



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE FSEF
SCEAUX**

Site Roosevelt (principal) situé au 30 avenue du Président Franklin
Roosevelt (site principal) - Site Clérambault situé au 14 r+
Bp 101
92333 Sceaux



Validé par la HAS en Septembre 2022

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 – 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.

Présentation

CLINIQUE FSEF SCEAUX	
Adresse	Site Roosevelt (principal) situé au 30 avenue du Président Franklin Roosevelt (site principal) - Site Clérambault situé au 14 r+ Bp 101 92333 Sceaux Cedex FRANCE
Département / Région	Hauts-de-Seine / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	750720575	FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE	8 rue Deutsch de la Meurthe BP 147 75664 Paris Cedex 14 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

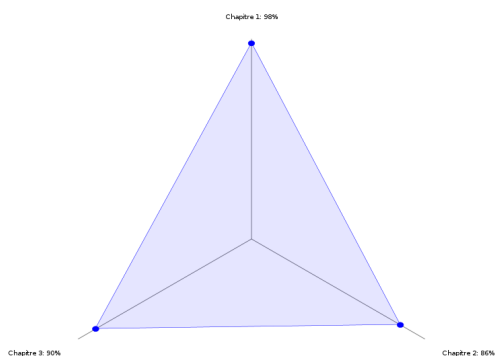
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

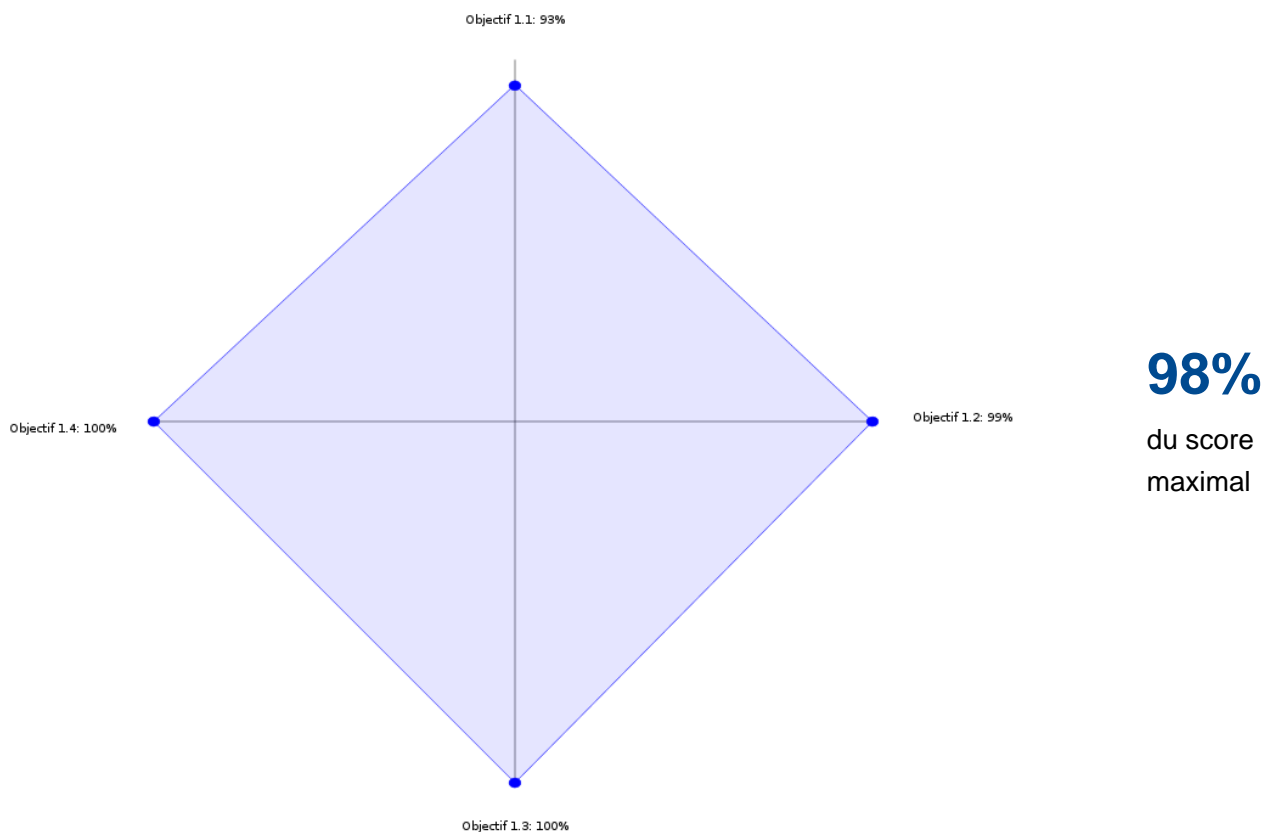
Au regard du profil de l'établissement, [104](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

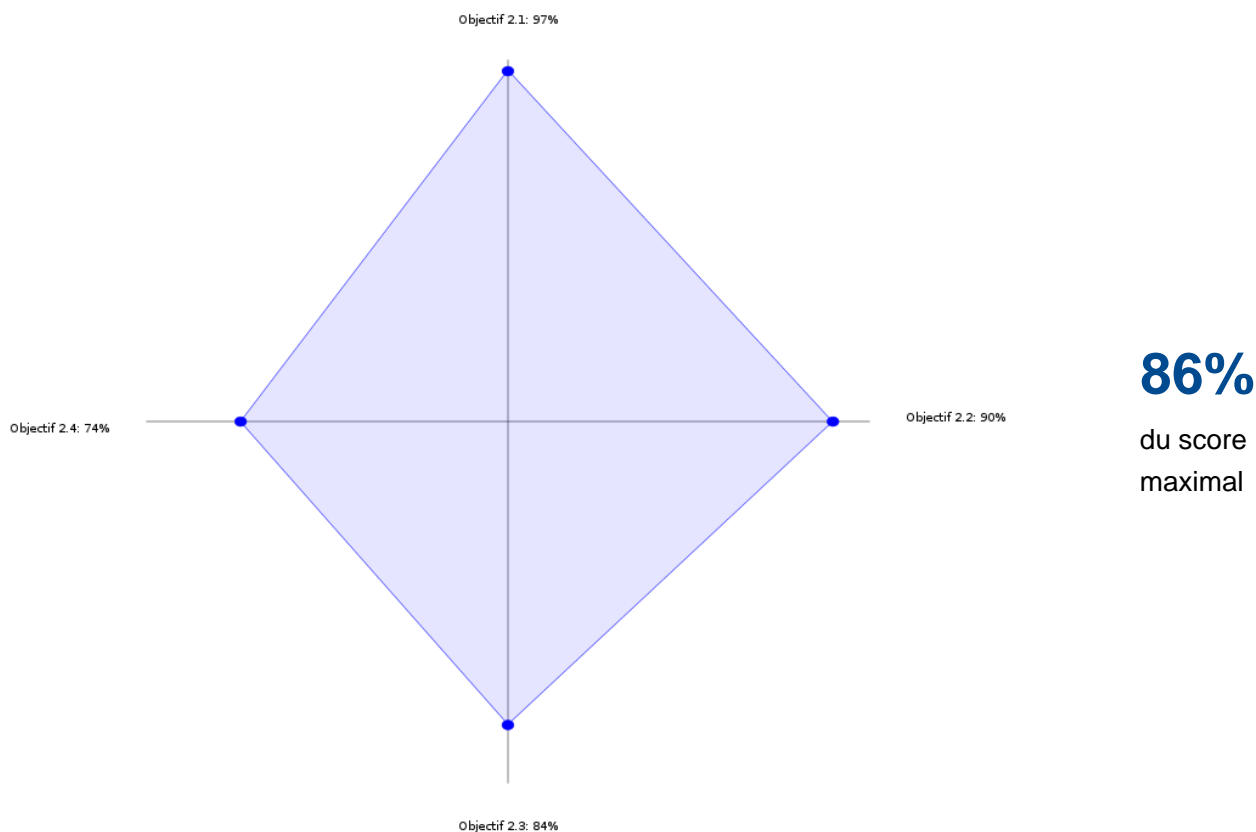


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

La clinique médicale Dupré prend en charge des adolescents et des jeunes adultes atteints de maladie psychiatrique tout en leur permettant de suivre des études et de pouvoir ensuite s'insérer dans la vie sociale et professionnelle. L'établissement, d'une capacité de 138 lits, accueille en admission programmée, des patients en soins libres. Des soins ambulatoires sont également proposés (hospitalisation de jour, CATTP, consultations). Dès son premier contact avec les professionnels de la clinique, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins sont apportées aux patients tout au long de son hospitalisation grâce à différents moyens de communication (entretien individuel, livret d'accueil, affiches...). Les patients nomment la réunion « soignants-soignés » (hebdomadaire) comme un temps d'échanges et de partage

d'informations sur la vie institutionnelle mais surtout sur des thèmes en lien avec la santé (tabac, sexualité, ateliers thérapeutiques, par exemple). Bien que les missions des représentants des usagers et les moyens de les contacter aient été affichés dans chaque service, les patients rencontrés se disent peu informés de l'appui qu'ils peuvent leur apporter. Fort de ces informations, le patient participe à toute décision thérapeutique (médicamenteuse, parcours de soin, par exemple). Les patients, de leur point de vue, affirment être impliqués, au côté du médecin et l'équipe soignante afin de définir son projet de soin, en partageant avec lui les bénéfices-risques. Son consentement est systématiquement recueilli. La grande majorité des patients sont mineurs, ses proches et/ou les aidants sont associés à la prise en charge (entretiens familiaux réguliers). Deux patients rencontrés étaient des jeunes majeurs : ils nous ont fait part qu'ils avaient été sollicités pour désigner une personne de confiance. Le projet personnalisé de soin soutient et promeut la capacité de chaque patient afin de l'encourager à retrouver une vie autonome et une place à part entière dans la cité, malgré la maladie. Un patient rencontré qui bénéficie désormais d'une hospitalisation en séquentielle, véritable trait d'union entre l'hospitalisation complète et le retour au domicile, a souligné l'intérêt de participer à une activité physique dans un club sportif de la ville et de pouvoir réaliser des démarches pour trouver un emploi. Les équipes de soins n'ont pas recours à la contention mécanique : en cas d'agitation ou de trouble du comportement, il est proposé au patient d'être hospitalisé dans un établissement qui offre un cadre plus contenant. La prise en charge de la douleur est réalisée avec différentes approches : médicamenteuse mais aussi comportementale. Lors des investigations terrain, les patients rencontrés nous ont fait part avoir présentés des symptômes douloureux qui ont été pris en compte et soulagés efficacement. La douleur physique mais également psychique sont prises en compte. L'évaluation par échelle métrique de la douleur est tracée ainsi que sa réévaluation. La plupart des chambres disposent uniquement d'un lavabo. Chaque unité comprend deux blocs de sanitaires (avec deux douches et deux toilettes). Cette contrainte architecturale des locaux n'est pas perçue par le patient comme une difficulté pour respecter leur dignité et leur intimité. Les pratiques des professionnels contribuent à conforter ce sentiment de respect de l'intimité et de dignité des patients. Les conditions de vie et le lien social du patient sont pris en compte. Les professionnels s'assurent que toutes les démarches favorisant l'inclusion sociale du patient soient mises en œuvre : que ce soit avec le milieu professionnel, ou soit avec le milieu scolaire comme a pu le rapporter les patients rencontrés. Des temps de rencontres et de travail sont régulièrement menés avec le patient, sa famille, l'équipe soignante et les professionnels de l'éducation nationale pour définir les temps de scolarité.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

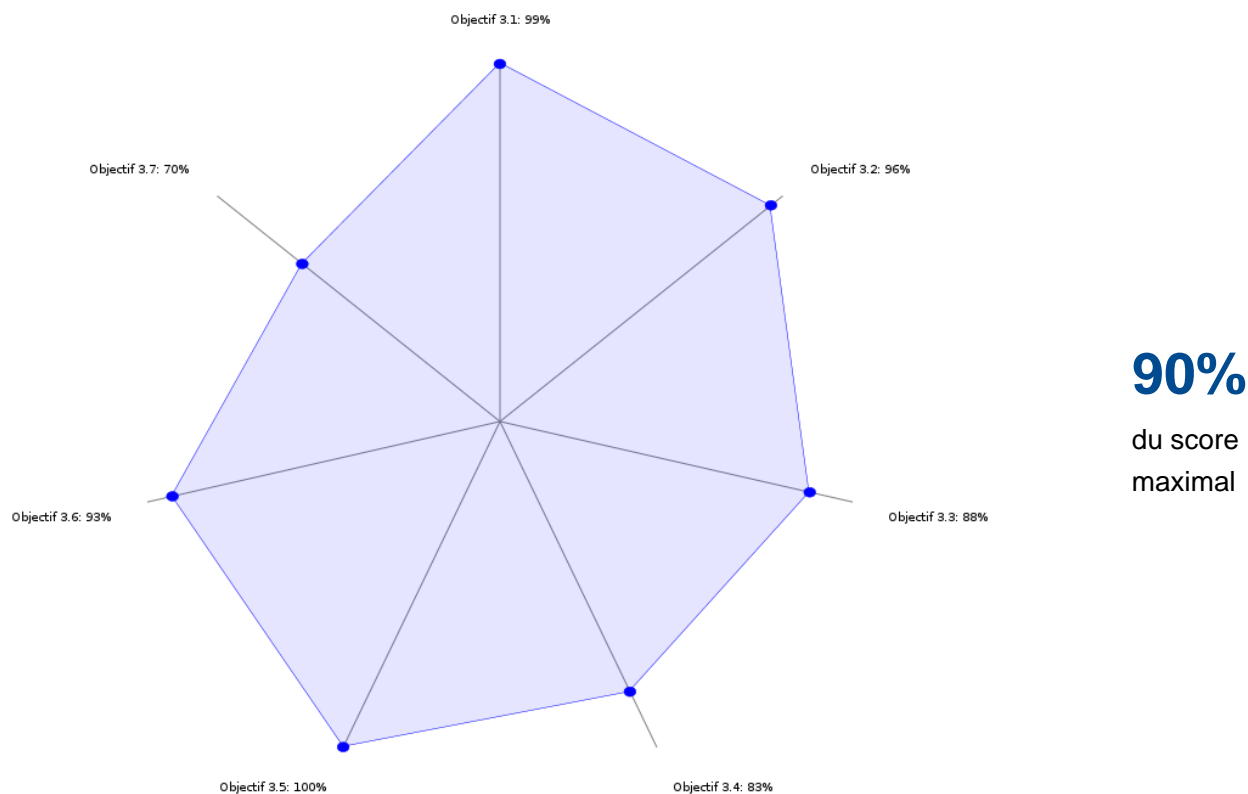


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	97%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	90%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	84%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	74%

La pertinence des parcours de soin au sein de l'établissement est formalisée et les professionnels se réfèrent aux recommandations de bonnes pratiques pour définir les modalités des soins nécessaires au patient, notamment pour les patients suicidaires. Les décisions de soins sont argumentées et concertées entre l'équipe pluridisciplinaire. Les patients peuvent aller et venir très librement au sein de l'établissement et se rendre le week end -avec l'accord du médecin- à leur domicile. Dans deux unités de soins, les patients remettent systématiquement à l'équipe de soin certains objets personnels (objets tranchants et piquants) qui leur sont remis ponctuellement à leur demande. Les patients rencontrés nous ont fait part que ces dispositions leurs avaient été explicitées et qu'elles étaient notifiées dans le règlement intérieur de l'unité. Le projet personnalisé de soins est ajusté tout au long de la prise en charge lors des entretiens médicaux et lors des réunions

pluridisciplinaires hebdomadaires. La réflexion bénéfice-risque et les alternatives thérapeutiques sont discutées avec le patient et ses préférences sont prises en compte. L'établissement est en cours de déploiement d'un nouveau logiciel pour le dossier patient : les professionnels n'ont pas tous été sensibilisés à son utilisation ce qui ne contribue pas à une accessibilité rapide aux données. La prise en charge somatique est organisée pour chaque patient admis. L'établissement met en œuvre des modalités de partenariat pour les soins complémentaires utiles au patient. Tout au long de la prise en charge, le lien avec le médecin de ville est maintenu et favorisé. Néanmoins, les éléments médicaux essentiels, observés durant l'hospitalisation, ne sont pas systématiquement notifiés dans le carnet de santé. L'organisation de la sortie du patient est anticipée, préparée avec lui et son entourage. L'information des correspondants du patient est assurée lors de sa sortie, une lettre de liaison est adressée au médecin traitant, cependant sa finalisation est rarement effective le jour même de sa sortie. Les équipes maîtrisent les risques inhérents à leurs pratiques, notamment aux risques propres à la prise en charge médicamenteuse : ils assurent les bonnes pratiques de stockage, de vérification, notamment. La liste des médicaments à risque est définie et un étiquetage au niveau de chaque armoire de pharmacie dans les unités de soins a été réalisé. Lors de la visite, il a été constaté que les médicaments à risque n'étaient pas identifiables comme tels au plus près de la prise au patient (pas d'identification par le logo choisi par l'établissement dans les casiers du chariot de distribution). L'établissement a immédiatement mis en œuvre une action correctrice. Les professionnels des unités de soins observent les bonnes pratiques d'identification des patients lors de l'administration des médicaments, notamment en visualisant la photo insérée dans le dossier informatisé. La conciliation médicamenteuse n'est encore pas en place sur l'établissement. Au vu de l'activité de l'établissement, celui-ci a défini un dispositif de veille sanitaire centré sur la pharmacovigilance et l'infectiovigilance. Les professionnels rencontrés connaissent peu ce dispositif, notamment des alertes ascendantes et descendantes. La maîtrise du risque infectieux est en grande partie assurée : toutefois les professionnels n'utilisent pas d'équipement de protection (blouse ou surblouse) et peuvent porter des bijoux lors de certains gestes techniques (préparation des médicaments, réalisation des pansements, par exemple). De plus, les cartons contenant les DASRI étaient entreposés dans les salles de soins et non dans les locaux des déchets. L'établissement accueille très rarement des patients présentant des moments de violence et par le fait les équipes de soins sont peu amenées à gérer des épisodes de violence. Si l'évolution clinique du patient l'exige, celui-ci sera alors transféré dans un autre établissement offrant un accueil plus contenant. Cependant les équipes se questionnent sur l'intérêt de formaliser un plan de prévention partagé pour certains patients. L'établissement ne recueille pas les IQSS, mais il dispose d'indicateurs de pratique clinique et organisationnels adaptés à son activité. Cependant les professionnels rencontrés utilisent peu les résultats de leurs indicateurs pour faire évoluer leurs pratiques, il n'a pas été retrouvé la mise en œuvre d'actions d'amélioration propre à chaque unité de soins. De plus, toutes les évaluations (enquêtes et questionnaires de satisfaction) menées au sein de l'établissement ne sont pas analysées par les équipes soignantes : les professionnels ne connaissent pas les résultats de ces évaluations et n'ont pas défini d'actions d'amélioration à mettre en œuvre dans leur unité de soins. Les événements indésirables sont recueillis et analysés de manière graduée. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre mais non inscrites dans le PAQSS de l'établissement. L'établissement effectue un bilan annuel pour repérer les éventuelles récurrences et les problématiques qui nécessitent une étude plus approfondie.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	88%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
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	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	70%

L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM) de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes. Il contribue au développement de la communauté psychiatrique de territoire. A ce titre l'établissement a deux groupes de travail : l'urgence au moment critique de l'adolescence et la prévention du décrochage scolaire des collégiens et lycéens dans le cadre des

décompensations psychiatriques. Le projet d'établissement 2019-2023 s'articule avec le PTSM et développe les partenariats avec les structures d'aval. Les modalités de communication et de coordination avec les médecins de ville sont perfectibles, avec notamment avec l'envoi de la lettre de liaison le jour même de la sortie du patient. L'établissement est investi dans la recherche clinique avec l'université sur la thème de l'efficacité des psychothérapies. De plus, l'établissement propose régulièrement des temps de sensibilisation sur les problématiques psychiatriques : conférence en collaboration avec la ville de Sceaux sur « l'adolescent écrans et famille », par exemple. L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient à type de questionnaire de satisfaction et groupe de parole, entretien individuel. Les représentants des usagers sont associés à l'analyse des questionnaires de satisfaction des patients. Ces modalités d'écoute quotidienne de l'expérience du patient permettent aux professionnels de percevoir toute pratique s'inscrivant dans une maltraitance ordinaire et ainsi d'adopter une attitude de bientraitance à leur égard. Des questionnaires spécifiques sur l'expérience patients ont été proposés aux patients dans le cadre d'une enquête « regards croisés sur la bientraitance ». Les réponses aux questions posées aux patients ont été comparées à celles des professionnels. L'établissement n'a pas encore développé d'actions d'expertise des patients. L'établissement repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche. Les psychomotriciens ont participé, avec l'ASM13 et le laboratoire 5 PCPP, à une étude sur la représentation corporelle et leurs troubles. La position de leadership de la gouvernance est incontestable comme en témoignent les agents lors des entretiens professionnels, avec notamment un management clinique porté par les cadres de santé et les médecins. La Qualité de Vie au Travail (QVT) est une priorité de l'établissement et se retrouve positionnée au sein de la stratégie de l'établissement. Une enquête biennale QVT est déployée dans l'établissement auprès de l'ensemble des professionnels en lien avec les Instances Représentatives Professionnelles. L'analyse des résultats donne lieu à des actions d'amélioration comme : l'amélioration des délais de recrutement et la réorganisation des services pour tenir compte des tensions et effectifs. La gestion des difficultés interpersonnelles est appréhendée par de la supervision et de l'analyse des pratiques professionnelles. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté : le Plan Blanc est formalisé, ainsi que les stratégies à adopter en cas de crises sanitaires exceptionnelles et de tensions hospitalières. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont maîtrisés. La prise en charge des urgences vitales est assurée et l'évaluation du dispositif est réalisée notamment lors de l'analyse des événements indésirables graves. Toutefois, lors des visites terrain, il a été constaté que les sacs d'urgence ne sont pas accessibles aisément et rapidement dans toutes les unités de soin. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Le programme d'amélioration de la qualité est mis en œuvre mais il n'intègre pas les actions issues de l'analyse des audits internes et des analyses des EIGAS, notamment. Plusieurs des professionnels rencontrés ont fait part de leur méconnaissance des actions du programme qualité et sécurité des soins. L'établissement prend en compte, en grande partie, le point de vue du patient. Toutefois, il n'a pas intégré d'actions d'amélioration issues de l'analyse des questionnaires de satisfaction dans son programme d'amélioration. L'établissement n'a pas encore participé au recueil des IQSS nationaux : il n'était pas éligible au recueil des IPAQSS et ne pensait pas devoir suivre les nouveaux IQSS dans le cadre de la certification. Néanmoins, il mène régulièrement des audits sur le délai de remise de la lettre de liaison au patient le jour de sa sortie ou la prise en charge de la douleur, par exemple.

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	750720575	FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE	8 rue Deutsch de la Meurthe BP 147 75664 Paris Cedex 14 FRANCE
Établissement principal	920140027	CLINIQUE FSEF SCEAUX	Site Roosevelt (principal) situé au 30 avenue du Président Franklin Roosevelt (site principal) - Site Clérambault situé au 14 r+ Bp 101 92333 Sceaux Cedex 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	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	120

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	120
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	30
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	30
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	1
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	Audit système	Coordination territoriale		
2	Audit système	Maitrise des risques		
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Audit système	Représentants des usagers		
7	Audit système	Dynamique d'amélioration		
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
10	Audit système	Engagement patient		

11	Audit système	Leadership		
12	Audit système	QVT & Travail en équipe		
13	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
16	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque / ATB
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque / ATB
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque / ATB

21	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
22	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
23	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Programmé</p>	
24	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
25	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	

26	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
27	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
28	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA
29	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Programmé</p>	

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

