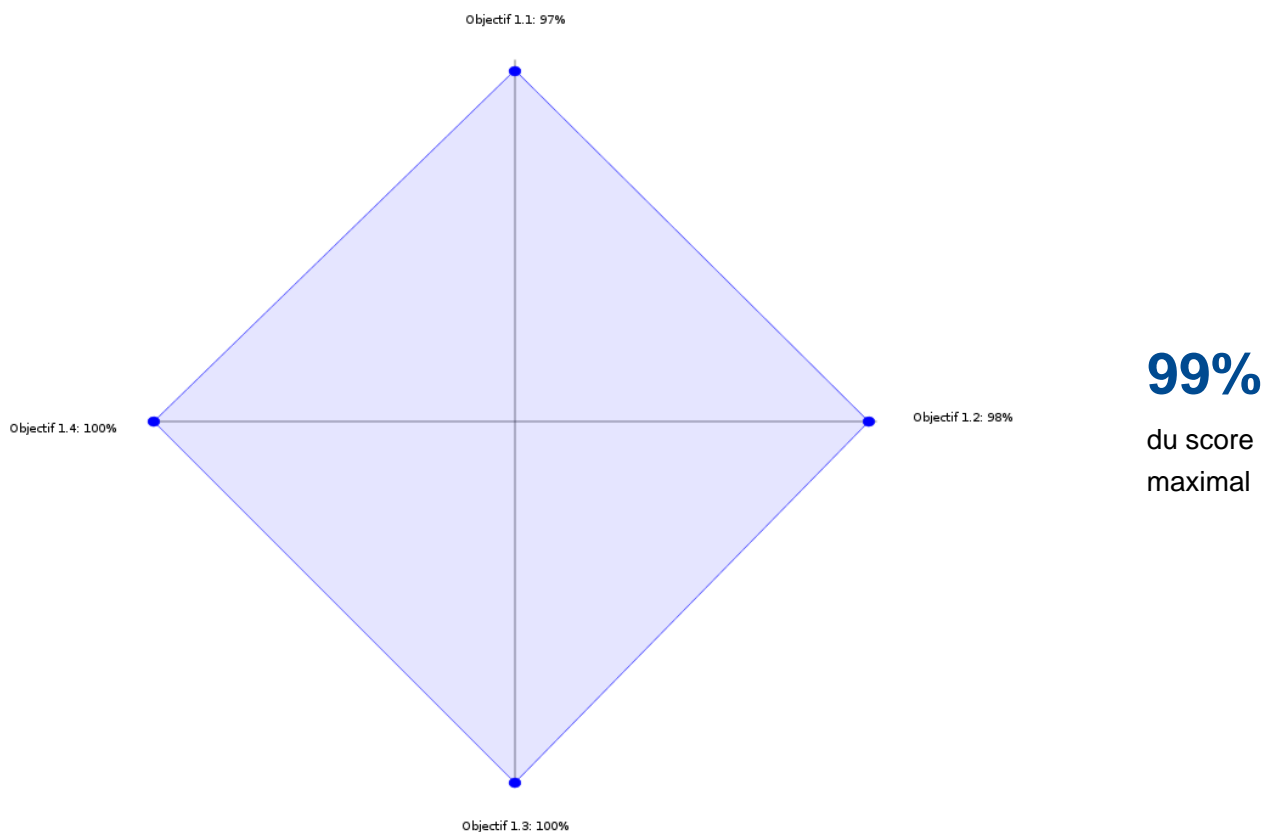
Au regard du profil de l'établissement, [112](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



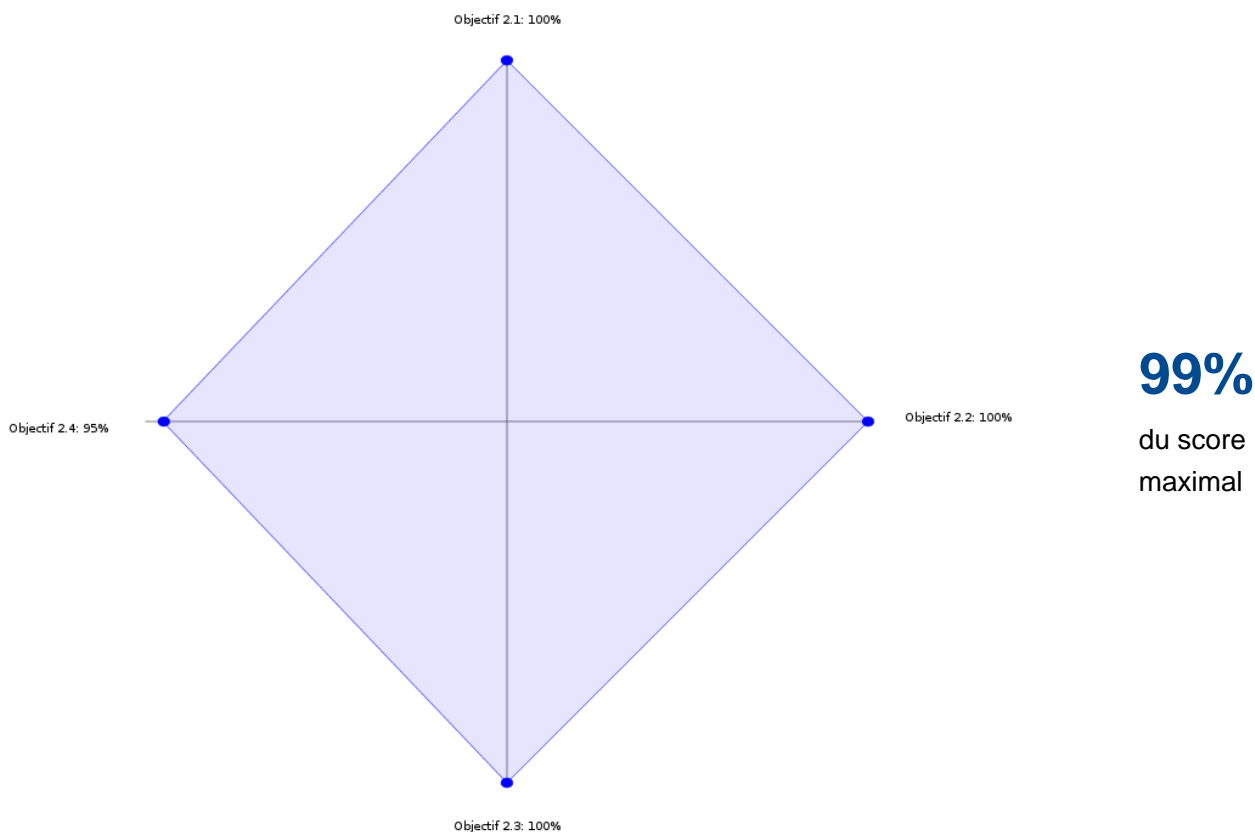
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont proposés. Ils confirment la bonne compréhension de l'information transmise dans l'ensemble des services. Ils sont associés à la réflexion bénéfique sur leur prise en charge. Les consentements aux soins et aux actes interventionnels sont recherchés et tracés. De nombreux documents sont mis à leur disposition pour permettre aux patients de comprendre leur prise en charge et leurs droits. Des « Livrets Entrée Patient » (LEP) et livrets d'information patient (LIP) sont spécifiques pour chaque service. Ils reprennent toutes les informations nécessaires au séjour : recueil de la personne de confiance, directives anticipées, différentes autorisations de soins, document d'information sur l'intégration du dossier patient dans le dossier médical partagé (DMP) de mon espace santé et la possibilité de tracer un éventuel refus, questionnaire médical... Ce livret est rempli par le patient et/ou ses

proches. Un livret d'accueil patient (LAP) est également remis au patient qui explique toutes les informations concernant l'organisation générale de l'hôpital, l'admission, le séjour et la sortie, la qualité et sécurité des soins, les droits et les obligations de l'usager, les informations sur la commission des usagers et le rôle des représentants des usagers. Les livrets d'accueil sont adaptés à la population prise en charge : un livret pour les adultes, un pour les enfants et un pour les adolescents. Des livrets d'informations sur des actions éducatives sont donnés aux patients comme un livret sur le risque cardio vasculaire, un livret sur l'éducation nutritionnelle pour diabétique, un livret hygiène traduit en plusieurs langues, un livret hygiène des mains également sous forme d'affichette. Les informations sur les droits des patients, les messages de santé publique (alcool, tabac, vaccination...) sont également affichés dans les couloirs et lieux d'attente, et sur les écrans de télévision. Les affichages sont spécifiques aux secteurs, par exemple en maternité la charte de l'allaitement, en hôpital de jour gériatrique la charte de la personne âgée, en chirurgie et chirurgie ambulatoire la charte de l'enfant... En chirurgie ambulatoire et pour les hospitalisations de jour en médecine, le livret entrée patient (LEP) est le document type passeport qui comporte toutes les informations nécessaires et détaillées sur les prises en charge. Néanmoins en hôpital de jour de gériatrie le livret d'entrée patient n'est pas encore formalisé. Seul le livret d'accueil est remis au patient. Pour toutes les prises en charge, les consignes sont données lors de la consultation médicale. Pour l'unité de chirurgie ambulatoire, un SMS et un mail sont envoyés à J-3 aux patients, puis à J-1 pour le complément d'informations et l'heure de convocation. Pour les patients âgés de plus de 75 ans, c'est un appel téléphonique. Les enfants et adolescents participent à leur prise en charge et sont invités à donner leur avis sur leur projet de soins. En maternité, le projet de naissance est discuté avec les futurs parents, recueilli en cours de grossesse et lors des consultations un entretien prénatal précoce est mené. En cas de transfusion, le patient est clairement informé des produits administrés. L'information sur les rayonnements ionisants est tracée sur les comptes rendus radiologiques et dans la lettre de liaison. La personne de confiance est recherchée et tracée dans le dossier patient et sur le LEP rempli par le patient qui est numérisé en temps réel et intégré au dossier. L'information sur le droit à rédiger des directives anticipées est évoquée dans le livret d'accueil, en consultation, et auprès des patients en service de médecine, mais pas toujours abordé lors des hospitalisations en court séjour (chirurgie ambulatoire). Les consignes pour la sortie sont explicitées dans tous les secteurs de soins, en revanche pour le service de très court séjour (urgences mains), un patient n'avait pas reçu les consignes concernant la reprise de son traitement personnel. En médecine, les consultations d'annonce pour une pathologie oncologique sont réalisées par le médecin, puis par une infirmière titulaire d'un diplôme en pratiques avancées en oncologie. L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence de l'équipe de médecine formée aux soins palliatifs et par l'identification de lits spécifiques pour cette prise en charge dans le service. Les patients sont invités à exprimer leur expérience et satisfaction au travers de l'enquête e-satis, des questionnaires de satisfaction (au format papier recueillis à la sortie du service ou envoyés de façon dématérialisée à J+1 de leur hospitalisation par un lien sur leur mail ou par sms). L'expérience patient est prise en compte lors des patients traceurs réalisés et tout au long de leur séjour. Une enquête de satisfaction sur la prise en charge de la douleur est également menée auprès des patients. Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques professionnelles garantissent le respect de l'intimité et de la confidentialité. Des rideaux d'intimité sont mis en place dans les chambres à 2 lits et en salle de soins post interventionnelle (SSPI) des paravents permettent le respect de l'intimité. Les blouses des patients permettent d'assurer le respect de la dignité (fermeture de type peignoir à l'avant du vêtement). Les populations spécifiques (personnes âgées, fragiles ou porteuses d'un handicap) font l'objet d'une attention particulière pour maintenir leur autonomie tout au long de leur hospitalisation. Les patients mineurs bénéficient d'un environnement adapté pour leur prise en charge. Une procédure d'accueil de prise en charge de l'enfant est formalisée ainsi qu'un chemin clinique spécifique à la prise en charge de l'enfant et l'adolescent en chirurgie ambulatoire. Les professionnels sont formés sur la prise en charge spécifique de l'enfant. Une IDE puéricultrice est présente en semaine dans le service de gynécologie obstétrique. Des lits parc sont à disposition et 1 poste en SSPI est adapté et isolé des adultes par un rideau. Les enfants ont à leur disposition des voiturettes pour aller au bloc opératoire. Au centre urgences de la main, des tablettes sont proposées aux enfants avec dessins

animés, casque de réalité virtuelle pour les distraire. Le recours à la contention est une pratique peu fréquente dans l'établissement et est utilisée en dernier recours après réflexion bénéfice risque ou sur demande du patient ou de ses proches, l'autonomie est privilégiée. Lorsqu'une contention est mise en place, principalement des barrières de lits, la prescription médicale, la surveillance et la réévaluation sont tracées dans le dossier du patient. Les patients bénéficient d'une évaluation de la douleur visant à l'anticiper et la soulager. Les mesures sont répétées mais pas toujours menées avec une échelle adaptée, notamment pour l'enfant en bas âge. Pour les prescriptions conditionnelles de traitement antalgique (si besoin), le niveau ou le seuil de tolérance de la douleur n'est pas toujours retrouvé bien que l'organisation du dossier patient le permette. L'établissement a pris en compte le constat et a fait une requête pour que cet item soit bloquant et que la prescription soit au regard du résultat d'une échelle. Les proches et les aidants sont associés au projet de soins des patients quelle que soit la spécialité. Pour les patients pris en charge en soins palliatifs, la famille a la possibilité de rester auprès du patient 24h/24. Une salle d'accueil des familles est à leur disposition dans le service de médecine. En maternité, la présence du coparent est favorisée et possible 24h/24 (lit accompagnant) y compris en cas de césarienne, ou le coparent à accès en SSPI. La philosophie est de ne pas générer de séparation mère/enfant, le peau à peau est possible dès le bloc opératoire. Si besoin dans les autres services les horaires de visite sont élargis. Les conditions de vie environnementales et sociales du patient sont prises en compte. A l'arrivée du patient, dans tous les secteurs, le recueil des habitudes de vie et des conditions de vie habituelles sont recensées avec le patients et/ou ses proches afin d'élaborer son projet de soins et permettre l'anticipation de la sortie. En maternité, un staff médico psycho social mensuel est réalisé et une liaison 3 fois par semaine avec la PMI est en place pour les patientes nécessitant un suivi particulier. Le soutien à la parentalité est renforcé par la présence d'un psychologue chaque matin. En service de médecine la coordination avec les professionnels de l'hospitalisation à domicile (HAD) est effective pour permettre la prise en charge au domicile. La sortie des patients est organisée et préparée dès l'entrée des patients pour prévoir soit un retour à domicile avec les aides nécessaires, soit une prise en charge en convalescence, en HAD ou une prise en charge par le PRADO.

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	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	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	100%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	95%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour l'ensemble des prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques sont discutées de manière collégiale lors des réunions de transmissions inter équipe, des staffs pluriprofessionnels et lors des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en oncologie permettant une évaluation de la pertinence des soins régulière. Les prescriptions d'antibiotiques font l'objet d'une justification tracée dans le dossier patient. Leur réévaluation est réalisée entre la 48ème et la 72ème heure. Les praticiens disposent de protocoles actualisés, d'un livret antibiotique et des recommandations s'appuyant sur les éléments cliniques et biologiques par un lien sur le dossier au données de bactériologie. Les praticiens peuvent faire appel à l'infectiologue référent antibiotique 7j/7. L'infectiologue de l'hôpital assure la formation des médecins et

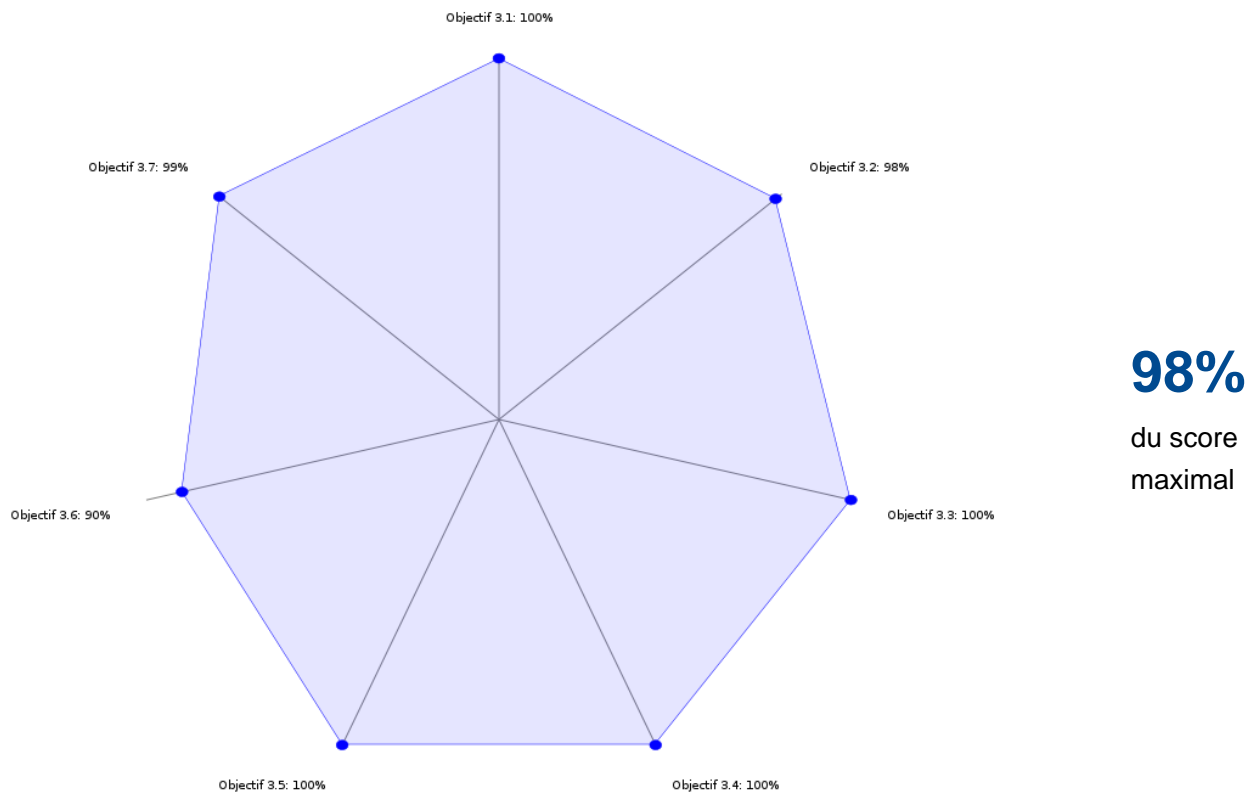
des infirmières. Des RCP sont réalisées avec l'infectiologue pour les patients atteints d'affections ostéo articulaires. La pertinence de la transfusion et des produits dérivés du sang est analysée par une revue de pertinence et lors des réunions avec le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH). L'analyse bénéfice risque est tracée dans les dossiers des patients. Les équipes sont coordonnées pour assurer une prise en charge adaptée et continue des patients dans tous les secteurs de soins. La coordination professionnelle est effective dans l'élaboration du projet de soins des patients. La mise en place des réunions pluriprofessionnelles, staffs, transmissions orales et écrites contribuent à une approche globale et concertée des patients. Ces réunions permettent de fixer les objectifs de soins adaptés en fonction de l'état de santé, de l'évolution du patient et ainsi le réajustement du projet de soins en continu. On peut citer les staffs hebdomadaires en maternité, les RCP en médecine oncologique avec le centre de Cancérologie Paoli Calmette de Marseille. En médecine, un staff réunissant tous les acteurs de soins est réalisé une fois par semaine. La réflexion sur l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) pour les patients en fin de vie, est discutée lors de ce staff. Toutes les décisions prises pour les patients dans tous les secteurs font l'objet d'un compte rendu intégré dans le dossier patient. L'admission en unité de soins continue (USC) est programmée en amont de l'intervention pour les patients présentant un risque post opératoire. Des transferts de patients de médecine en USC sont réalisés en concertation avec les médecins et les anesthésistes réanimateurs. Un centre d'urgence pour la prise en charge des « urgences main » fonctionne 24h/24 et 7j/7. Une IDE d'accueil et d'orientation est formée pour assurer l'accueil des patients en urgence. Des fiches réflexes sont formalisées. Ce service fonctionne directement avec le bloc opératoire pour la prise en charge des patients. Si nécessité d'un transfert, il est organisé vers l'hôpital de la Timone à Marseille pour la prise en charge des enfants de moins de 15kg et en concertation avec le médecin anesthésiste. Les patients opérés pour une « urgence main » sont revus à J+1 en consultation dans le centre de la main. Les délais d'attente sont suivis par des audits. Le dossier patient est informatisé (DPI) sur l'ensemble de l'hôpital. Il est complet et consultable par l'ensemble des professionnels. Des documents papiers existent tels que le livret entrée patient. Ils sont numérisés en temps réel et intégrés au DPI. Le DPI est utilisé par l'ensemble des professionnels qui tracent leurs interventions. Des fiches de liaison sont réalisées lors de transferts en structure d'aval ou lors de la sortie par les professionnels afin de permettre la continuité de la prise en charge. Les professionnels peuvent avoir recours, si nécessaire à des correspondants experts en interne et externe dont les modalités de recours sont connues : médecin référent douleur, infirmière en pratique avancée en oncologie, gériatres, orthophoniste, équipe de soins palliatifs, psychologue, psychiatre, référent handicap... Pour la maternité les professionnels peuvent avoir recours au réseau d'expert en Périnatalité (Niveau 3 Marseille la Conception ou l'hôpital Sainte Musse de Toulon). La prise en charge palliative est pluridisciplinaire et coordonnée. Des lits de soins palliatifs sont identifiés en service de médecine. Des médecins référents en soins palliatifs et une IDE titulaire d'un DU en soins palliatifs interviennent auprès des équipes et des patients des autres services si besoin. Les familles et les aidants sont intégrés dans le processus d'accompagnement pour la fin de vie. L'équipe de soins palliatifs est membre de l'association pour les soins palliatifs (APSP) PACA. En maternité, les modalités de prise en charge suite à un décès in utero sont organisées. Une psychologue intervient tous les jours. L'équipe accompagne les parents dans le deuil périnatal et leur propose des associations. La commission éthique est très active dans l'aide à la prise en charge des patients en fin de vie. La conciliation médicamenteuse est mise en place et a récemment commencé pour les patients de médecine polymédicalisés à l'entrée et à la sortie. Des conciliations médicamenteuses sont également réalisées par l'infirmière en pratique avancée (IPA) de l'HDJ gériatrique. Les conciliations médicamenteuses sont incrémentées dans le Dossier Médical Partagé (DMP) et le dossier pharmaceutique. La programmation des actes interventionnels est validée en commission de régulation de l'activité chirurgicale (CRAC). L'activité est adaptée au quotidien par le chef de bloc, l'anesthésiste réanimateur et le chirurgien en cas de modification de programmation et pour l'intégration des urgences. En cas de déprogrammation, une analyse sur les causes et les délais de reprogrammation est réalisée en conseil de bloc. Les check - list sécurité des patients sont utilisées lors des vérifications croisées dans tous les secteurs interventionnels : au bloc opératoire, au bloc endoscopie et en maternité. Les check - list

sont spécifiques à chaque spécialité. Les fiches de liaison entre les secteurs de soins et les blocs opératoires sont intégrées dans le DPI. Les données pour le suivi de la prise en charge post opératoire en SSPI sont accessibles aux professionnels des services pour assurer la continuité des soins. Le transport des patients est assuré par des brancardiers intégrés dans chaque équipe. Ils sont joignables par téléphone selon les secteurs d'intervention. Une attention particulière est réalisée pour le respect de la confidentialité du dossier, en plaçant celui-ci dans un sac plastique opaque. Le transport interne des patients respecte les conditions de sécurité et de confort. Le transport est tracé par le brancardier sur la fiche de liaison. A la sortie des patients, une pochette de sortie leur est remise contenant la lettre de liaison médicale, le compte rendu opératoire ou d'hospitalisation, la fiche de liaison infirmière, la fiche bilan kinésithérapie et les ordonnances. Le carnet de santé de l'enfant est renseigné et remis aux parents. Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont mises en œuvre tout au long de son parcours. Seuls les professionnels formés peuvent réaliser les créations d'identité. En maternité, afin de sécuriser l'identité du nouveau-né, elle est créée en provisoire. Elle devient définitive par ajout de la déclaration de naissance scannée dans le dossier. Pour les autres secteurs, les patients portent un bracelet d'identification, la photo d'identité est intégrée au dossier patient et pour les patients en HDJ chimiothérapie, une carte d'identification avec photo du patient leur est remise à chaque séance. L'identification des patients dans le système d'information est réalisée de manière sécurisée et l'Identité Nationale de Santé (INS) est mise en œuvre ; le taux de qualification est de 81 %. Les vigilances sont organisées et les professionnels se sont approprié les modalités de déclaration. Un comité de vigilances et de gestion des risques (COVIGERIS) coordonne les différentes vigilances. La prise en charge médicamenteuse est organisée dans son ensemble : prescriptions, analyses pharmaceutiques de niveau 2, dispensation et administration. En revanche, les prescriptions d'antalgiques en ambulatoire ne sont pas complètes, il manque la fréquence d'administration. Ce constat a été corrigé pendant la visite, en intégrant un système bloquant dans le DPI pour rendre obligatoire la prescription de la période réfractaire d'administration. Les alertes pharmaceutiques délivrées par les pharmaciens sont prises en compte par les praticiens. Le transport des médicaments est réalisé selon les recommandations de bonnes pratiques dans des malles fermées. Le stockage des médicaments est sécurisé dans les services dans des armoires fermées par code. Les médicaments thermosensibles sont stockés dans des réfrigérateurs dotés d'une alarme avec un reporting d'alarme sur les agents de sécurité la nuit, les week-end et jours fériés qui appellent l'administrateur de garde. La dispensation des médicaments est globale sauf pour les traitements personnels, elle est nominative. Ce sont les préparateurs en pharmacie qui assurent la gestion des armoires de dotation dans les services. En cas de besoin urgent, une armoire de dotation pour les urgences est postée dans le sas de la pharmacie. Une procédure est formalisée et connue des professionnels. La liste des médicaments à risque est formalisée à partir de la liste nationale des Nevers Events et adaptée à chacun des services. Les médicaments sont identifiés par des logos spécifiques. Les médicaments injectables sont préparés au moment de l'administration et sont étiquetés avec des étiquettes éditées via le logiciel de prescription. La traçabilité de l'administration et de la non-administration est assurée en temps réel dans le DPI. Les professionnels sont formés sur l'usage de médicaments à risques (MAR) et le double contrôle est effectif. Des formations sont dispensées par les pharmaciens auprès des infirmières sur l'utilisation des médicaments à risque et sur les règles d'administration (5B). Une formation est également disponible en e-learning « prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses ». La présence journalière des préparateurs en pharmacie dans les services contribue également au maintien des connaissances des professionnels. Le circuit de prescription, préparation, dispensation et administration des cytostatiques est maîtrisé. Les chimiothérapies sont prescrites sur un logiciel métier spécifique intégré au DPI. Les cytotoxiques sont préparés dans la ZAC (zone atmosphère contrôlée). Les prescriptions sont effectuées, conformément aux décisions de RCP, exclusivement par des médecins oncologues présents sur site, en présence du patient et après contrôle biologique et clinique. Une validation systématique est effectuée par un pharmacien qui dispose d'un accès à l'ensemble du dossier patient (diagnostic, RCP, anapath, biologie, clinique et CR des séances antérieures et tolérance). La mise en production est uniquement réalisée après confirmation de la présence du patient par l'IDE. Un double contrôle

est réalisé par les préparatrices avec traçabilité du double contrôle lors de la préparation sous flux. Un contrôle par le pharmacien avant la libération de la poche est réalisé. Les poches sont étiquetées conformément aux bonnes pratiques. Les mesures de sécurité pour le personnel sont mises en place et connues. Les IDE sont formées à l'administration des cytotoxiques et à la surveillance adaptée. Une attention particulière est portée au contrôle d'identité et d'adéquation parfaite entre prescription et poche délivrée avant toute administration. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée avec la mise en place d'une check list très détaillée dans le dossier transfusionnel reprenant toutes les étapes à remplir par l'IDE. Le dossier transfusionnel est numérisé puis intégré au DPI. Les IDE connaissent les précautions liées aux risques de surcharge post transfusionnels. Les IDE de l'USC sont habilitées pour la gestion du dépôt de sang (DUV et relais) avec formation interne et habilitation par l'établissement français du sang (EFS). Des réunions avec le CSTH sont régulières avec un suivi des produits sanguins labiles détruits, des retours conformes et non conformes. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en termes de prescription, de surveillance et de traçabilité. La pertinence de leur maintien est réévaluée tous les jours lors des transmissions inter équipe ou lors des staffs. La préparation pré et per opératoire est réalisée selon les recommandations de bonnes pratiques à partir de protocoles mis à jour. Les précautions standards et complémentaires sont intégrées par les professionnels. Le traitement des endoscopes est réalisé dans un même lieu (endoscopes bronchiques, gastriques et coloscopes) au bloc endoscopie par des professionnels formés. Les protocoles sont formalisés, mis à jour et à disposition des équipes. La maintenance préventive et curative est opérationnelle. La traçabilité des endoscopes utilisés est effective dans les dossiers patients. Un cahier de vie des endoscopes est en place. Les contrôles épidémiologiques sont programmés et assurés. Un document de suivi des endoscopes est partagé entre les professionnels d'endoscopie, le biomédical et l'équipe hygiène. En secteur interventionnel, les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont respectées. Les protocoles adaptés aux différents actes sont formalisés selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et validés en CLIN. La prescription de l'antibiotique est tracée sur la fiche d'anesthésie et l'administration réalisée selon les délais. Une EPP sur l'antibioprophylaxie est suivie en routine par des audits réguliers. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOHH) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins avec les responsables des services et les référents hygiène. Ils mènent de nombreux audits et évaluations de pratiques réalisés chaque quadrimestre. Ils participent aux challenges et semaines sécurité des patients. Un passeport en hygiène hospitalière a été formalisé pour les nouveaux arrivants. Un travail sur la gestion des excréments avec la mise en place de « gélifiant » et d'urinaux en cellulose recyclée a été mené par l'EOHH. Le CLIN se réunit 2 fois par an et 2 réunions inter CLIN sont réalisées avec un retour aux équipes de soins sur les analyses de pratiques. Les professionnels sont sensibilisés à la vaccination par des campagnes de vaccination. Les professionnels en secteur interventionnel, utilisent les équipements de protection individuelle et portent les dosimètres pour se protéger des rayonnements ionisants. En maternité, les professionnels sont formés à la prévention et à la prise en charge précoce de l'hémorragie du post partum (HPPI). Des formations par la simulation sont organisées en équipe par le réseau Périnatal. Un logigramme et une feuille de surveillance spécifique à ce risque sont intégrés au dossier patient. Le chariot d'urgence est spécifiquement dédié pour cette prise en charge. Dès lors qu'une prise en charge pour HPPI intervient, une fiche d'évènement indésirable est ouverte et une RMM (revue de mortalité et morbidité) est déclenchée. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées. L'identification des risques de dépendance iatrogène est réalisée à l'entrée du patient. Pour les patients âgés de 75 ans et plus, la mise en place d'actions préventives est systématique. L'identification du risque suicidaire est réalisée à partir d'une grille et prise en charge par la psychologue. La lettre de liaison à la sortie contient tous les éléments concernant le bilan thérapeutique et le comparatif entre le traitement d'entrée et le traitement à la sortie pour tous les patients. Les équipes analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions d'amélioration pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Dans l'ensemble des services de nombreuses évaluations des pratiques sont réalisées au travers d'audits planifiés obligatoires, et par des revues de pertinence de soins : pertinence sur le sondage urinaire à domicile chez l'adulte, pertinence en soins

critiques, enquêtes prélèvements de bactériologie, pertinence de la nutrition parentérale qui a obtenu le prix des CLAN nationaux par la société francophone nutrition clinique et métabolique (SFNCM). Des EPP sont engagées en maternité sur l'HPPI et une EPP de pertinence sur les transfusions sanguines. De nombreux outils sont mis en place pour permettre aux professionnels d'intégrer une culture qualité. Les responsables des services ont un planning d'audits à réaliser chaque année, et des grilles d'audits mises à disposition. Les résultats des audits sont colligés dans un tableau de bord par service qui est intégré dans l'espace professionnel intranet. Des réunions quadrimestrielles sont en place avec un compte rendu de réunion. Les résultats des audits sont restitués par les responsables auprès des équipes de soins concernées, analysés lors des réunions de service et en Commission des Soins Infirmiers (CSSI). Dans l'ensemble des services de l'établissement, la majeure partie des professionnels citent les actions à mettre en place qui sont dans leur PAQSS. Néanmoins dans un service, les professionnels n'étaient pas en mesure d'explicitier quelles actions étaient à mettre en œuvre. Pour exemple dans le PAQSS du service il est noté "Projet de service sur l'optimisation du parcours patient" et les professionnels rencontrés n'ont pas cité ce projet de service. Dans ce service, le contexte est particulier car l'équipe a été réorganisée pour intégrer les professionnels de la clinique Sainte Marguerite. Une action a été mise en place suite au constat. Des questions ont été rajoutées dans le formulaire dédié aux entretiens professionnels annuels : « Connaissez-vous le PAQSS de votre service ? Vous sentez vous impliqué dans la réalisation de celui-ci, avez-vous une action ou une remarque à proposer ? ». En secteur interventionnel, les audits d'utilisation de la check-list sont réguliers et l'analyse des GO/NOGO est assurée par les responsables des blocs opératoires. Un tableau de recueil des résultats des audits est intégré dans l'intranet pour chaque secteur d'activité et instance. Des visites « terrain » sont également menées par les membres de la Direction. Les points non satisfaisants relevés par les Directeurs sur les grilles « Visite terrain » sont intégrés par les responsables de service et/ou processus dans leur prochain Plan d'Action Qualité afin de s'assurer du suivi des actions d'amélioration à engager. Les grilles « Visite terrain » sont annexées au compte-rendu de Revue de Direction. Des réunions régulières sont menées avec le service d'imagerie et le laboratoire pour réaliser des bilans de fonctionnement et mettre en place des plans d'actions d'amélioration. Les professionnels du laboratoire et du laboratoire d'anatomopathologie sont conviés aux réunions du CLIN. Dans l'unité de soins continus, les indicateurs inhérents aux soins critiques sont recueillis et analysés (refus d'admission, transferts à 48h, réhospitalisations...). Les professionnels participent aux audits et la majeure partie connaissent les résultats des indicateurs de leur service. Ils connaissent les résultats des questionnaires de satisfaction, de l'enquête e-satis, des plaintes et réclamations et les plans d'actions à mettre en place. Les professionnels déclarent les événements indésirables associés aux soins (EIAS) et presque accidents qui font l'objet d'analyses collectives avec leur participation. Des RMM, CREX sont en place dans tous les secteurs de soins. Toutes les actions issues des différentes analyses, résultats des indicateurs, audits, EPP, analyses de la satisfaction des patients sont intégrées aux programmes d'amélioration de la qualité par service.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
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	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	90%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	99%

L' Hôpital Privé Toulon Hyères Saint Jean (HPTH SJ), situé à Toulon, fait partie des Etablissements du Groupement Sainte-Marguerite, qui comprennent , la Clinique du Golfe de Saint Tropez (CDG), l'Hôpital Privé Toulon Hyères Sainte Marguerite (HPTH SM) à Hyères, , l'Hôpital Privé Toulon Hyères Saint Roch (HPTH SR) à Toulon, la Clinique de La Ciotat, l'Hôpital Privé Marseille Vert Coteau à Marseille, l'Hôpital Privé Marseille

Beauregard à Marseille, l'Hospitalisation à Domicile Soins Assistance à Marseille et l'ADIVA (Association de Dialyse Varoise). L'HPTH SJ, dispose d'une capacité d'accueil de 200 lits et places. Il se compose d'un service de médecine à orientation oncologique, d'un service de chirurgie générale, d'une unité de soins continus, d'un service de maternité-gynécologie de type 1, d'un hôpital de jour de gériatrie, d'un hôpital de jour pour l'oncologie ambulatoire et d'un service de chirurgie ambulatoire. Il est doté d'un centre de prise en charge des « urgences mains » reconnu sur le territoire. Il participe au désengorgement des services d'urgences de l'hôpital public Sainte-Musse de Toulon et de l'hôpital national d'instruction des armées Sainte-Anne (HNIASA). Il est doté d'un service d'accueil de soins non programmés afin d'être un établissement de recours. Le répertoire opérationnel est mis à jour tous les jours afin de renseigner la disponibilité des lits notamment en soins critiques. Pour l'oncologie, l'hôpital est partenaire du réseau 3C et il travaille avec l'association des soins palliatifs du VAR et le réseau douleur PACA Ouest. Il participe aux différentes séances de travail organisées par ces associations. Il travaille dans le cadre de la prise en charge des patients en oncologie avec le centre d'oncologie Paoli Calmette et participe, 3 fois par semaine, aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). L'hôpital travaille en étroite collaboration avec la médecine de ville et les professionnels paramédicaux libéraux. Il participe activement avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) notamment pour l'oncologie et la gériatrie. Un circuit court est organisé pour les prises en charge des patients âgés avec l'hôpital de jour de gériatrie. Des conventions avec les EHPAD du territoire sont mises en place afin de faciliter les prises en charge des personnes âgées et éviter un passage aux urgences. Des admissions directes des personnes âgées sont facilitées par le contact privilégié entre les praticiens de l'établissement et leurs correspondants de ville. Le recours au PRADO (service de retour à domicile) est facilité pour assurer le suivi post hospitalisation notamment. Les modalités de communication permettent aux usagers de contacter l'établissement. Une plateforme informatique est mise en place pour faciliter la prise des rendez-vous de consultations. Les praticiens utilisent la messagerie sécurisée pour la correspondance avec les médecins extérieurs à l'établissement. Les délais de délivrance de la lettre de liaison qui est remise le jour même de la sortie sont suivis au travers du recueil des indicateurs nationaux IQSS et des audits internes des dossiers patients. La gouvernance promeut les travaux de recherche pour les praticiens et a le projet de recruter des assistants de recherche clinique pour aider les médecins à la déclaration de leurs productions. Des infirmières sont formées aux pratiques avancées : 1 IDE IPA sur l'oncologie, 1 IDE est en fin de formation sur la prise en charge des personnes âgées. Le recueil de l'expression des patients est réalisé au travers de l'enquête de satisfaction e-satis conjuguée à des enquêtes de satisfaction dématérialisées PREMS et PROMS adaptées à chaque spécialités prises en charge. Les questionnaires sont envoyés avec un lien à J+1 pour tous les patients de tous les services : ambulatoire, hospitalisation complète et à un mois pour les patients en hospitalisation complète. Les documents en PDF des réponses sont intégrés au dossier patient. Toutes les réponses aux questionnaires et enquête e-satis sont analysées en revue de direction. Les résultats sont communiqués à toutes les instances et auprès des professionnels lors des réunions de services. Ils sont également colligés sur un tableau de bord qui reprend tous les indicateurs clés pour chaque service et affichés. Ils sont mis à disposition dans « l'espace pro » sur intranet. L'expérience patient est également recueillie lors des patients traceurs réalisés. Des brochures « satisfait ou non » sont à disposition des patients. Une patiente experte en oncologie intervient auprès des patients sur les soins de support. Des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) sont en place en concertation avec le 3C ; cancer du sein, du colon et de la prostate. Des patients experts interviennent lors des séances ETP. Les plaintes et réclamations sont gérées par la cellule de gestion des réclamations. Une première réponse est envoyée au patient suivie d'une seconde réponse après enquête, analyse et plan d'action. Un registre de suivi des plaintes, réclamations et remerciements est en place. Le respect des patients est promu dans l'établissement. Les professionnels ont un positionnement bienveillant et sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance pour favoriser leur détection. La gouvernance prône la bientraitance qui est au cœur des valeurs de chaque projet. De nombreuses actions sont mises en place. Les professionnels bénéficient de formations sur la communication avec les patients : accueil/droit des patients, prise en charge de l'enfant, gestion du stress, bientraitance, prévention de la violence... Des

formations sont également dispensées en e-learning sur la bientraitance, le droit des patients et l'identitovigilance. Une procédure de déclaration de maltraitance est formalisée. Une charte de bientraitance a été travaillée par le comité éthique. Un audit droit des patients est réalisé chaque année et les résultats sont dispensés par service. Les professionnels font appel à la psychologue et assistante sociale pour les suspicions de maltraitance. Le recueil des situations de maltraitance est réalisé au travers du PMSI et le médecin DIM le présente en revue de Direction. Les risques de maltraitance sont identifiés par la gouvernance et les professionnels et une cartographie des situations à risque de maltraitance ordinaire est formalisée. Les locaux de l'hôpital sont accessibles aux personnes à mobilité réduite et atteintes d'un handicap : accès à des fauteuils roulants ; ascenseurs qui "parlent" ; boutons reconnaissables ; livret d'accueil en braille. Les patients en situation de handicap peuvent être accompagnés si besoin. Un référent handicap est identifié et participe aux réflexions sur la prise en charge spécifique. Les patients en situation de vulnérabilité sont pris en charge par l'assistante sociale. Des kits de toilette peuvent leur être remis. En maternité, un travail est mis en place avec la PMI pour les parents en situation de vulnérabilité. L'accès au dossier patient est organisé et les délais sont suivis : environ 40 demandes par an avec un délai de remise du dossier à 1.35 jour. Des patients d'oncologie sont intégrés dans des essais clinique avec les centres d'oncologie du territoire. Les patients peuvent bénéficier d'un accès précoce à certains protocoles ou molécules innovantes avec les centres de référence. Les représentants des usagers (RU) sont très impliqués au sein de l'hôpital. Ils sont intégrés dans tous les groupes institutionnels (CLIN, CLUD, CLAN, CREX, Commission éthique...). Ils disent être force de proposition, entendus et écoutés. Les actions qu'ils préconisent sont intégrées au PAQSS. Ils participent à l'analyse des plaintes et réclamations et reçoivent les réclamations en même temps que la gouvernance (demande faite par les RU). Ils sont informés de l'analyse des différentes enquêtes de satisfaction e-satis et enquêtes PREMS et PROMS. Ils ont accès à la formation e-learning sur les droits des patients. Ils sont invités aux CREX pour l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Ils apportent leur contribution à l'amélioration du livret d'accueil. Les actions de sensibilisations auprès des patients sont réalisées au travers des différents documents tels que le livret d'accueil, le " totem RU " à l'entrée de l'établissement, les affichages. Ils ont demandé la distribution d'un flyer expliquant leur rôle aux patients accueillis dans l'établissement. Ils participent aux évaluations « patient traceur » et donnent leurs avis sur les actions d'amélioration à mettre en place. Ils participent aux médiations. Les résultats des audits, indicateurs, analyses des EIAS, Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) sont présentés en CDU et lors des réunions des instances. Un PAQSS spécifique « représentant des usagers » est également formalisé et suivi en revue de direction. Ils ont un accès nominatif à l'intranet (espace pro) qu'ils peuvent consulter de leur domicile. Ils expliquent que depuis la nouvelle organisation (fin 2023) avec la nomination d'une directrice référente des usagers, la communication est facilitée avec beaucoup d'échanges par mail et par SMS. Ils sont dans l'attente d'un RU suppléant pour pouvoir s'impliquer encore davantage. Leur principal objectif est de faire connaître aux patients et aux équipes leur rôle. Le Projet des usagers n'est pas encore formalisé mais c'est une action inscrite dans le PAQSS. La gouvernance fonde son management de la qualité par un pilotage permanent et en temps réel par les responsables des services soutenus par la direction qualité. La culture qualité et sécurité des soins est ancrée dans les pratiques et dans l'ensemble des services. La politique qualité est déclinée en s'appuyant sur les pilotes des instances et les responsables des services. Un COPIL/Revue de Direction se réunit tous les quadrimestres. Il est composé du Directeur Général du groupe, de la directrice Qualité et Gestion des risques, d'une assistante qualité et de la Directrice des soins. La revue de direction est un outil de pilotage commun entre la Direction, les responsables des secteurs d'activités, les instances et la CME visant à s'assurer de la qualité du management de l'ensemble des secteurs d'activité. Les responsables d'unités de soins fédèrent les équipes soignantes autour du projet de soins, des projets de services et impulsent une dynamique de groupe afin d'optimiser leur adhésion aux outils internes et de garantir la qualité et la sécurité des soins. De nombreux outils partagés entre la gouvernance et les responsables des services sont mis à disposition pour faciliter la dynamique qualité. Une Visite de risques est réalisée au 1er quadrimestre par les membres de la revue de Direction. Les secteurs d'activité de l'établissement à auditer sont répartis entre les membres de la direction

afin de s'assurer que les pratiques et organisations observées répondent aux recommandations de bonnes pratiques. Le président de la Commission médicale d'Établissement (CME) permet l'acculturation des médecins à la qualité et la gestion des risques. Un médecin est désigné référent des RMM par la CME. Des professionnels référents sont intégrés dans les instances ou groupes de travail. Une enquête culture sécurité est réalisée chaque année auprès des professionnels. L'équilibre entre les professionnels permanents et les activités est assuré par la disponibilité des ressources en compétences afin de garantir la permanence des soins avec différents recours possibles en cas d'absence : mobilité inter-service, pool, heures supplémentaires, intérimaires. Une réorganisation quotidienne est réalisée si besoin d'un renfort au plus près de l'activité dans un secteur. Un plan d'intégration pour les nouveaux professionnels est formalisé. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un livret d'accueil, d'une formation sur 15 jours et d'un tutorat par leur pair. Un support spécifique pour les professionnels intérimaires est formalisé. Le livret d'accueil des stagiaires est à leur disposition dans « l'espace pro » intranet. Les responsables des services sont accompagnés dans leurs missions de management. Un plan de formation spécifique est élaboré comme la possibilité de suivre un DU management. Des sessions de formations spécifiques sur la gestion des conflits, accompagnement sont également proposées aux responsables. Des réunions de benchmarking du groupe Sainte Marguerite entre managers sont organisées. La gouvernance soutient le travail en équipe. Les professionnels expliquent qu'il y a beaucoup d'entraide et de solidarité entre eux. La démarche PACTE a été présentée en CME, pour envisager d'intégrer une équipe dans cette démarche. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives sont développées. Un plan de formation annuel est élaboré. Les besoins en formation des professionnels sont identifiés lors des entretiens annuels d'évaluation. La montée en compétences est favorisée par le plan de formation pour permettre aux professionnels d'obtenir des formations diplômantes. Les compétences métier sont renforcées avec accompagnement lors de la prise de poste (exemple : les IBODES bénéficient de 7 semaines d'intégration). Le bilan et l'évaluation du plan de formations est réalisé quadrimestriellement au travers des bilans de performance en revue de direction. Des formations en équipe sont organisées notamment dans le secteur de maternité où un travail en équipe a été réalisé sur l'harmonisation des pratiques concernant l'allaitement. Le recours au questionnement éthique est soutenu. Une commission éthique est en place. Des staffs éthiques sont mis en place sur des thématiques selon l'actualité. Lors des réunions de la commission des études de cas sont réalisées. L'état de lieux des questions éthiques a identifié plusieurs thématiques comme, le refus de soins ; les directives anticipées ; la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives ; et la prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs. Les professionnels ont une bonne connaissance de la commission d'Éthique et n'hésitent pas à la saisir. Toutes les réunions et staffs font l'objet d'un compte rendu qui est intégré dans « l'espace pro » intranet. La politique qualité de vie au travail (QVT) est intégrée dans le projet d'établissement et dans le projet social. Un plan de prévention relatif aux conditions de travail est formalisé. Une enquête annuelle de satisfaction des professionnels avec analyse et plan d'amélioration est réalisée. Les professionnels de nuit expliquent que des actions pour améliorer leurs conditions de travail ont été mises en place comme des transats à disposition dans les services pour les temps de pause, des repas. Les professionnels peuvent avoir un soutien psychologique par la possibilité d'avoir un entretien individuel avec la psychologue. Dans le service de médecine et soins palliatifs, des groupes de paroles permettent le débriefing sur des situations complexes et difficiles. Un projet est en cours pour permettre aux professionnels d'avoir une « appli smartphone » pour une écoute et la mise en relation avec un psychologue. La gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Le Plan Blanc est formalisé au regard des risques identifiés. L'Hôpital Privé Toulon Saint Jean est un établissement de 2ème ligne pour l'afflux massif des blessés. Un document de travail pour les professionnels est formalisé sous forme de « memo cellule de crise plan blanc ». Des exercices de simulation de la cellule de crise sont réalisés pour en vérifier l'opérationnalité. Des RETEX sont organisés suite aux événements exceptionnels comme un RETEX réalisé à la suite de l'incendie de la clinique Sainte Marguerite. L'établissement participe avec l'ARS à la gestion des tensions et libération des lits notamment lors des périodes estivales et tout au long de l'année. Le plan de sécurisation est formalisé. Des dispositifs sont installés pour garantir la sécurité des personnes. Des coffres à code sont

installés dans toutes les chambres pour la sécurisation des biens des patients. Les accès de l'hôpital sont fermés la nuit surveillés par visio caméra. Une procédure encadre les déclarations de violence et une formation des professionnels à la gestion de la violence et agressivité est organisée. La procédure « fugue » est formalisée et connue des professionnels. La revue de direction assure un suivi par indicateur des situations de violence. L'Hôpital Privé Toulon Saint-Jean s'engage dans une Politique de Développement Durable (DD) prenant en compte la dimension environnementale, économique et sociale. Une charte d'engagement en faveur du développement durable est formalisée sous forme de 10 commandements. Le référent est désigné et est accompagné par un référent DD dans chaque service. Le diagnostic des consommations est réalisé et les indicateurs de suivi sont présentés en revue de direction. Les professionnels sont sensibilisés aux éco gestes. De nombreuses actions sont mises en place en faveur du développement durable comme le recyclage des matériels du bloc opératoire, le tri des déchets, la centrale de nettoyage pour éviter l'utilisation des produits chimiques, les tenues de bloc en tissu. La prise en charge des urgences vitales (UV) est organisée. Matériel à disposition des équipes, évalué, vérifié et traçabilité des vérifications effectives. Il a été constaté, qu'en chirurgie ambulatoire, il n'y avait pas de chariot ou valise pour la prise en charge des urgences pédiatriques, la valise était postée dans le service de chirurgie (procédure connue des professionnels). La gouvernance a immédiatement mis en place une valise d'urgence pédiatrique supplémentaire dans le service de chirurgie ambulatoire afin d'améliorer l'accessibilité au matériel. Un numéro unique d'appel est en place et connu par tous les professionnels. Les professionnels sont formés à l'AFGSU et des exercices de simulation sont réalisés en maternité (réanimation bébé, hémorragie du post partum, césarienne code rouge). En unité de soins continus des formateurs formés en interne organisent les exercices de simulation qui sont étendus à l'ensemble des services. Les recommandations de bonnes pratiques sont formalisées et intégrées dans la gestion documentaire informatisée connue par les professionnels. En application de la politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, le Programme d'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins (PAQSS) de l'établissement, constitué des différents plans d'actions à mettre en œuvre (plan d'actions institutionnels et plans d'actions spécifiques aux secteurs d'activité et instances), est défini, planifié et suivi en temps réel à partir de l'application partagée disponible auprès de professionnels et sur le site intranet de l'hôpital. Les PAQSS sont les outils de pilotage au quotidien dans tous les services et pour la gouvernance. Chaque PAQSS est alimenté par les responsables de chaque service ou instance en continu et intègre toutes les actions issues des résultats des audits, analyses des EIAS, des enquêtes de satisfaction. Le PAQSS est validé en CME et présenté en CDU. Une revue de Direction à lieu par quadrimestre afin de valider tous les PAQSS qui sont intégrés au PAQSS institutionnel. La revue de Direction vérifie le déploiement du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles à travers le suivi des résultats des évaluations internes des audits de pratiques et de l'évaluation de l'expérience patient. Un planning d'audit dont des audits obligatoires par secteur d'activité est transmis aux responsables des service par quadrimestre. Sur ce planning sont notés le nombre d'audits, le taux de conformité attendus, l'échantillon, et le nombre d'auditeurs. Les grilles d'audit sont dématérialisées et les résultats permettent d'être partagés avec la cellule qualité et gestion des risques. Les indicateurs sont relevés chaque quadrimestre en revue de Direction, et une analyse est réalisée sur l'évolution mensuelle de chacun des indicateurs. Les indicateurs non conformes aux attendus font systématiquement l'objet d'un plan d'action intégré dans le PAQSS du service. Pour les IQSS nationaux, ce sont la Directrice des soins et le président de la CME ou les responsables des instances qui les saisissent. Tous les résultats des différents indicateurs internes et nationaux ainsi que les plans d'actions qui en découlent sont analysés et suivis en revue de direction, présentés en commission des soins, en CDU, à la CME, aux instances et en réunion de service. Ils sont colligés sur un document intitulé « indicateurs clés » qui est affiché dans chaque service. La culture sécurité et des risques est développée dans l'établissement, elle est portée au niveau médical par le président de la CME et le médecin référent RMM qui assiste à toutes les RMM. La déclaration des EIAS est réalisée par les professionnels dans une application informatisée. L'application permet une réception en temps réel de l'EIAS par le responsable d'actions. Celui-ci réalise systématiquement une première analyse de l'événement qu'il trace dans l'application. Le responsable d'actions identifie si une analyse plus approfondie en CREX ou

RMM est nécessaire. En parallèle, la cellule de vigilances reçoit et traite tous les EI déclarés. Elle identifie et classe les EI qui seront analysés en CREX et RMM et fait remonter les EI en fonction de l'instance concernée également. L'ensemble des EI graves de l'établissement (ceux qui ont une gravité majeure, critique, catastrophique) sont présentés en revue de direction par service. Les EI de gravités catastrophiques et critiques font l'objet d'une analyse en RMM hors IAS analysés par la cellule d'hygiène. La méthode utilisée est la méthode ORION qui permet une analyse chronologique et systémique de l'EI. Il est en projet de passer toutes les analyses selon la méthode ALARM. Chaque analyse en CREX et RMM abouti à un plan d'actions suivi par les pilotes de CREX et RMM assistés des assistantes Qualité, Risques et Vigilances Lorsqu'une FEI est choisie pour être analysée en CREX ou RMM, le déclarant reçoit une alerte sur son espace pro via un pop-up lui permettant également d'accéder au plan d'actions des CREX ou RMM en cours. Chaque responsable de service de l'établissement a accès en consultation aux analyses CREX et RMM de l'établissement. Les plans d'actions des CREX et RMM sont présentés en Revue de Direction et en CME. L'annonce d'un dommage lié aux soins est systématiquement réalisée par un médecin. Une charte de « non-punition » est connue des professionnels. Tous les déclarants ont un retour sur le traitement de leur FEI. Le retour des analyses et plans d'actions à mettre en place est réalisé auprès des professionnels en réunion de service et les actions inscrites dans le PAQSS du service et institutionnel. Un bilan annuel des analyses des EIAS ainsi que le suivi des actions sont réalisés par la revue de direction, diffusés et mis à disposition dans l'espace pro intranet. L'accréditation des médecins est soutenue, tous les praticiens des spécialités à risque sont accrédités. Les médecins anesthésistes et réanimateurs sont accrédités en équipe. Le dispositif d'accréditation est suivi par la CME. Risques numériques : L'Etablissement a déposé un dossier HOP'EN . L'état actuel des indicateurs est le suivant : Taux de séjours pour lesquels le DMP est alimenté : 55... % Taux de correspondants équipés MSS concernés par la venue d'un patient : faible Taux INS = 81 Pour ce qui concerne les modalités de communication avec les usagers et la médecine de ville : les outils numériques sécurisés (Mon Espace Santé, DMP, MSSanté) sont disponibles. Le déploiement de ces solutions au travers du DPI sera effectif dès la fin 2024 (Messagerie sécurisé et DMP) en complément d'une page intranet facilitant les accès. Les usages sécurisés d'échanges de données de santé (Mon Espace Santé, DMP, MSSanté) sont cartographiés. L'établissement met à disposition du patient l'information sur les modalités d'accès à son profil « Mon espace santé » et à son usage. Le refus du patient d'alimenter son DMP est tracé et demandé par les professionnels. La promotion de mon espace santé est présente dans le livret d'accueil. La liste des documents publiés sur « Mon Espace Santé », le DMP et MSSanté est validée par la CME et le directory. Les praticiens de l'établissement ont accès au DMP National depuis leur poste de travail au travers du DPI La gouvernance est sensibilisée au risque numérique. Un audit de sécurité a été réalisé, un plan d'actions a été formalisé. Il n'a jamais été fait de déclaration d'incident significatif ou grave de sécurité des systèmes d'information auprès de l'ANSSI, de l'ANS et de l'ARS. La procédure décline le processus de déclenchement suivant le type d'incident rencontré. Un exercice de résilience en cas de cybercrise a été réalisé au travers de CAPSI (équipe cyber-ARS) suivi d'un plan d'action de remédiation est en cours d'application. (Segmentation du réseau) Un plan d'action est prévu à 6, 12, 18 mois. Le Plan Blanc numérique existe. Le Plan de Continuité et de Reprise d'Activité (PCA/PRA) est mis en œuvre. Les procédures de fonctionnement en mode dégradé (ainsi que celles qui concernent le retour à un fonctionnement normal) sont diffusées mais peu connues par les professionnels (plan de formation en cours sur 2025). La description du retour à la normal par application est décrit. Ces documents sont formalisés pour les différentes applications métiers et listés dans le PCA/PRA/Plan Blanc numérique. Les professionnels connaissent les risques de cyber-attaque, en cas d'incident ils savent qui est le référent sécurité SI (IDE, Administratif référent) et comment les prévenir. En revanche les équipes de nuit ne connaissent pas le PCA/PRA. L'identité des utilisateurs et des patients dans le SI est sécurisée : une charte d'accès au Système d'Information de l'Etablissement (SI) est diffusée aux nouveaux arrivants après une formation dédiée par le RRSI et ses équipes, qui a pour but de rappeler les règles de sécurité et de bon usage du SI. Il manque toutefois la charte des intervenants externes. L'établissement a mis en œuvre une gestion des arrivées et départs des agents pour la création des accès au système d'information au travers d'une procédure

cependant le stagiaire utilise les codes de leur tuteur. Les utilisateurs en mobilité utilisent la connexion au VPN pour accéder au SI de l'Etablissement sur du matériel professionnel et fournit par l'établissement. La double authentification pour accéder au SI sera fonctionnelle en 2025 d'après le plan d'action validé. La gouvernance promeut l'usage de la MSSanté.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	830000196	SA HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT JEAN	avenue georges bizet 83000 Toulon FRANCE
Établissement principal	830100434	HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT JEAN	Avenue georges bizet 83000 TOULON FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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	27
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	48
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	27
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	40
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	4
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	5,034
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)	20
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	Audit système			
3	Traceur ciblé			Antibiotiques injectables ou per os
4	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité	

8			Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
9	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
10	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
11	Audit système			
12	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
13	Traceur ciblé			Chimiothérapie
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Audit système			
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Traceur ciblé			Médicaments à risque injectables ou per os
22	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire	

23			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Audit système			
26	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé	

			Tout l'établissement	
30	Traceur ciblé			Prescription PSL
31	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
32	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

