



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
PAUL COSTE FLORET**

5 avenue georges clemenceau  
34240 Lamalou Les Bains



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 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	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	19
Annexe 3. Programme de visite	23

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER PAUL COSTE FLORET	
Adresse	5 avenue georges clemenceau 34240 Lamalou Les Bains FRANCE
Département / Région	Hérault / Occitanie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

**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	340796358	CENTRE HOSPITALIER PAUL COSTE FLORET	5 avenue georges clemenceau 34240 Lamalou FRANCE

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

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

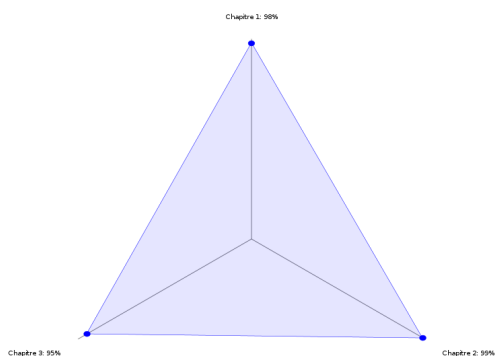


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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 de suite et réadaptation
Tout l'établissement

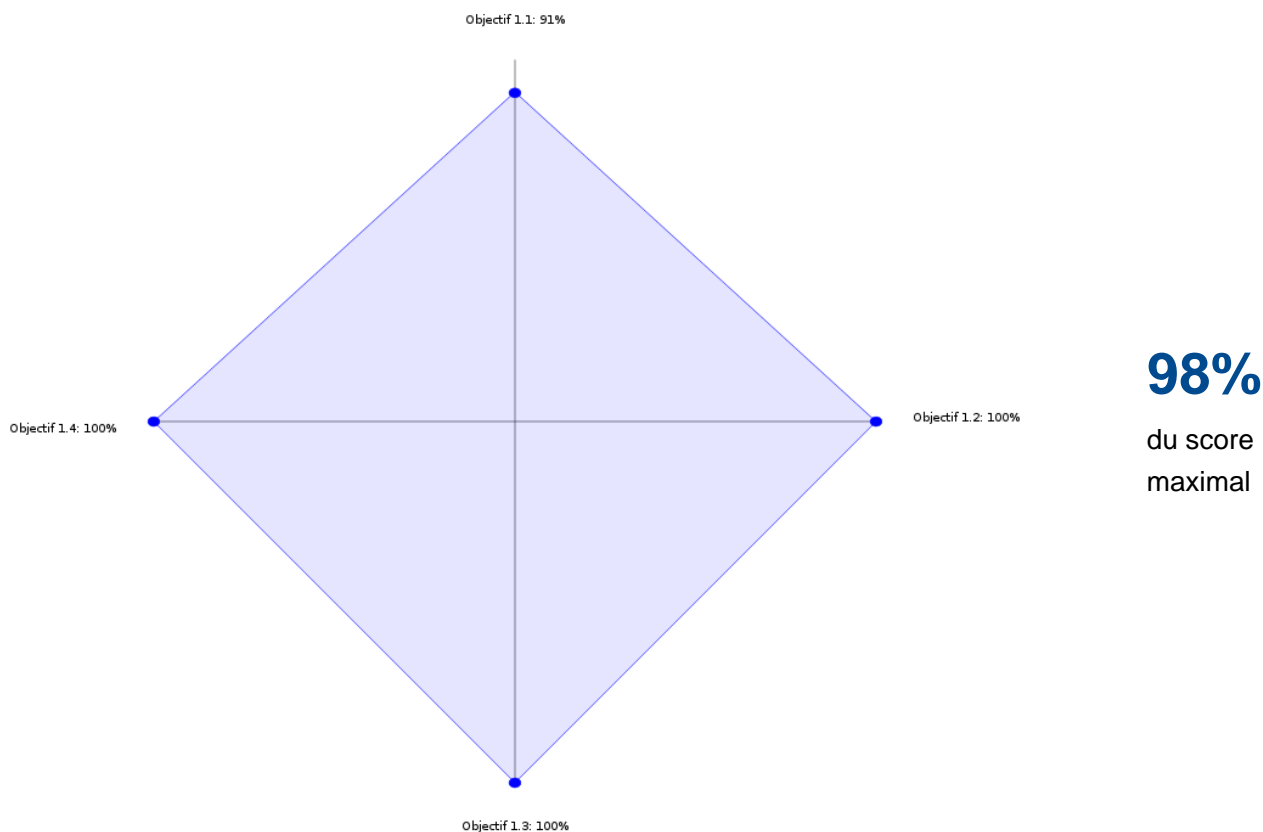
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

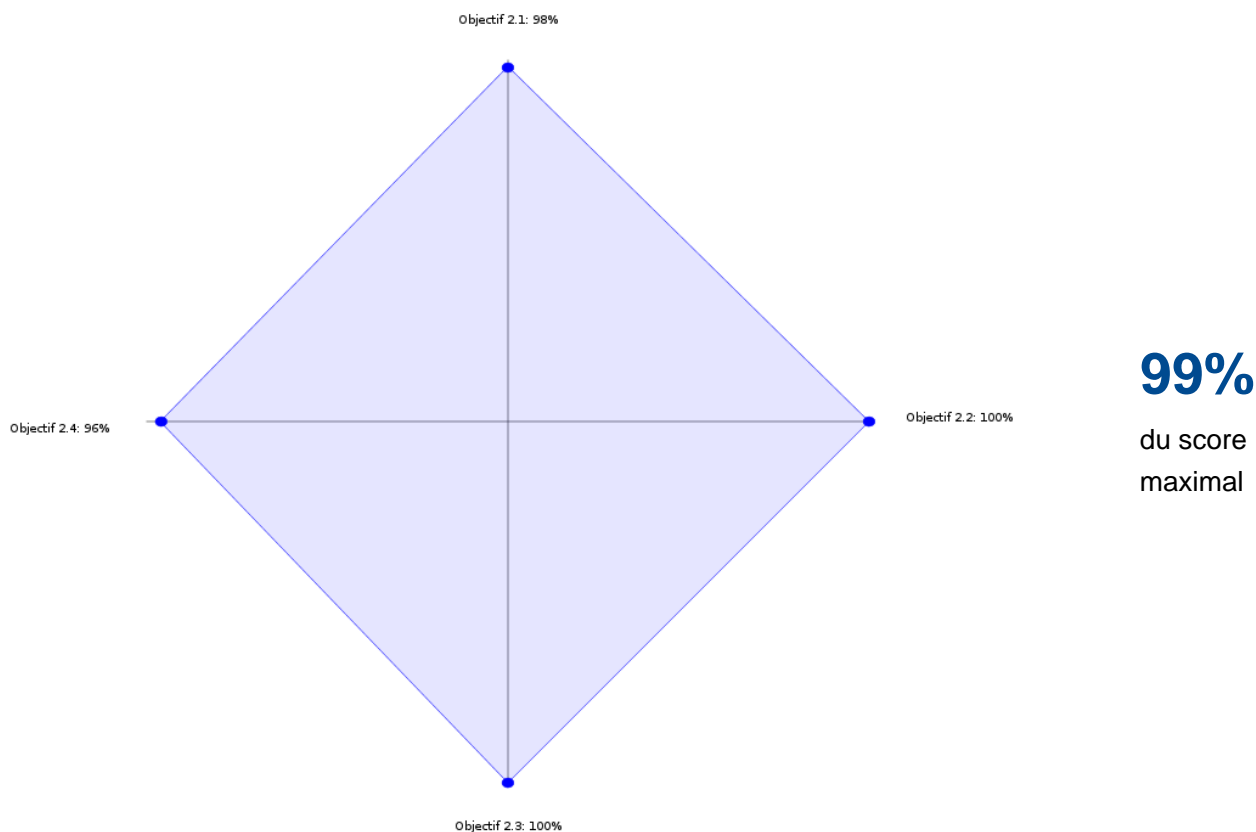


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	91%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé et son implication est recherchée. L'ensemble des professionnels s'attachent à informer et communiquer avec le patient de la façon la plus adaptée possible en fonction de sa pathologie et de ses aptitudes à comprendre (patientèle essentiellement de traumatisés crâniens, d'EVC, de poste AVC et de rééducation fonctionnelle). Cette information est délivrée tout au long de son séjour par les professionnels compétents pour la lui donner. Le patient est impliqué dans l'évaluation bénéfices/risques de toute décision majeure pour sa prise en charge, ce qui participe à l'engagement du patient dans ses soins. Il exprime son consentement sur son projet de soins personnalisé et ses modalités (passage en HDJ, balnéothérapie, prise en charge en ergothérapie, psychomotricité, rééducation fonctionnelle, etc.). Il bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir sur sa santé et réduire ses risques (activité physique, nutrition, statut vaccinal). Les facteurs

de risques sont inscrits dans le dossier du patient et explicités par les professionnels de façon adaptée. Le patient bénéficie d'actions le rendant acteur de sa prise en charge. La prise en compte de ses préférences, de ses attentes et de son expérience est favorisée (par exemple dans les deux programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre). Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance ; le rôle de celle-ci lui est expliqué. En prévision de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi pour les médicaments prescrits (modifications du traitement, consignes de suivi, etc.). En ambulatoire, il reçoit également les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge avec remise de documents. Très majoritairement dans l'établissement, Il est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées. Lorsque celles-ci sont rédigées, elles sont tracées dans le dossier. Il a la possibilité en situation de fin de vie (très rare dans l'établissement) de faire valoir sa décision d'accéder aux soins palliatifs. Le patient est informé des représentants des associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner. Ces représentants sont également les représentants des usagers, fortement impliqués dans l'établissement. Ceci explique le fait que les patients les connaissent dans leur rôle associatif mais peu en tant que représentants des usagers avec des missions spécifiques dans l'établissement. Le patient est invité à faire part de sa satisfaction par l'intermédiaire de questionnaires de satisfaction et d'e-satis. S'il est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction, sa connaissance des modalités pour déclarer les EIGS est très limitée, voire inexistante. Le recueil et l'analyse de l'expérience patient ne sont pas toujours réalisés par les équipes. Le patient bénéficie du respect de ses droits fondamentaux : intimité, dignité, confidentialité des informations le concernant. Le patient vivant avec un handicap ou âgé bénéficie du maintien de son autonomie tout au long du séjour. Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale et est très limité dans l'établissement. Même en situation de tensions, le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires (nutrition, toilettes, hygiène, etc.). La prise en charge de la douleur est complète (anticipation, soulagement dès l'arrivée du patient, réévaluation régulière, outils de mesure adaptés aux formes de handicaps sévères accueillis dans l'établissement). Il a été constaté une bienveillance et une attention particulière aux attentes des patients de la part de l'ensemble des professionnels. Les proches et/ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient quand il peut s'exprimer. Les locaux et les horaires de visite sont adaptés pour permettre les échanges entre soignés et familles ou aidants. Les horaires permettant aux aidants de rencontrer les professionnels sont eux aussi adaptés notamment pour les familles habitant loin de l'établissement venant visiter des patients en situation de handicap lourd (EVC par exemple). Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge et de la préparation de la sortie. Les services sociaux ou associations adéquates sont facilement accessibles et disponibles. Un recueil de l'histoire de vie très détaillée est réalisé pour les patients à lourd handicap.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

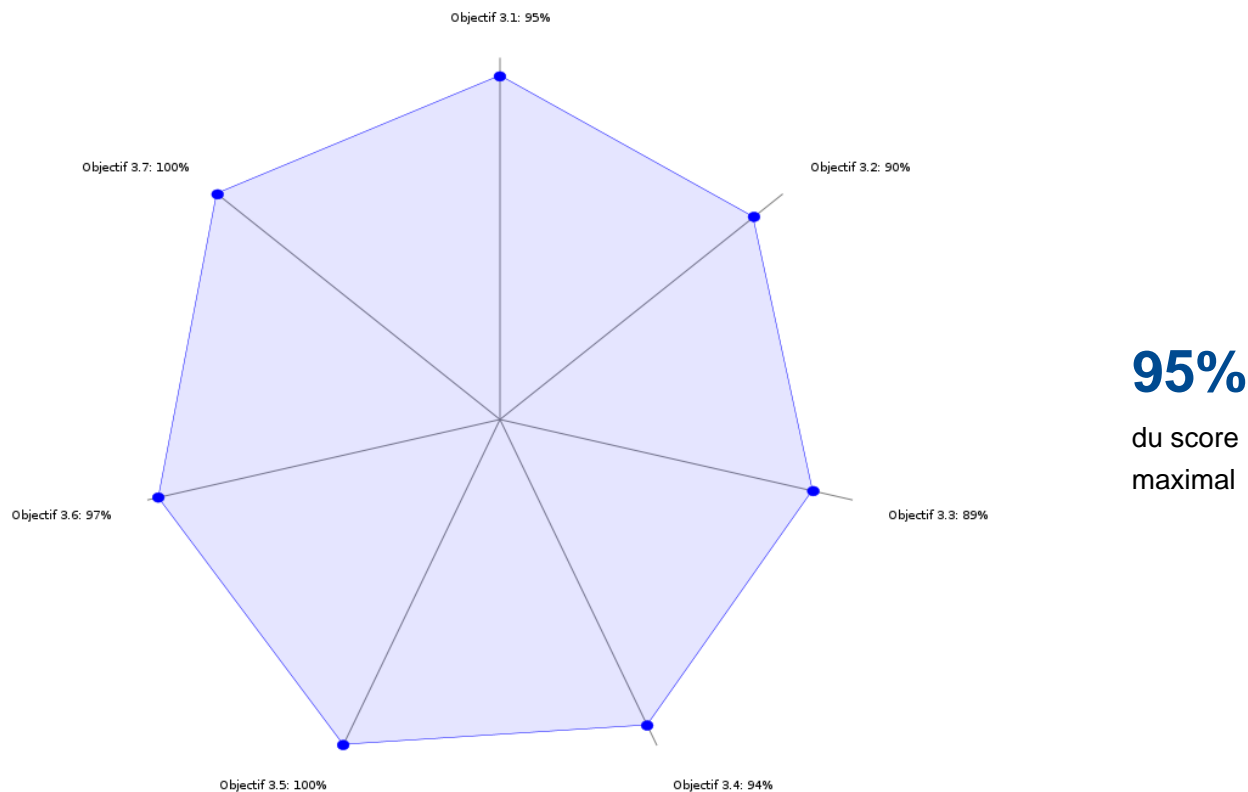


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	98%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	96%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe. Toute prise en charge fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, par exemple entre l'équipe de l'unité d'hospitalisation et les professionnels du plateau technique (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, etc.). La pertinence de l'admission et le type de séjour (Hospitalisation complète, hospitalisation de jour) est également argumentée et réévaluée. La prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins. L'équipe argumente et réévalue les mesures de restriction de liberté qui sont prescrites, mesures par ailleurs très limitées dans l'établissement. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est également argumentée ainsi que sa réévaluation, en dépit du fait que parfois, la trace dans le dossier du patient de cette réévaluation ne soit pas retrouvée. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le

patient. Le dossier du patient est complet. Chaque professionnel quel que soit son métier trace les éléments nécessaires à la prise en charge. Toutes les informations avant son arrivée et au moment de sa sortie sont fournies au patient. Il est à noter que pour certains patients suivis neurologiquement, l'établissement organise à distance (six mois ou un an après l'hospitalisation) une consultation pour la rééducation fonctionnelle. Des professionnels peuvent se déplacer à domicile pour apprécier les modifications architecturales à organiser pour le retour à domicile. La mise en œuvre du projet de soins fait l'objet d'une concertation au sein des équipes de soins et du plateau technique. Des staffs réguliers permettent de réévaluer ce projet de soins et ses modalités de mise en œuvre. L'établissement a initié la conciliation des traitements médicamenteux pour des patients jugés prioritaires. Dans le rare cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de prise en charge. L'équipe de soins peut faire appel à des ressources humaines de recours et d'expertise (par exemple en hygiène, en rééducation fonctionnelle, en neurologie, soins palliatifs pour les rares cas où le patient en a besoin). Une lettre de liaison complète est systématiquement remise au patient le jour de sa sortie et adressée au médecin traitant. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Elles respectent les bonnes pratiques en matière de vigilances, en particulier l'identitovigilance, compte-tenu de la population accueillie majoritairement non ou peu communicante. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments sont respectées, de même que celles concernant l'administration des médicaments (sécurisation jusqu'au lit du patient, trace dans le dossier de la non administration, etc.). Les médicaments à risque font l'objet d'une utilisation et d'un rangement maîtrisés. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux bonnes pratiques. Pour les patients vulnérables, le bilan thérapeutique des traitements est tracé et annexé à la lettre de liaison. Le risque infectieux est maîtrisé (lavage des mains, précautions standard et complémentaires, gestes invasifs). Le risque d'iatrogénie est également maîtrisé. Des actions de prévention sont déployées auprès des patients et les professionnels informent le patient vulnérable du risque de dépendance iatrogène. Les recommandations vaccinales pour les professionnels sont respectées. La gestion des rares récurrences d'épisodes de violence est gérée. Le transport des patients est organisé et fluide en intra (au sein d'un même bâtiment entre la chambre et le plateau technique, entre les bâtiments) et à l'extérieur de l'établissement pour des consultations extérieures par exemple. Les équipes évaluent leurs pratiques au regard notamment des résultats cliniques des patients. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont fondées sur une analyse collective y compris des indicateurs qualité et sécurité des soins et des EIG. Elles mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction du patient. Pour la radiologie conventionnelle, l'établissement dispose d'un équipement. Les examens sont réalisés par un manipulateur en radiologie et ne font pas l'objet d'une interprétation par un radiologue mais uniquement par le médecin rééducateur prescripteur. L'établissement est engagé dans la recherche d'une solution d'interprétation à distance par les radiologues du CHU de Montpellier, établissement pilote du GHT.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	90%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	89%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
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	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement a défini ses orientations stratégiques en lien avec son territoire, en cohérence avec le PRS. Il participe aux projets territoriaux de parcours (au sein du GHT ou avec les établissements adresseurs hors GHT). Il contribue au développement des CPTS. Pour autant certaines conventions de partenariat avec d'autres structures sanitaires et médico-sociales n'ont pas été réévaluées depuis longtemps. L'établissement

contribue à prévenir les passages évitables aux urgences des patients hospitalisés en son sein (anticipation des situations aiguës, admission directe dans les services spécialisés de recours par exemple la neurologie). Les modalités de communication permettant aux usagers et aux professionnels de santé de venir de contacter l'établissement sont mises en œuvre ; elles sont par ailleurs sécurisées (messagerie). L'établissement promeut la recherche clinique en son sein et en lien avec d'autres structures, en particulier le CHU de Montpellier. Les médecins proposent aux patients des inclusions dans des programmes de recherche. Se développe par ailleurs la recherche para médicale avec la conception, la mise en œuvre et le financement par l'intermédiaire de l'unité de recherche clinique du CHU d'un programme de recherche clinique initié dans le domaine de la rééducation. L'établissement favorise l'engagement du patient individuellement et collectivement. La mobilisation des actions d'expertise des patients reste limitée à quelques interventions dans les programmes d'éducation thérapeutique. La communication de l'établissement est entièrement centrée sur le patient et adaptée à son handicap physique et/ou psychique. L'établissement assure la promotion de la bientraitance, inscrite dans ses valeurs et veille au respect des droits élémentaires du patient. Il participe à la lutte contre les situations de maltraitance dont ont été victimes les patients ainsi que contre la maltraitance ordinaire en favorisant les formations dans ce domaine et les modalités d'écoute quotidienne des besoins et ressenti du patient. Il assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap. Quelques améliorations sont possibles pour les handicapés visuels et/ou auditifs (par exemple dans tous les ascenseurs). L'accès aux soins des personnes vulnérables est favorisé (forte implication du service social, évaluation à distance de la répercussion de la prise en charge sur la vie et la santé du patient un an après sa sortie). Les modalités d'accès au dossier pour le patient sont posées et respectent les délais réglementaires. L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de bénévoles très présentes et actives dans l'établissement. Les actions d'expertise des patients sont mobilisées. Cependant le projet des usagers initié en 2019 n'a pas encore trouvé sa déclinaison et son articulation complète avec le projet médico-soignant ainsi que la participation des représentants des usagers à sa mise en œuvre. La gouvernance fait preuve de leadership, en fondant son management sur la qualité et la sécurité des soins, en soutenant la culture de sécurité des soins et en pilotant l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité/sécurité des prises en charge. L'évaluation de la culture sécurité des professionnels est cependant peu développée. Les médecins ont peu de formations ou coaching en management, même si l'établissement a pu leur en proposer. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Le temps de travail partagé et les horaires permettent une synchronisation des temps médicaux et non médicaux. Des démarches spécifiques de travail en équipe sont initiées. Les compétences sont régulièrement évaluées. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail, construite à partir de l'analyse de la satisfaction des professionnels. La gestion des difficultés interpersonnelles est assurée (médiation, psychologue du travail). L'établissement dispose d'une solution adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il est confronté. Les tensions et situations exceptionnelles sont maîtrisées. Le risque numérique est également maîtrisé. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. Les risques environnementaux (par exemple le risque inondation) et les enjeux du développement durable (politique active dans l'établissement) sont maîtrisés. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement. Après un constat fait par les experts-visiteurs de l'absence de chariot d'urgence sur le vaste plateau technique (recours à un chariot situé à proximité mais à l'étage), l'établissement a durant la visite de certification procédé à la mise en place d'une mallette d'urgence conforme aux recommandations. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il pilote les revues de pertinence des pratiques professionnelles, revues qui sont régulières. Le point de vue du patient exprimé à travers les questionnaires de satisfaction ou à travers les souhaits des représentants des usagers est pris en compte dans le programme qualité. Les indicateurs qualité/sécurité des soins sont analysés, suivis et communiqués. Les EI et EIG sont analysés collectivement et communiqués.



# 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	340796358	CENTRE HOSPITALIER PAUL COSTE FLORET	5 avenue georges clemenceau 34240 Lamalou FRANCE
Établissement principal	340780220	CENTRE HOSPITALIER PAUL COSTE FLORET	5 avenue georges clemenceau 34240 Lamalou Les Bains FRANCE
Établissement principal	340780220	CENTRE HOSPITALIER PAUL COSTE FLORET	5 avenue georges clemenceau 34240 Lamalou Les Bains 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	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
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	0
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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	148
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	19
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)	0
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	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
2	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché ou assis
3	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
	Parcours		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap	

7	traceur		Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou per os
11	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		dans le plateau technique de rééducation, service à risque infectieux
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL



18	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport en navette via le pavillon Belleville
19	Audit système	Engagement patient		
20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
21	Audit système	QVT & Travail en équipe		
22	Audit système	Leadership		
23	Audit système	Représentants des usagers		
24	Audit système	Dynamique d'amélioration		
25	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Audit système	Coordination territoriale		
28	Audit système	Maitrise des risques		

---

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

---

