



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE HONORE
CAVE**

406, boulevard montauriol

82000 Montauban



Validé par la HAS en Janvier 2024

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Janvier 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	23
Annexe 3. Programme de visite	27

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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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

CLINIQUE HONORE CAVE	
Adresse	406, boulevard montauriol 82000 Montauban FRANCE
Département / Région	Tarn-et-Garonne / Occitanie
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	820000156	CLINIQUE HONORE CAVE	406, boulevard montauriol 82000 Montauban FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

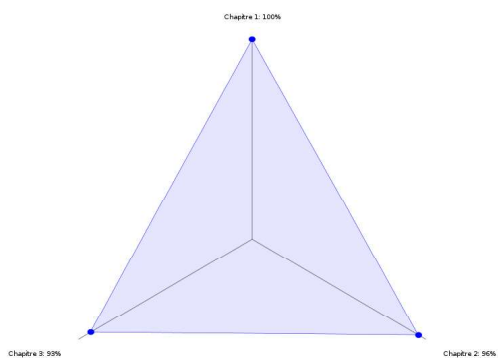
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Tout l'établissement

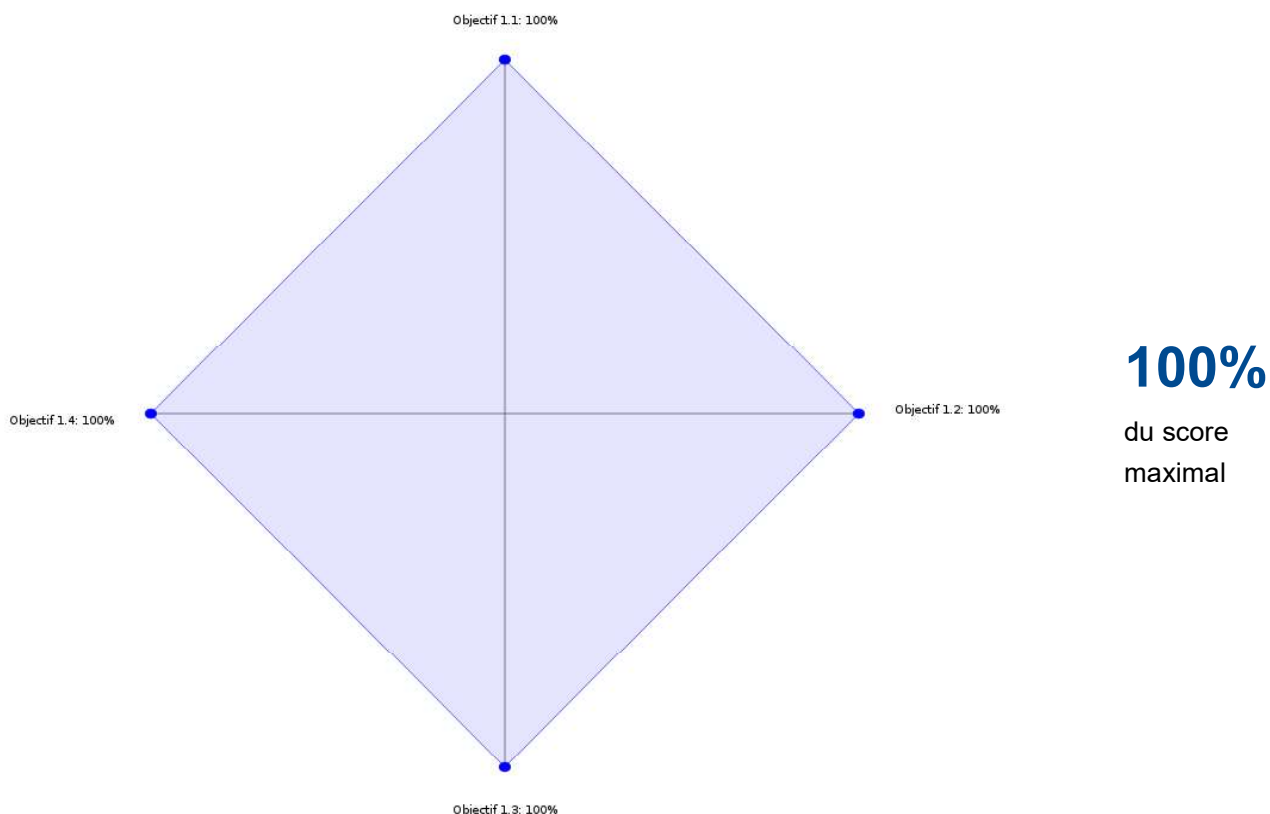
Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

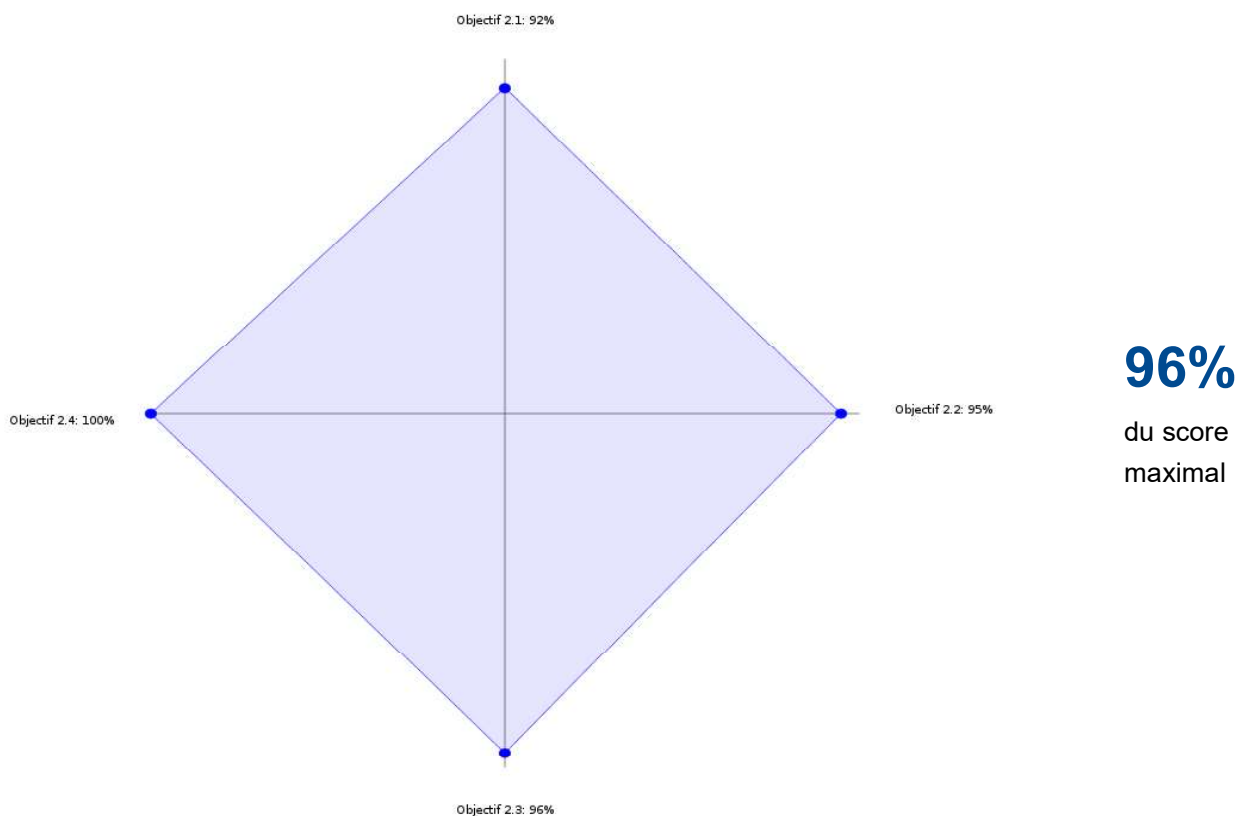


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

La Clinique Honoré Cave est un établissement privé de 33 lits d'hospitalisation complète et de 4 places d'ambulatoire. L'offre de soins est hyper spécialisée centrée sur l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie (ORL). 95% des séjours sont en ambulatoire ; 8000 interventions en ophtalmologie et 2000 interventions/an en ORL. 4 autorisations de soins : chirurgie en hospitalisation complète, ambulatoire, traitement des cancers ORL et chirurgie esthétique. La permanence des soins est assurée en ORL, en ophtalmologie et en anesthésie. La clinique est labellisée en tant que centre de chirurgie pédiatrique de proximité (amygdales, végétations adénoïdes, diabolos, kystes, fistules congénitales...). Les patients quel que soit leur âge sont consultés et peuvent donner leur avis. La participation des proches est sollicitée pour les enfants. L'information orale est complétée par des documents écrits (documents spécifiques pour les enfants). Elle concerne la pathologie, le diagnostic, les possibilités thérapeutiques, les modalités possibles de prise en charge (PEC), l'analyse des bénéfices et des

risques. Dans tous les dossiers consultés figurent le consentement libre et éclairé signé par le patient ou les parents ainsi que les personnes à prévenir ou la personne de confiance. Dès la consultation, en prévision de la sortie, le patient est informé des consignes qu'il aura à respecter, des traitements voire de la modification de son traitement personnel et des soins spécifiques en lien avec sa PEC. Il est informé du dispositif médical qui lui sera implanté et des consignes de suivi appropriées. La mise à disposition de la carte de l'implant a été vérifiée et dans le dossier et les documents remis au patient on retrouve l'information donnée au patient et l'identification du dispositif. Des dispositions ont été prises pour mieux faire connaître les Représentants des Usagers (RU). Les patients ou les proches rencontrés sont informés sur la possibilité de recourir aux RU et savent comment les contacter. Ils sont informés sur l'importance d'avoir leur retour quant à leur satisfaction et leur expérience (questionnaires de sortie et e.Satis). Les modalités pour soumettre une réclamation et pour déclarer un événement indésirable associé à ses soins (EIAS) sont connues des patients. Le patient est informé de ses droits. L'intimité et la dignité et la confidentialité sont respectées. Les équipements, les locaux et les pratiques garantissent la dignité des patients. La confidentialité et le secret professionnel sont respectés dans les différents secteurs de PEC. Une attention particulière est portée à la PEC des mineurs en chirurgie ORL. Des secteurs sont dédiés à la PEC des enfants : en ambulatoire, au bloc opératoire, en SSPI. Les enfants de moins de 15 ans sont pris en charge dans le secteur d'hospitalisation réservé aux enfants. Au-dessus de 15 ans en l'absence de place, l'adolescent peut être hospitalisé en secteur adulte mais en chambre seule et avec la présence d'un parent. Il y a une chambre double dans le secteur des enfants. Seuls les enfants de la même fratrie peuvent occuper cette chambre. Les professionnels sont formés à la PEC des enfants. Un anesthésiste a un DIU et suit un cursus de formation continu en anesthésie-réanimation pédiatrique. Des actions de formation et de sensibilisation sont menées en secteur d'hospitalisation. Il y a la possibilité de recourir à des réseaux d'expertise. La programmation opératoire priorise les enfants et il n'est pas possible d'opérer deux enfants en même temps. Un circuit pédiatrique différent du circuit adulte est identifié. Les parents sont impliqués dans la mise en œuvre du projet de soins. Si elle s'avère nécessaire, la présence parentale en secteur interventionnel à l'induction ou au réveil est autorisée pour permettre une meilleure prise en charge soignante. L'amélioration de la PEC de la douleur est inscrite à l'objectif 2 du projet de soins. Les modalités d'évaluation et les moyens de traitement sont adaptés. L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont tracés dans le dossier. Les IQSS 2022 en lien avec la douleur confirment les constats faits en visite.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	92%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

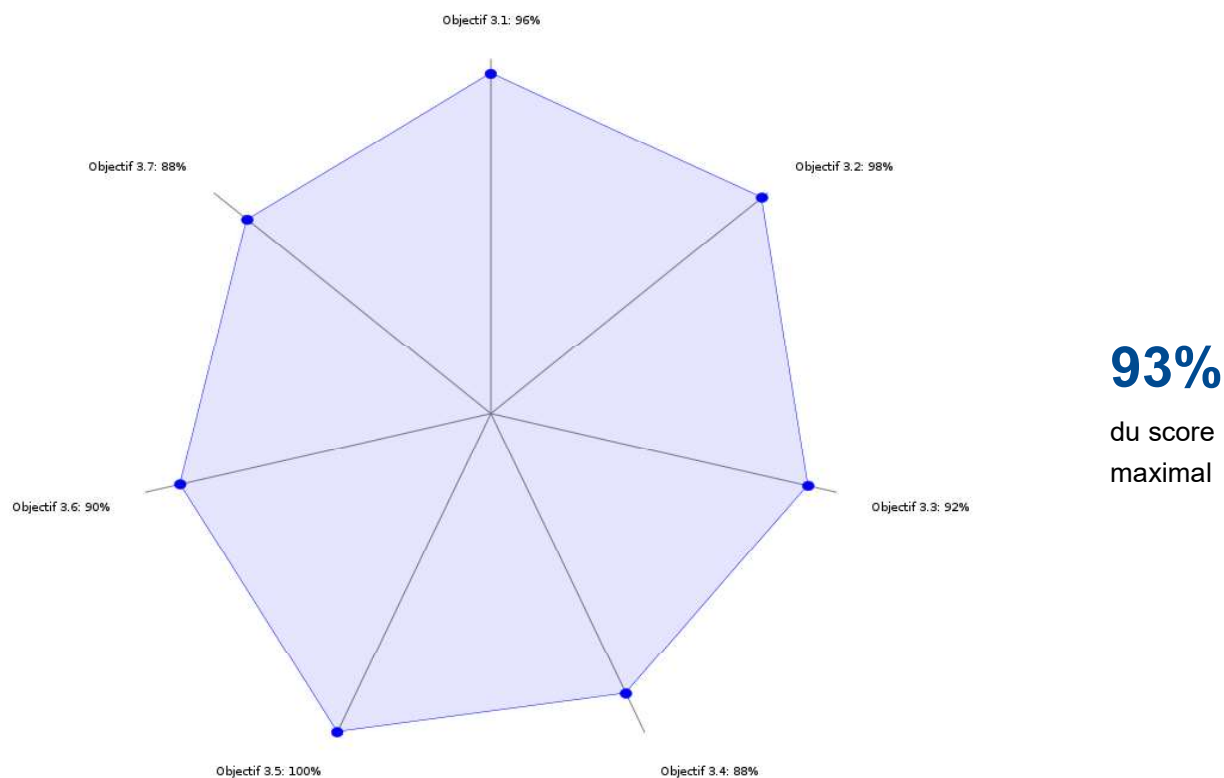
Le développement de l'ambulatoire a conduit, quelle que soit la filière empruntée (conventionnel, fast track), à anticiper les différentes étapes de la PEC, à développer une parfaite coordination et à veillé à une information adaptée du patient. Les modalités de PEC sont discutées. Elles prennent en compte les critères d'éligibilité, l'évaluation globale des besoins, les préférences et/ou l'expérience, l'avis des proches. Le bon usage des antibiotiques s'appuie sur des indicateurs de suivi, des recommandations internes relatives aux antibiothérapies curative, préventive et probabiliste et sur des actions de formation et de sensibilisation. Toute prescription de traitement antibiotique comporte une justification. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure est systématique. Les professionnels peuvent recourir à un référent antibiotique et à des correspondants infectiologues. La PEC est articulée autour d'un dossier spécifique qui complète les informations données sur l'avant, le pendant et l'après PEC. Le carnet de santé est demandé aux parents à l'entrée et mis à

jour avant la sortie. Les appels de la veille et du lendemain sont assurés. Les consignes du retour à domicile et les informations de sortie sont tracées. Les coordonnées des services et des personnes assurant la continuité des soins sont transmises au patient. Les intervenants valident la sortie sous couvert d'un score conforme. Les professionnels connaissent les CAT en cas d'échec de l'ambulatoire. Des accords sont en place avec différents établissements pour la prise en charge des complications. Des documents spécifiques sont en place : charte de l'ambulatoire, livret d'accueil. Un coordonnateur médical de l'ambulatoire est désigné. Les IQSS 2022 relatifs à la prise en charge en ambulatoire sont classés A. Il n'y a pas de dépôt de sang dans l'établissement. L'indication d'une transfusion fait l'objet d'une analyse de pertinence partagée avec le patient. La prescription et les paramètres de suivi de l'administration sont tracés. L'hémovigilance est sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur et de son suppléant. Un comité d'Hémovigilance garantit le respect des dispositions réglementaires et assure le lien avec les tutelles et les représentants de l'EFS. Des protocoles de gestion des complications sont en place, connus des professionnels. Le suivi transfusionnel est assuré et le taux de destruction des poches est mesuré. Le dossier patient est complet. Tous les éléments qui le composent sont identifiés et accessibles. L'interfaçage entre les différents logiciels permet le partage des informations en temps utile. Le Projet de Soins est la synthèse des Projets médical et soignant, des besoins et des préférences du patient et des réévaluations. Le recours à des réseaux d'expertise est possible. Les modalités de recours à la télésanté existent. L'activité est surtout visible en consultation. Le recours à la téléconsultation est assuré par certains praticiens sur leurs consultations libérales. L'établissement adhère au programme Pâstel (e.santé Occitanie). Il coordonne plusieurs MSP où est réalisé le dépistage de la rétinopathie par télé-médecine. Dans le cadre du réseau Clinavenir, l'établissement bénéficie d'un recours en télé-médecine pour des avis en infectiologie. La gestion du secteur interventionnel est organisée, articulée autour d'un référent et de différentes entités : charte du bloc opératoire, conseil de bloc et commission du bloc opératoire. La commission de bloc se réunit une fois par semaine et gère la programmation des actes et des activités pour la semaine à venir. La référente veille à l'actualisation du programme en fonction des annulations, des rajouts et des urgences. L'activité chirurgicale, depuis la dernière certification s'est accrue (+40%) en lien avec l'arrivée de nouveaux praticiens et la PDSE à l'origine d'un accroissement des PEC non programmées et des urgences. Les cas de déprogrammation sont encadrés et pour tous les patients la reprogrammation est assurée dans les 21 jours. Le conseil de bloc se réunit 2 fois par an. Il s'assure du respect de la charte du bloc opératoire ; il prend connaissance du suivi des indicateurs et des écarts de programmation. Il met en place avec la gouvernance et les praticiens les Actions d'Amélioration (AA) jugées légitimes. Différents outils informatiques permettent l'échange des informations entre l'amont et en l'aval de l'intervention. La Check-List « Sécurité du patient » est adaptée aux spécialités. Elle est mise en œuvre aux différents temps et pour l'étape « ultime » tous les intervenants sont présents. Sa mise œuvre est suivie et fait l'objet d'une évaluation annuelle. L'établissement suit l'indicateur IQSS « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (2022 : A ambulatoire et hospitalisation complète). Les informations qui figurent dans la lettre de liaison sont réitérées au patient et le DMP est mis à jour. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées. A chaque étape de sa PEC les équipes vérifient la concordance entre le bénéficiaire, les prescriptions, l'acte, le côté, le dispositif d'identification (bracelet). Le patient est impliqué et informé. Les personnels administratifs et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification. Les vigilances sont structurées et articulées avec le réseau régional. Les responsabilités sont connues et les professionnels gèrent les alertes ascendantes et descendantes. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de prescription. La pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique (niveau 2) et évalue la pertinence de la prescription. L'établissement a identifié des secteurs (hospitalisation complète), des profils (patients âgés) pour lesquels il est mis en œuvre une conciliation des traitements médicamenteux. La délivrance est globale pour les PEC ambulatoire et nominative pour les patients en hospitalisation complète. Les règles concernant la réception, le stockage, le transport, la conservation, les modalités d'approvisionnement, la gestion des stocks et la gestion des périmés sont respectées. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'administration. Les médicaments sont identifiables jusqu'à leur administration ; des étiquettes respectant les recommandations pour les injectables sont disponibles. La concordance entre le produit, le patient et la prescription est réalisée avant l'administration. L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans le dossier. Les

Médicaments à Risque (MHR) sont listés, identifiés et adaptés aux secteurs de PEC. Les professionnels sont sensibilisés aux risques spécifiques et respectent les précautions quant à leur utilisation. En hospitalisation complète, si nécessaire, le bilan thérapeutique est tracé dans le dossier du patient et présent dans la lettre de liaison. Le patient et son entourage sont informés de l'importance de l'hygiène des mains. L'équipe connaît les indications de l'hygiène des mains, la consommation des solutions hydro alcooliques (SHA) et participe aux démarches d'évaluation initiées par l'EOH. Les prérequis à l'hygiène des mains sont respectés et les professionnels appliquent la bonne technique d'hygiène des mains en fonction de la situation. La prévention des infections associées aux soins est inscrite dans la politique et le projet de soins du projet d'établissement 2022-2026. L'environnement du patient est propre. L'équipe utilise des équipements de protection individuels. Des containers pour objets piquants coupants tranchants sont disponibles. Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques de précautions standard d'hygiène et de gestion des excréta. Ils connaissent les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires. L'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs fait l'objet de protocoles établis selon les dernières recommandations et est adaptée aux chirurgies réalisées. La prescription d'une antibioprophylaxie est réalisée à la consultation de pré anesthésie ou préopératoire. Elle est tracée dans le dossier du patient et elle est contrôlée lors de la check-list. Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés et les pratiques sont évaluées. La grande majorité des DM utilisé est à usage unique. Les professionnels chargés de la désinfection des dispositifs médicaux stériles réutilisables (DMRS) sont formés et la traçabilité de la désinfection complète. Cependant, les protocoles de traitement des DMRS ne tiennent pas compte des recommandations de la SFHH de novembre 2022 « Guide de bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables » et les étapes du traitement des DMRS ne sont pas retrouvées dans la gestion documentaire. Il n'existe pas de document décrivant le circuit des DMRS et les modalités de traitement à toutes les étapes notamment la pré-désinfection, le traitement manuel, le traitement automatisé (actualisé avec la mise en place de nouveaux laveurs), le traitement en fonction de la classification des DMRS. Depuis la visite, l'établissement déclare avoir actualisé les protocoles de traitement des DMRS suivant les recommandations de novembre 2022. Les conditions de stockage (locaux, équipements) des dispositifs médicaux invasifs ne sont pas respectées. Le stockage des DMRS se fait dans différentes zones sur des rayonnages situés dans des zones de circulation (rayonnage mobile permettant un nettoyage quotidien de tous les espaces) à proximité d'une trappe technique fermée par une fenêtre (retrouvée entr'ouverte lors de la visite avec de la poussière et un mur en parpaings – depuis la visite, l'établissement déclare l'avoir avec une poignée munie d'une fermeture et une clé mobilisable en cas d'accès). Les zones de stockage sont encombrées rendant difficiles les opérations de bionettoyage et favorisant l'empoussièrément. La date de pose du cathéter veineux est tracée dans le dossier et pour les dispositifs invasifs qui le requièrent, la pertinence de leur maintien est réévaluée. Néanmoins, l'équipe n'est pas formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs car les protocoles, actualisés en décembre 2022, n'intègrent pas les recommandations de la SFHH de mai 2019 sur la prévention des infections liées aux cathéters, ni celles de 2016 relatives à l'antisepsie de la peau saine avant un acte invasif. En secteur interventionnel, l'équipe porte une tenue vestimentaire strictement dédiée au bloc opératoire. La préparation du patient est contrôlée. Des protocoles sont en place pour la préparation des salles. Le risque ATNC est recherché. Les prélèvements de surfaces et d'air réalisés à périodicité régulière objectivent la conformité des résultats bactériologiques aux valeurs cibles, répondant à la classification particulière des locaux compatible avec l'activité opératoire. L'incidence du risque infectieux périopératoire (ex : endophtalmie post chirurgicale) est suivie et inférieure aux chiffres nationaux. Néanmoins, les contraintes architecturales du bloc opératoire ont un impact sur la maîtrise du circuit des déchets. Des conteneurs DAOM/DASRI sont disposés en dehors des salles dans le couloir (conteneur DAOM et carton de DASRI). Le carton de DASRI est acheminé une fois plein vers un placard sécurisé à l'autre bout du bloc. En fin de journée, les déchets des placards DAOM et DASRI traversent le bloc et utilisent, pour être acheminé vers le local terminal, le même ascenseur que celui emprunté par les professionnels ou les parents pour se rendre au bloc opératoire par le côté « fast-track ». L'établissement déclare que l'ascenseur est immobilisé au public durant ces temps de transfert. Un bionettoyage est effectué avant de le rouvrir au public. Le bionettoyage des locaux est réalisé, selon la fiche technique qui précise une alternance (1 jour sur 2) détergent et détergent-désinfectant contrairement aux recommandations

préconisant détergent-désinfectant pour les sols et surfaces dans les blocs opératoires tous les jours. Cela se confirme avec le chariot de ménage muni d'une centrale de dilution à double réservoir (détergent et détergent désinfectant). Compte tenu de l'exiguïté des locaux, le chariot de ménage du bloc est entreposé dans une zone de circulation où sont stockés des DM stériles, en face de la porte d'entrée de la zone de lavage du matériel, zone de croisement du circuit propre et sale. Une référente hygiène et une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) sont en place. Cependant l'EOH est composé de professionnels n'ayant pas bénéficié d'une formation diplômante en hygiène hospitalière et l'établissement s'appuie ponctuellement sur une IDE hygiéniste dans le cadre d'un contrat auto-entrepreneur. Les interventions sur le terrain de cette dernière, ne permettent pas d'assurer un suivi régulier des actions, des pratiques et l'actualisation des protocoles au regard de l'évolution des recommandations. Depuis la visite, l'établissement a adhéré à la SF2H afin de disposer des dernières recommandations de bonnes pratiques en matière d'hygiène et infections associées aux soins afin de mettre à jour notre gestion documentaire. La Directrice Adjointe s'est inscrite à un DU hygiène hospitalière pour une rentrée en janvier 2024. Le transport en interne des patients se fait à pied, en fauteuil ou en brancard avec adaptation au retour de bloc. Pour les enfants, les parents peuvent accompagner l'enfant en le portant ou le laissant marcher jusqu'à l'entrée du bloc. Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates, etc.). Le brancardier est aux formé aux premiers secours, à l'identitovigilance, à la bientraitance et adopte des postures adaptées à l'égard des patients. Les équipes de soins évaluent leurs pratiques. Des démarches d'évaluations pratiques professionnelles (EPP) sont mises en œuvre. La satisfaction et l'expérience « patient », les plaintes et les réclamations sont analysées. Les équipes réalisent des revues régulières de leurs indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins qui les concernent. Les EIAS dont les presque accidents font l'objet d'une analyse et d'un retour partagés : RMM, CREX et REMED. Les modalités et la pertinence des PEC sont évaluées (pertinence des hospitalisations en chirurgie vitréo rétinienne, pertinence de l'hospitalisation pour amygdalectomie) et les modalités de réalisation de la check-list au BO le sont annuellement. Les actions d'amélioration mises en place pour donner suite aux analyses intègrent le PAQSS. Elles sont suivies voire réajustées.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	96%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	88%
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	88%

La consolidation de ses missions de recours sanitaires dans les spécialités prises en charge constitue le 1er axe prioritaire du Projet d'Etablissement 2022-2026 de la clinique Honoré Cave. Au regard de son recrutement, des populations accueillies, de leur positionnement géographique (nord de Toulouse jusqu'au Cantal ou au département de la Dordogne), l'établissement a identifié les partenaires nécessaires à la sécurisation des parcours et aux activités de recours : partenariat privilégié avec le CH de Montauban, recours aux CPTS du Tarn

et Garonne, participation active à la CPTS de Montauban, ouverture de cabinets secondaires, collaboration avec les MSP, intégration au réseau Clinavenir. Les praticiens de la clinique sont en mesure d'opérer sur le site du CH de Montauban et ce dernier s'est engagé à prendre en charge des patients de la clinique qui devraient être hospitalisés entre le samedi et le lundi jour de fermeture de la clinique. L'établissement n'a pas de services d'urgences. Les pathologies qui relèvent de l'urgence sont admises directement dans la filière concernée. Pour favoriser l'accès aux soins, des dispositions ont été mises place : plateforme dédiée, organisation de la gestion des urgences le W-E, ligne directe « urgence médecins ». Pour tous les patients les coordonnées des services et des professionnels assurant la continuité des soins, sont données à la sortie. Des messageries sécurisées sont en place (LIFEN, SPICO) pour les échanges entre médecins (CR d'anatomopathologie, résultats de biologie). L'établissement précise, qu'à la demande de ses interlocuteurs, et prestataires certains documents continuent d'être faxés. Les infirmeries utilisent donc le fax pour transmettre des informations relatives aux patients ou recevoir les résultats d'examens. L'alimentation du dossier médical partagé est promue. La recherche et les essais cliniques sont promus. L'évaluation de nouveaux modèles de PEC diagnostique et thérapeutique, d'organisation et de pratiques des soins, fait l'objet de communications et de partage à l'échelle nationale et internationale. Le département de recherche clinique comporte à ce jour à 8 études de phase 3 et plusieurs autres études. Un poste d'interne DES en ophtalmologie est ouvert depuis 2021. La gouvernance promeut avec ses professionnels et ses patients une communication positive. Un livret d'accueil est délivré au nouvel arrivant ; des formations à la communication avec les patients sont proposées ; des outils de communication sont mis à disposition. Le patient est sollicité et informé du bienfondé de l'intérêt de l'expression de sa satisfaction et de son expérience. Le questionnaire de sortie est complété par le recueil de la satisfaction des patients avec e-Satis. Des questionnaires spécifiques sur l'expérience « patient » sont expérimentés : évaluation du point de vue du patient du bénéficiaire avant et après prise en charge pour cataracte (PROMTIME). Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les RU et présentés à la commission des usagers. Ils sont restitués aux professionnels. Des actions mobilisant l'expertise des patients sont portées par la gouvernance. Deux patients experts malvoyant sont reconnus et interviennent : prise de contact, réunion collective, journées d'échange, livret d'information à l'attention des malvoyants. Un 3ème patient expert (maladie de Birdshot) est en cours d'intégration. Les plaintes et réclamations des patients sont connues. Les professionnels sont identifiables dans tous les secteurs. La bientraitance est une valeur institutionnelle partagée et les risques impactant la bientraitance sont connus des professionnels. L'établissement lutte contre la maltraitance. Les différents types de maltraitance sont connus et les professionnels appliquent les CAT pour détecter, signaler et prendre en charge les situations de maltraitance. Les accès extérieurs, les circulations destinées aux patients, les locaux de consultations, d'hospitalisations, la signalétique sont adaptés à toutes les formes de handicap. L'accès du patient à son dossier est organisé. Les délais de remise des dossiers sont suivis et les retards sont analysés. La commission des usagers est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. La gouvernance favorise l'accès aux innovations et prend en compte dans sa gestion les risques actuels: cyber menace et cyber sécurité. Les dernières normes ou innovations technologiques sont mises en œuvre (greffes de cornée, interventions en 3D en ophtalmologie, coblation des amygdales, scopes portatifs, interopérabilité des différents logiciels...).

L'établissement s'inscrit dans différents programmes nationaux : Hôpital Numérique, SUN-ES volet 1 et 2. Il a été retenu pour la phase pilote de l'élaboration du kit national PCA-PRA porté par l'agence du numérique en Santé. La clinique Honoré Cave adhère au Groupe Santé Cité : partage de savoir-faire, démarche collective RSE et engagement dans l'innovation, la recherche et l'enseignement (GCS SCERI). Les RU sont impliqués au sein de l'établissement. Les actions de sensibilisation et d'information menées auprès des patients sur les RU sont favorisées en concertation avec la gouvernance. Les RU donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients. Ils ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis et participent aux évaluations des actions entreprises. Un projet des usagers a été formalisé à la suite d'une réflexion collective autour des attentes des usagers et des retours d'expérience des RU et des professionnels. Depuis la dernière certification la gouvernance poursuit sa politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins fondée sur

l'analyse de l'ensemble des données, risques et des connaissances disponibles. La CME, l'encadrement, les professionnels, les RU sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins, déclinée en actions concrètes sur le terrain. Un comité interservices et interprofessionnel : « les ambassadeurs » a été mis en place. Ses objectifs sont de traiter les problématiques rencontrées, de présenter de nouveaux projets, de nouvelles organisations. Le comité se réunit une fois par semaine. Ses représentants changent toutes les semaines. 2 « ambassadeurs » lisent les FEI de leur service. En amont ils ont procédé à une analyse des causes et des conséquences et proposent des actions d'amélioration ou une analyse approfondie de l'événement. Le comité traite les « boîtes à idées » installées à chaque étage pour recueillir la libre expression des professionnels, leurs souhaits en termes de qualité, de condition de vie au travail, d'amélioration des circuits des patients... Chaque semaine il est présenté un chiffre clé : indicateurs, satisfaction, réclamation... Chaque « ambassadeur » est le porte-parole de son service et le porte-parole des thématiques évoquées lors de la rencontre. Cette instance permet de développer la communication interservices, de mieux se connaître et communiquer, de développer les travaux collaboratifs, de renforcer la cohésion d'équipe, de mieux travailler ensemble, de travailler en toute transparence et au total de renforcer la confiance des équipes envers la Direction et vice versa et développer un sentiment d'appartenance à « l'esprit Maison ». D'autres démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent : réunions de service, groupe de travail (circuits patients, monitoring mobile), pilotes de zones au bloc opératoire (en projet), organisation du temps de travail... Institutionnellement il y a une volonté d'accréditation en équipe. Elle est en cours pour les anesthésistes ; pas encore possible en ophtalmologie (absence pas de société agréée). La culture sécurité des soins des professionnels a été évaluée. La gouvernance est impliquée et veille à l'adéquation des ressources aux activités. Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration. Les référents partagent régulièrement leur expérience (instance COOP). Ils peuvent bénéficier d'actions de soutien ou de coaching dans l'exercice de leur fonction. Cependant il n'a pas été retrouvé d'action de formation au management. Les compétences sont régulièrement évaluées et des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences sont proposés aux équipes. Un comité d'éthique et une charte d'éthique des professionnels sont en place. Les questionnements éthiques en lien avec leur activité sont connus des professionnels. Le cadre opérationnel permettant la prise en compte des problématiques éthiques en temps opportun n'est pas approprié par tous les professionnels rencontrés. Ils savent néanmoins qu'un recours externe peut être sollicité au niveau régional sur des problématiques éthiques. Les RU sont associés à la réflexion éthique institutionnelle. La Cellule Qualité/gestion des risques supervise la gestion de crise, la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées. Les objectifs et les risques ont pris en compte les activités, les moyens, la position de la structure au sein du territoire de santé et de son niveau de hiérarchie dans le schéma d'organisation de la réponse sanitaire. Ils sont conformes sur le plan élaboré par l'ARS. Une cellule de crise est en place. L'ensemble des conduites à tenir en cas de tension hospitalière et de situations sanitaires exceptionnelles intègrent un volet numérique au vu du contexte réglementaire et de l'impact du risque numérique sur un établissement largement informatisé. En lien avec le plan blanc, un exercice global de cyber attaque a été mené en juin 2023. La gouvernance est impliquée dans le développement de la prévention des risques numériques. Des audits de cyber sécurité sont prévus. Les professionnels rencontrés connaissent les conduites à tenir en cas d'incident/d'attaque et connaissent les mesures de prévention des risques numériques. Le patient connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation de ses objets personnels. Les situations à risque pour les patients ou professionnels ne sont pas toutes répertoriées : les fenêtres du 2ème étage (chambres ou zones accueillant des patients) ne sont pas sécurisées et ouvrent sur la rue avec un risque de défenestration. L'établissement n'avait pas identifié le risque jusqu'au constat des experts-visiteurs. Il a le jour même fait changer les poignées de fenêtre pour les remplacer par des poignées à clés dans toutes les chambres et zones concernées. Un projet développement durable-éco-responsable est inscrit au projet d'établissement. L'établissement a réalisé un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable (DD). Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux et un plan d'action au regard des enjeux du DD est en cours. Un référent développement durable a été désigné en 2015. Une fiche de missions est formalisée. La

prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement. La gouvernance et la CME mobilisent l'ensemble des équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles au sein de l'établissement et sur la réalisation de revues de pertinence des pratiques. Cependant, les PEC standard, s'appuient sur des protocoles qui n'intègrent pas toujours les dernières recommandations de bonnes pratiques. Des revues de pertinence sont mises en œuvre mais pas pour toutes les pathologies prises en charge. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte l'expérience des patients et intègre la contribution des usagers. Les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience des patients sont connues des professionnels. Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers. Les professionnels connaissent les IQSS et les actions d'amélioration déclenchées par leurs résultats. Ils sont suivis et partagés en CME et en commission des « ambassadeurs ». L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'événements indésirables liées aux soins. La gestion des EI est sous la responsabilité de la cellule Qualité/Gestion des risques. Une charte d'incitation et de non-sanction pour toute déclaration est formalisée. Tous les EI sont revus les mardis en réunion des « ambassadeurs ». Les EI récurrents sont analysés (méthode ORION) en binôme, discutés en « COOP » font l'objet d'une CREX et d'une Action d'Amélioration inscrite au PAQSS et suivie. Les EIG AS sont analysée (méthode ALARM) lors d'une RMM ou d'une REMED. En 2023 il y a eu 2 RMM et 1 REMED. Un EIG a été déclaré sur le portail de l'ARS. La gestion des plaintes et des réclamations est intégrée à celle des EI. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement. Cependant les médecins exerçant une spécialité à risque ne sont pas accrédités. Les anesthésistes viennent de s'engager dans une démarche d'accréditation en équipe. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à améliorer la maîtrise du risque infectieux (circuits, procédures, formations, respect des bonnes pratiques en vigueur).

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	820000156	CLINIQUE HONORE CAVE	406, boulevard montauriol 82000 Montauban FRANCE
Établissement principal	820000065	CLINIQUE HONORE CAVE	406, boulevard montauriol 82000 Montauban 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	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	33
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	3
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	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)	9
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	Traceur ciblé			Choisi par l'expert-visiteur dans la liste de l'année N-1
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
3	Traceur ciblé			"Médicament per os antibiotique + Médicament injectable"
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			Assis ou debout
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
11	Audit système			
12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	

13	Audit système			
14	Traceur ciblé			"Hygiène des mains + Précautions standards & complémentaires "
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
16	Audit système			
17	Traceur ciblé			/
18	Audit système			

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

