



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**SYNERGIA  
POLYCLINIQUE UNITE  
SENOLOGIQUE DU  
VENTOUX**

26 rond point de l'amitié  
84200 Carpentras



Validé par la HAS en Juillet 2022

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Juillet 2022

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	21
Annexe 3. Programme de visite	25

# Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

**Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...**

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

**| ... et sur des méthodes**

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

# Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

# Présentation

SYNERGIA POLYCLINIQUE UNITE SENOLOGIQUE DU VENTOUX	
Adresse	26 rond point de l'amitié 84200 Carpentras FRANCE
Département / Région	Vaucluse / 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	840017164	SYNERGIA VENTOUX	26 rond point de l'amitié 84200 Carpentras FRANCE
Établissement juridique	840019053	GCS ES UNITE SENOLOGIQUE DU VENTOUX	26 rond point de l'amitié 84200 CARPENTRAS FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

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

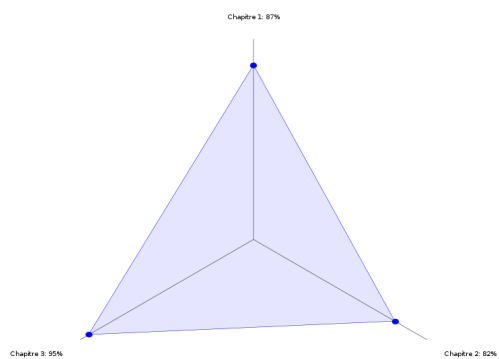


# Champs d'applicabilité

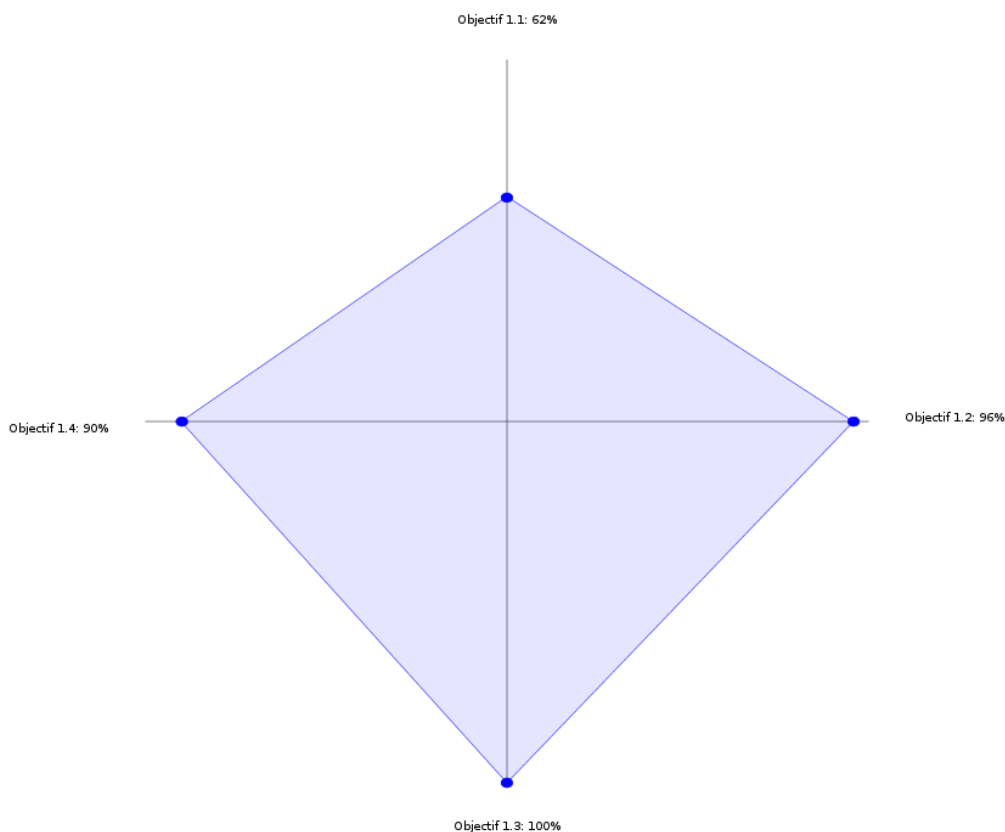
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins critiques
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, **108** critères lui sont applicables

# Résultats



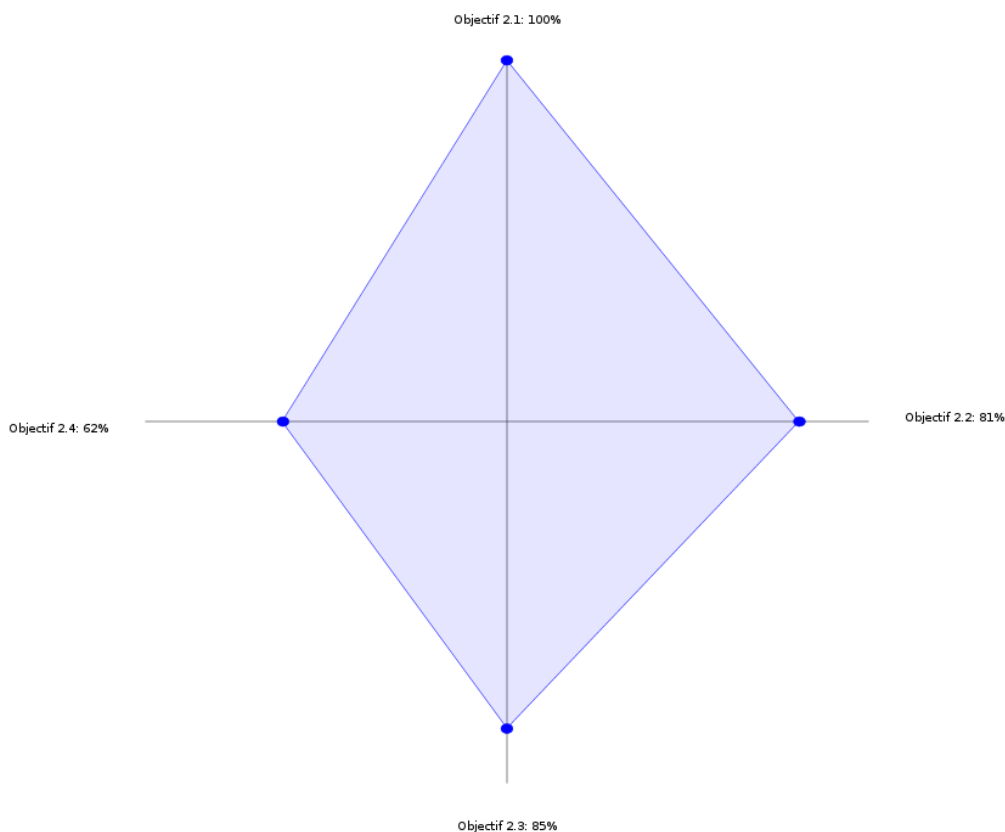
# Chapitre 1 : Le patient



Le patient reçoit une information claire et adaptée, il est impliqué dans l'évaluation bénéfique/risque pour sa prise en charge et exprime son consentement libre et éclairé. Son parcours ambulatoire lui est clairement expliqué. Un livret d'accueil concernant les hospitalisations conventionnelles et la prise en charge en urgence a été réactualisé et est distribué aux patients. En revanche, chez l'enfant et l'adolescent, l'expression de son avis n'est pas tracée. Pour les adultes, l'information concernant la personne de confiance et la personne à prévenir n'est pas optimale. Les patients rencontrés ne connaissent pas forcément la différence. Le droit à la rédaction des directives anticipées ne leur est pas expliqué. Les patients rencontrés ne connaissent pas les Représentants des Usagers, ni leurs missions bien qu'une affiche avec photo soit disponible dans tous les services. On relève également l'absence d'informations données à une patiente qui avait été transfusée 24 heures auparavant (en postopératoire immédiat). Le patient est respecté dans sa dignité, son intimité et la confidentialité des informations le concernant. L'environnement du patient mineur est adapté et l'autonomie des patients âgés et /ou porteurs d'un handicap est préservée. En revanche, concernant la douleur, il n'a pas été retrouvée, dans un dossier, de traçabilité régulière de la réévaluation, jusqu'à disparition complète et durable d'une douleur survenue en postopératoire avec des scores élevés. Pour les autres dossiers la prise en charge de la douleur est optimale. L'établissement a réalisé un audit concernant la douleur post opératoire en août 2021 sur 30 dossiers. Cet audit objectivait que 40% des dossiers ne présentaient pas de traçabilité d'évaluation de la douleur. Un plan d'action a été mis en place et un audit pour vérifier l'efficacité des actions est programmé début avril 2022. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. Les proches et les aidants sont impliqués dans le projet de soins. Les conditions de vie sociale sont prises en compte. La présence des proches auprès du patient hospitalisé en situation de handicap a été

autorisée durant la période de pandémie. Le partage des décisions dans les situations difficiles est effectif. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. Une assistante sociale est disponible pour gérer les situations de précarité et autres demandes. Des bénévoles sont présents dans l'établissement deux jours par semaine pour permettre de maintenir l'autonomie, l'inclusion et le lien social du patient.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

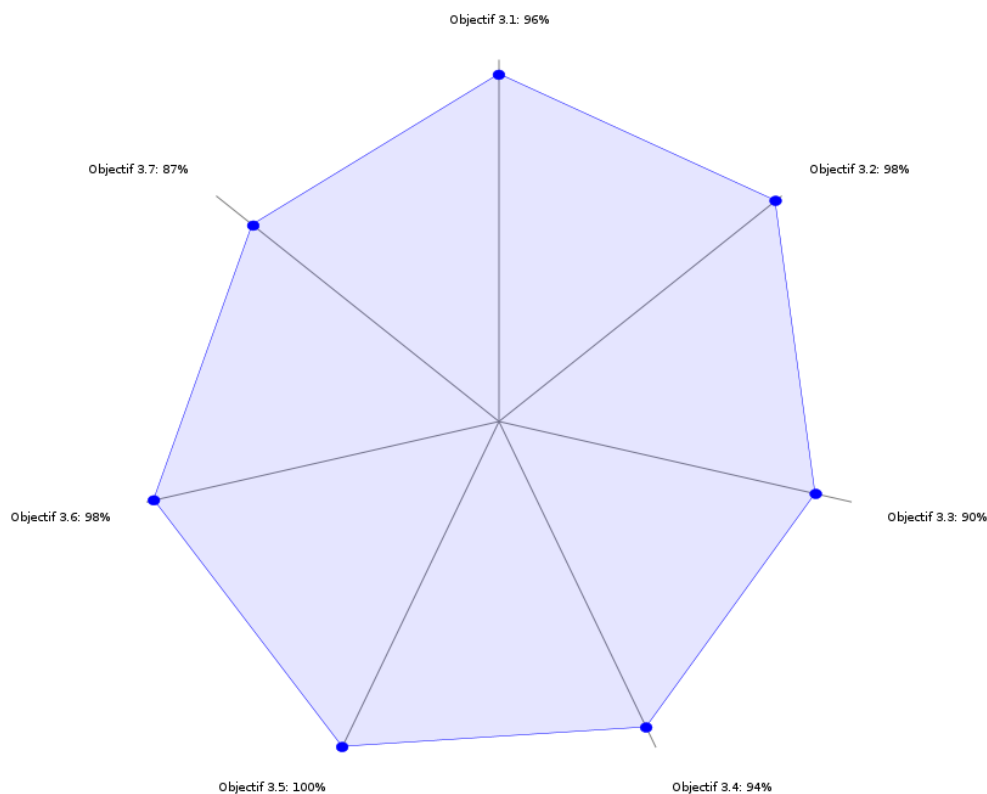


Pour assurer une prise en charge pertinente du patient, des protocoles existent et ils décrivent les différents parcours : des adultes, des enfants, des personnes âgées et ceux de chirurgie. De plus, les professionnels soignants et administratifs ont élaboré un livret d'hospitalisation adulte mais il n'existe pas de livret d'hospitalisation pour la prise en charge de l'enfant. L'établissement projette son élaboration. Les décisions de l'acte sont prises et argumentées par les équipes médicales en collaboration. Ils peuvent aussi solliciter des spécialistes en réseau comme un gériatre, un cardiologue ou un psychologue. Il existe des outils d'aide à la prescription des antibiotiques (un livret, un guide, un carnet de l'antibioprophylaxie), toutes les prescriptions des antibiotiques sont argumentées et réévaluées à 24h 72h. Les analyses de pertinence sont inscrites au programme des EPP. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est en cours d'analyse. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Le projet de soins du patient est élaboré par l'équipe de soins incluant les professionnels en soins de support (diététicien, équipe douleur, psychiatre). Cependant actuellement tous les acteurs ne peuvent pas tracer en temps utile leurs observations dans le dossier informatisé. Le logiciel de certains chirurgiens libéraux n'est pas en lien avec celui de l'établissement. L'établissement est en cours d'acquisition d'un nouveau logiciel dont le déploiement est prévu dès le mois d'avril 2022. L'équipe remet au patient adulte et enfant toutes les informations utiles en amont de son hospitalisation après la consultation du chirurgien et de l'anesthésiste : éléments administratifs horaire d'arrivée, rappel des consignes préopératoires ou pré thérapeutiques et recommandations pour sa sortie. Elles se coordonnent entre services dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité ou avec le bloc lors de déprogrammation. Toutefois, il n'a pas été retrouvé suite à la consultation

de l'anesthésiste la traçabilité des vaccinations ni la mise à jour du carnet de santé de l'enfant. L'établissement envisage avec le nouveau logiciel de tracer son contrôle et sa réactualisation. Une case supplémentaire à cocher sera paramétrée. L'activité de chirurgie de l'enfant ne représente que 2% de l'activité globale de l'établissement. En ce qui concerne la lettre de liaison remise à la sortie du patient, un rapport d'audit sur la traçabilité des dossiers des patients réalisé le 1/12/2021 et le 6/12/2021 atteste que la lettre de liaison n'est pas toujours remise le jour même (18%), qu'elle n'est pas systématiquement signée (54%) et qu'elle ne contient le traitement qu'à 57%. L'établissement a connaissance de ces résultats et s'engage à poursuivre ses efforts d'amélioration en sensibilisant régulièrement les médecins en CME et en favorisant une organisation avec les médecins libéraux. Il s'engage aussi suite à l'évaluation des pratiques professionnelles sur l'utilisation de la check list au bloc opératoire réalisée en 05/2020 et 08/2020, ainsi que celle réalisée en endoscopie en 06/2020 et en 08/2020, à progresser sur l'exhaustivité de son remplissage et à augmenter l'implication de tous les acteurs lors de sa réalisation. La coordination des équipes autour de la sécurisation du circuit du médicament par la conciliation n'est pas encore mise en place. Le CAQES a été réévalué en 2021 et reconduit en l'état pour 2022. La conciliation médicamenteuse est un des objectifs. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques Pour assurer l'identification des patients, les professionnels mettent systématiquement un bracelet d'identification aux patients qui vont au bloc opératoire et ils tracent sa vérification. Cette traçabilité reste fonction d'une prise en charge au bloc opératoire puisque la case se situe dans le DPI actuel uniquement sur la fiche de préparation pré opératoire. (Audit de janvier et mai 2020) Lors de la visite les professionnels ont rapidement réagi à cette remarque et rajouté la case sur le logiciel actuel pour tous les patients et ont confirmé que le nouvel logiciel permettrait de tracer la réalisation exhaustive de la vérification des bracelets de tous les patients. Les vigilances sanitaires sont identifiées et organisées au sein de l'établissement. Une note d'incitation annuelle avec communication scientifique est transmise aux professionnels afin de promouvoir les vaccinations organisées gratuitement au sein des services. Le taux de couverture vaccinale est analysé et partagé avec l'encadrement pour mise en œuvre d'actions d'amélioration. Toutefois ce taux n'est pas connu par les professionnels. Le transport en interne des patients est réalisé par du personnel formé aux gestes d'urgences, à l'identitovigilance, aux mesures d'hygiène et qui respecte le confort et l'intimité du patient avec bienveillance. Les équipes sont impliquées et s'engagent pour maîtriser le risque infectieux. Elles sont formées aux respects des précautions standard et particulières, suivi des BMR, bio nettoyage et gestion des excréta...Le traitement des dispositifs restérilisables est organisé à toutes les étapes (stockage, traçabilité de la désinfection, maintenance préventive et curative) et assuré par des professionnels formés. Des audits et des évaluations de pratiques, des indicateurs comme le suivi de la consommation des SHA permettent de mettre en place si besoin des actions d'amélioration mais les équipes ne connaissent pas le taux de cet indicateur malgré l'affichage en service. Les professionnels respectent et maîtrisent la sécurisation des médicaments (prescription, validation pharmaceutique, transport, stockage plein vide, préparation, traçabilité de l'administration ou de la non administration, péremption et retour en pharmacie). Le personnel est formé et sensibilisé, les médicaments à risque sont identifiés (liste disponible) et facilement repérables à l'aide d'une étiquette rouge. Les antibiotiques sont aussi identifiés, la prescription est argumentée et réévaluée. Concernant la maîtrise des risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants par les soignants, elle reste à optimiser. 83% des personnels savent expliquer la conduite à tenir. Les équipes maîtrisent le risque transfusionnel en assurant la traçabilité dans le dossier du patient à toutes les étapes du processus transfusionnel. La mesure du taux de destruction est suivie de façon annuelle. En revanche, le protocole de prise en charge des précautions standards liées aux complications graves est en cours de révision avec un programme de diffusion et de transmission aux IDE d'ores et déjà prévu avec le nouveau médecin référent hémovigilance nouvellement identifié. Concernant le risque de dépendance iatrogène, notamment chez la personne âgée, il n'a pas été retrouvé la traçabilité des 6 causes principales de décompensation lors de l'hospitalisation d'un patient âgé. Seuls 3 critères sont recherchés systématiquement et retrouvés dans le dossier informatique du patient : chutes, poids, diurèse. L'information du patient âgé et de ses proches et/ou aidants n'est pas tracée. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle Les

IQSS sont diffusés et exploités. Des actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS. Les événements indésirables sont répertoriés et les analyses sont collectives. 138 événements indésirables ont été déclarés dans la base pour 2021. La méthode ALARM est utilisée. Il existe une charte d'incitation au signalement interne des événements indésirables depuis juillet 2018. L'analyse des prises en charge en soins critiques (USC), notamment par les marqueurs cliniques, ainsi que la tenue d'un registre de refus d'admission en USC, ne sont pas retrouvés, ni les plans d'action découlant de ces analyses. Par contre, les réhospitalisations à 48/72 heures sont évaluées, suivies et connues du service. Les professionnels rencontrés sont satisfaits des délais de rendu des résultats des examens de biologie et d'imagerie médicale.

## Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Les partenariats sont identifiés notamment avec l'Hôpital de Carpentras, le SSR de l'UGECAM, le CH de Montfavet, mais aussi en complémentarité avec le deuxième établissement du groupe régional Synergia situé sur Cavailon. L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours ainsi qu'au réseau 3C Vaucluse Camargue Onco Paca. La plateforme territoriale d'appui (dispositif d'appui à la coordination) du Vaucluse est accueillie sur l'établissement favorisant la fluidité des parcours. La création partenariale de Pôle ATLAS « tête et cou » hyper-spécialisé à vocation à devenir un point d'attractivité de premier plan. L'actualisation du ROR est un objectif du CPOM. Une convention d'expertise avec l'UGECAM a été signée pour la prise en charge des personnes âgées afin de favoriser les admissions directes et les urgences. Les situations de tensions saisonnières sont connues telles que par exemple le Tour de France... avec un renforcement du personnel durant ces périodes. Le site internet de l'établissement favorise l'accès aux soins en diffusant les modalités de contact de l'établissement et de ses services. Des pochettes et livrets d'accueil pour l'hospitalisation et pour les urgences sont remis aux patients. La messagerie sécurisée est en cours et le projet est clairement identifié. Le déploiement du nouveau logiciel est prévu au 26 avril 2022 avec notamment une phase prévisionnelle pour la messagerie programmée entre avril et octobre 2022. L'établissement est pilote du projet "Mon espace santé". L'établissement promeut la recherche clinique. Une convention avec l'APHP pour les essais dans le cancer du rectum est signée. Les professionnels sont impliqués au travers des RCP et les revues des essais cliniques via le 3C Onco Paca. Les praticiens de l'établissement peuvent contribuer à des publications mais il n'existe pas d'émargement SIGAPS, ni SIGREC. Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie sont suivis. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. L'établissement promeut l'expression du patient.



au travers e-Satis et autres dispositifs tels que la mise à disposition d'une boîte mail "Expérience patient" dont le contenu est analysé en CDU. Des actions d'expertise des patients sont mises en place comme la venue du patient debout au bloc opératoire issue d'un retour d'expérience d'un patient ou la démarche RAAC en orthopédie. Les Représentants des Usagers ont pu participer à un audit réalisé au bloc fin 2021, Une représentante des usagers accompagne les patientes atteintes d'un cancer du sein, un patient stomisé est force de proposition pour améliorer le parcours de prise en charge et le soutien au patient. L'impact de l'intégration des patients est à évaluer. L'établissement réfléchit à des indicateurs. Il existe une formation à la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. Des communications sont régulièrement faites en réunion de service. Des dispositifs favorisant l'accessibilité aux personnes en situation de handicap sont disponibles (chambre MPR identifiée, boucle magnétique, charte et commande ascenseur en braille, tolérance des aidants ou accompagnants en période de Covid...). L'établissement est organisé pour permettre l'accès au patient à son dossier. Les délais de remise de dossiers sont suivis en CDU. L'établissement est coordonné avec l'Institut Sainte Catherine sur Avignon et l'Institut Paoli Calmettes sur Marseille pour favoriser l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles. De même, des partenariats sont identifiés pour la prise en charge des maladies rares notamment avec le CHU de La Timone sur Marseille et le CH de Montpellier pour les pathologies hépatiques rares. Les RU témoignent d'une excellente mobilisation dans la dynamique d'amélioration pour le patient et participent ainsi à la qualité de l'accueil et le confort du patient. Ils souhaiteraient être impliqués dans les analyses systémiques d'événements indésirables ou participer aux médiations si besoin. Le développement de l'expérience patient est d'ores et déjà un objectif acté dans la nouvelle version de la politique qualité et gestion des risques. La gouvernance fait preuve de leadership La politique qualité et sécurité des soins vient d'être actualisée dans sa version 3, validée en CME en date du 7 mars 2022, impliquant notamment les cadres et les RU. Les plan d'actions est effectif avec l'implication de la gouvernance précisément dans des actions et mise à disposition des moyens. L'adéquation des ressources humaines est contrôlée que ce soit pour l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement, que pour la qualité et la sécurité des prises en charge. En ce sens, les urgences ont été fermées temporairement suite à l'inadéquation des disponibilités en IDE. Des formations sont disponibles pour les managers notamment du coaching ou communication en équipe. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences/Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. La politique QVT vient d'être révisée. Elle valorise le travail en équipe notamment la communication interne et le climat social au travers divers dispositifs tels que les réunions de service, des travaux de groupes pour les ASH, des briefings et débriefings au bloc opératoire. Des indicateurs de suivi sont ciblés qu'ils soient démographiques, liés au parcours et à l'emploi, de santé et de sécurité, voire d'absentéisme. Les compétences sont évaluées tous les 2 ans. Un programme d'amélioration continue du travail en équipe, type PACTE, concernant les anesthésistes et chirurgiens vient d'être initiée en interne pour résoudre les problématiques organisationnelles en lien avec la prise en charge des urgences. Des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles existent depuis de nombreuses années et impliquent de nombreux professionnels. Un questionnaire de satisfaction des personnels a été administré avec 57% de retour. L'analyse a permis d'identifier des actions telles que des groupes de discussion ou des formations à la médiation pour la gestion des conflits interpersonnels. Les actions sont intégrées au plan d'actions d'amélioration de l'établissement. Une psychologue du travail est disponible en cas de besoin. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (Covid, plan Vigipirate, Cybersécurité, climatique...). La cellule de crise est opérationnelle et évaluée. Les retours d'expérience permettent d'améliorer le dispositif. Les ressources supplémentaires peuvent être mobilisées. L'établissement est identifié de « deuxième ligne ». Le volet ORSAN est décliné (EPI-CLIM, AMAVI, NRC, REB. Le PSE est formalisé. Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés (pharmacie, accueil, bloc opératoire, enceinte de l'établissement...). Le référent sécurité informatique est identifié et connu des professionnels. Un diagnostic initial environnemental a été réalisé avec l'ANAP. Les

différentes filières de déchet et les consommations en énergie et en eau sont connues. Il existe une charte de développement durable. Un référent développement durable est identifié. Les urgences vitales sont maîtrisées, un numéro d'appel direct est disponible. La commission des urgences est commune avec l'Hôpital de Carpentras. L'évaluation du dispositif a permis de mettre en place des actions. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les revues de pertinence sont déployées au sein de l'établissement, soutenues par la gouvernance. Une étude sur la pertinence des prescriptions de transfusions a été réalisée avec indicateurs de pratique clinique. Une autre étude concernant la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancers colorectal et gynécologique a permis de mettre en évidence la nécessité de recruter un nutritionniste pour la prise en charge préopératoire. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées aux équipes. Les revues de pertinence des admissions et des séjours sont à organiser. L'établissement souhaite évaluer la pertinence des ré-hospitalisations des patients à 30 jours. Les résultats IQSS, e-satis, bilan des événements indésirables et autres doivent être partagés et commentés avec les personnels pour une appropriation optimale. La gouvernance promeut l'accréditation des médecins et des équipes. Une démarche d'accréditation en équipe est initiée en orthopédie, gastro entérologie et gynécologie/urologie. Deux chirurgiens viscéraux sont accrédités par la HAS. L'élaboration du projet des usagers est prévue dans la note d'orientations stratégiques de 2022/2025 en axe Client. Les contributions des RU ainsi que les recommandations de la CDU devraient être intégrées au programme qualité et sécurité des soins pour les valoriser.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	840017164	SYNERGIA VENTOUX	26 rond point de l'amitié 84200 Carpentras FRANCE
Établissement principal	840017172	SYNERGIA VENTOUX	26 rond point de l'amitié 84200 Carpentras FRANCE
Établissement juridique	840019053	GCS ES UNITE SENOLOGIQUE DU VENTOUX	26 rond point de l'amitie 84200 CARPENTRAS FRANCE
Établissement géographique	840019079	GCS ES UNITE SENOLOGIQUE DU VENTOUX	26 rond point de l'amitie 84200 CARPENTRAS FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	
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)	
Existence de Structure des urgences générales	
Existence de Structure des urgences pédiatriques	
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	
Autorisation de Médecine en HAD	
Autorisation d' Obstétrique en HAD	
Autorisation de SSR en HAD	
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	
Existence de SMUR pédiatrique	
Existence d'Antenne SMUR	
Existence d'un SAMU	
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
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	10
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	82
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	15
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	173
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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	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)	8
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0



### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Maladie chronique Hospitalisation complète Programmé	
2	Audit système	Représentants des usagers		
3	Audit système	QVT & Travail en équipe		
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Programmé	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte	

			Hospitalisation complète Programmé	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins critiques Adulte Hospitalisation complète Programmé	
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Désinfection endoscope
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL

17	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Patient traceur		Tout l'établissement Soins critiques Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
20	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		Prélèvement et greffe d'organes et de tissus
21	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
22	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
23	Audit système	Coordination territoriale		
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire et antibioprofylaxie
25	Audit système	Maitrise des risques		
26	Audit système	Leadership		
27	Audit système	Engagement patient		
28	Audit système	Dynamique d'amélioration		
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

