



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

HOPITAL DE JOUR LA GRANGE BATELIERE

13 rue de la grange bateliere
75009 Paris



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 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	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	20
Annexe 3. Programme de visite	24

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

HOPITAL DE JOUR LA GRANGE BATELIERE	
Adresse	13 rue de la grange bateliere 75009 Paris FRANCE
Département / Région	Paris / Ile-de-france
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non 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	750804940	ASSOCIATION DE READAPTATION PSYCHOPEDAGOGIQUE ET SCOLAIRE	13 rue de la grange bateliere 75009 Paris FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

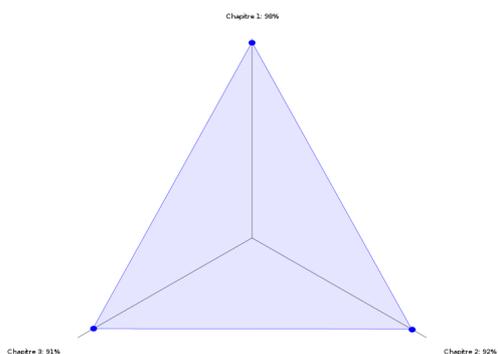
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

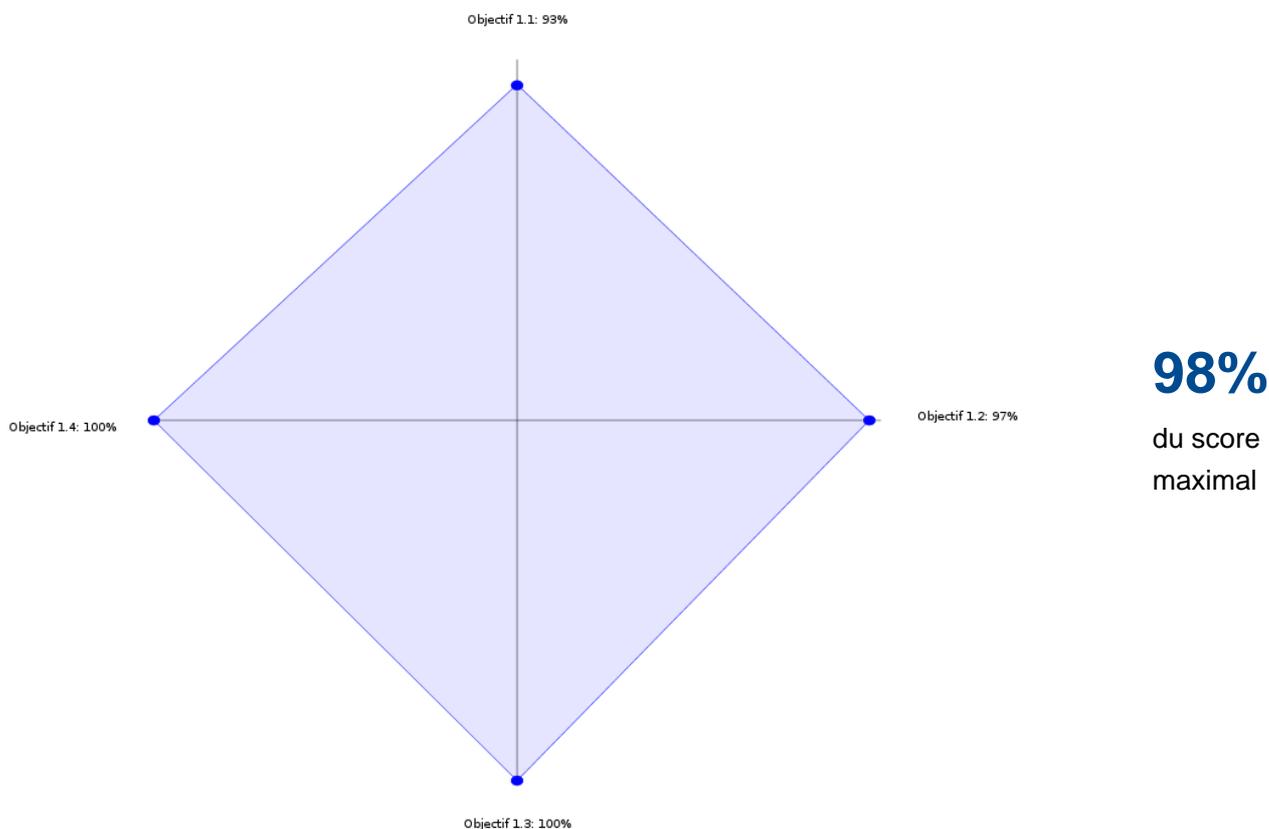
Au regard du profil de l'établissement, **104** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

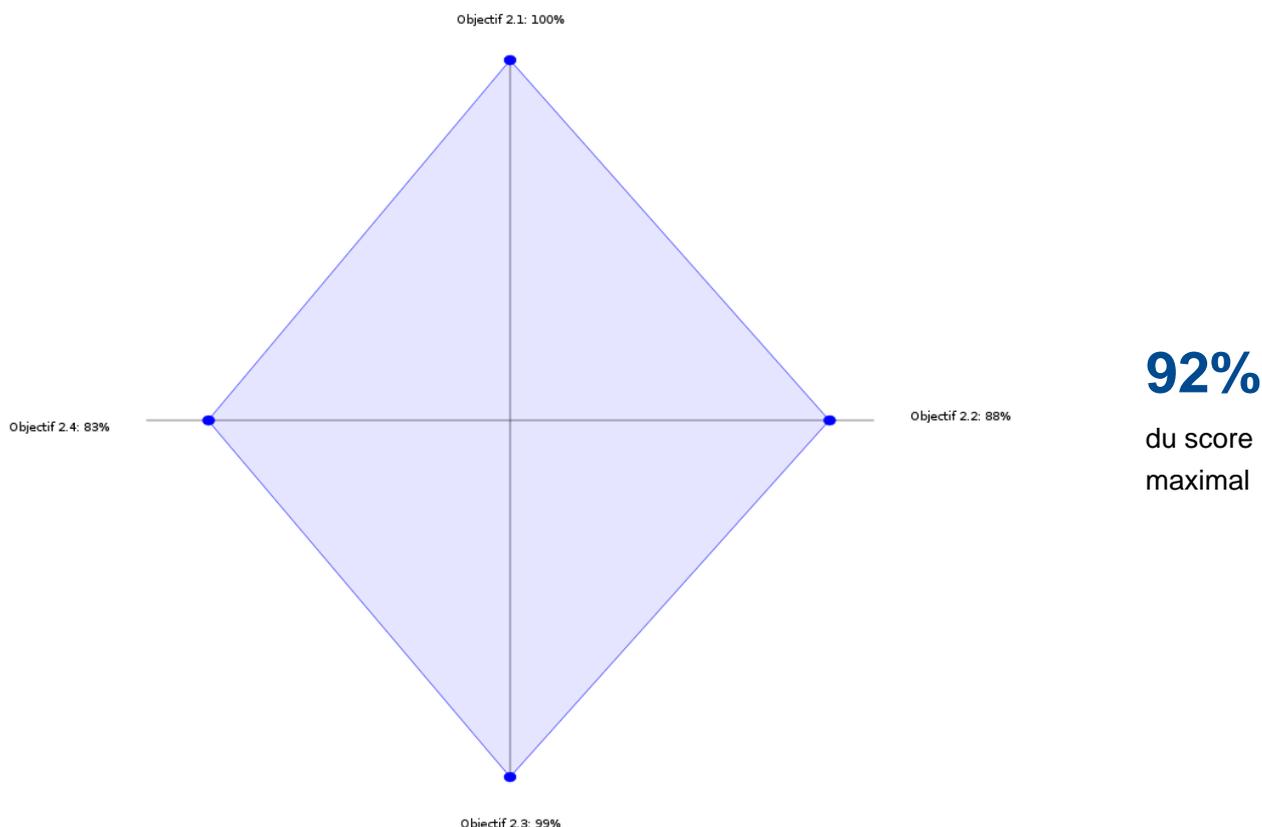


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'Hôpital de Jour La Grange Batelière est situé dans le 9ème arrondissement de Paris (Région Ile-de-France). Il fait partie d'une Association de Réadaptation Psychopédagogique et Scolaire (ARPS) qui comprend également un Centre Médico-Psycho Pédagogique (CMPP) accueillant des jeunes de 2 à 20 ans et un Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) dispensant des consultations médico-psychologiques pour les étudiants. L'Hôpital de Jour La Grange Batelière, établissement privé à but non lucratif, comprend 58 places et prend en charge des enfants/adolescents de 10 à 18 ans. A l'accueil de l'Hôpital de Jour sont affichées la charte du patient hospitalisé, la charte de Romain Jacob et la charte de bientraitance. La prise en charge pluridisciplinaire du patient est structurée, organisée et évaluée depuis la pré-admission jusqu'à la sortie. L'admission du jeune est préparée, une commission d'admission pluriprofessionnelle se réunit et valide

l'admission. Le consentement des patients est recherché lors de la préadmission. Des journées d'observation et d'intégration sont organisées avec le jeune patient. Tout au long du séjour, le jeune patient et ses parents sont informés et reçoivent une information adaptée et claire. L'implication du jeune est recherchée, il est acteur de sa prise en charge. Il participe à la construction de son projet thérapeutique et psychopédagogique individualisé (PTPI). Le projet thérapeutique et psychopédagogique individualisé est régulièrement évalué lors d'une réunion pluriprofessionnelle (éducateur spécialisé, professeur de sport, orthophoniste, assistante sociale, psychopédagogue, médecin pédopsychiatre, ...), une fois par trimestre. Il prend en compte les attentes et les besoins de l'enfant/adolescent. Un compte rendu est rédigé suite à une réunion organisée régulièrement avec les parents. Un bulletin scolaire trimestriel envoyé aux parents complète également le dossier de l'enfant/adolescent. Lors de l'admission, les professionnels expliquent aux parents les modalités de fonctionnement de la CDU, l'établissement débute les explications aux jeunes adultes. Un dossier patient informatisé permet le suivi de la prise en charge médicale (somatique et psychiatrique) et paramédicale par 2 infirmiers libéraux. La procédure dégradée est connue des professionnels. La sortie est préparée et organisée avec la famille et l'enfant/adolescent. L'ensemble des éléments nécessaire à la sortie sont mis en œuvre en temps utile. Le dossier du jeune adulte comprend un compte rendu de fin de séjour, un courrier de sortie, les motifs d'hospitalisation, les différentes évaluations dans l'institution, les comptes rendus des psychopédagogues et des consultants. Le jeune adulte bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité. L'environnement de l'établissement est parfaitement adapté à son inclusion dans la cité. L'ensemble des professionnels intervenant auprès des jeunes est formé à cette prise en charge. Des groupes homogènes de jeunes sont créés et suivis par l'équipe pluriprofessionnelle. Des suivis individuels mais aussi des suivis par groupe sont en place. Les professionnels sont sensibilisés au handicap et favorisent et maintiennent l'autonomie du jeune. La prise en charge de la douleur est effective mais les professionnels ne soulagent la douleur que lorsqu'elle est exprimée par le jeune patient. L'évaluation de la douleur (à l'admission et au cas par cas) et l'évolution du poids (une fois par semaine) sont tracées. L'établissement dispose en interne de ressources : deux infirmiers libéraux et un médecin somaticien assurant le suivi somatique et orientent vers le médecin traitant généraliste si nécessaire (mise à jour des vaccinations, examens complémentaires...). Les proches sont pleinement associés à la mise en œuvre du projet thérapeutique et psychopédagogique individualisé du jeune. La participation de l'enfant/adolescent ainsi que celle de ces parents est fortement recherchée. L'adhésion de l'enfant au projet et son consentement libre et éclairé sont recherchés ainsi que celui des parents. Les modalités de prise en charge du jeune adulte intègrent totalement les préoccupations sociales, éducatives et scolaires. Chaque psychopédagogue est formé pour enseigner une à plusieurs thématiques (arts plastiques, langues étrangères, mathématiques, sciences naturelles, ...) au patient. Les psychopédagogues et les éducateurs spécialisés renseignent le dossier patient, une synthèse trimestrielle est rédigée pour chaque enfant par le référent de chaque groupe d'enfants.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

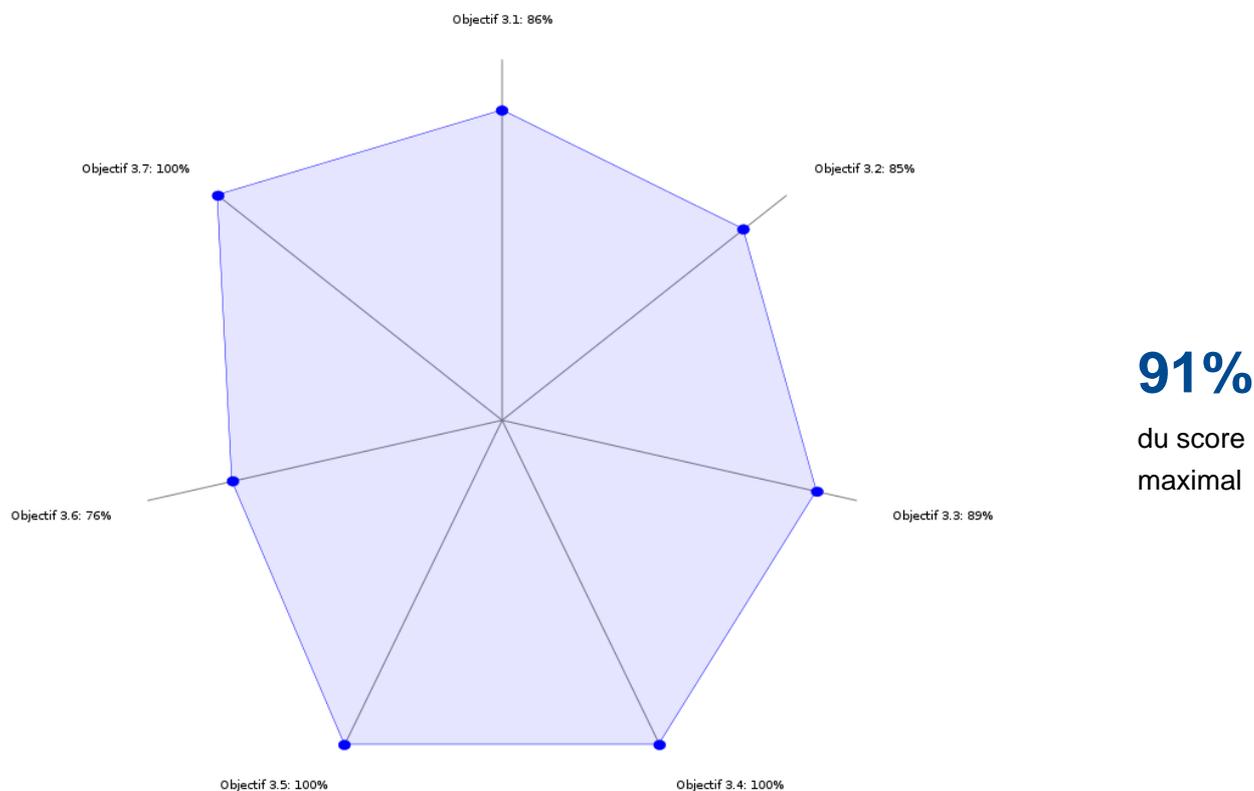


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	88%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	82%

L'établissement organise des réunions de synthèse clinique pluriprofessionnelles une à plusieurs fois par mois (réunion hebdomadaire, réunion élaboration clinique, séminaire de recherche). La pertinence de l'orientation et de l'admission en Hôpital de jour est argumentée et organisée en équipe pluriprofessionnelle. Les équipes disposent de protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques pour les prises en charge standards et les concertations pluriprofessionnelles sont mises en œuvre pour les prises en charge complexes. Les parents et les jeunes sont associés à l'analyse bénéfique/ risque. La pertinence des actes et des prescriptions est toujours recherchée et interrogée. L'établissement ne dispose pas d'une PUI et a signé une convention avec une officine de ville qui permet de répondre à une demande urgente. Une fiche les recense dans l'armoire à pharmacie. Les infirmiers assurent la traçabilité des péremptions. Les pédopsychiatres ne

réalisent que très peu d'ordonnances en Hôpital de Jour. Ces dernières sont tracées dans le dossier patient. De manière générale, l'enfant/ jeune adulte prend et suit son traitement à domicile. Des démarches d'information thérapeutique individuelles sont initiées (médicaments) : information de la prise de médicaments. L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé. Tous les éléments utiles liés à la prise en charge du jeune sont tracés. Les informations utiles sont remises au patient et aux parents en amont et en aval du séjour. Le projet de soins et pédagogique est construit et évalué en tenant compte des besoins du patient. Le risque suicidaire est essentiellement évalué par l'équipe médicale. Les professionnels restent vigilants sur les comportements à risque des jeunes patients mais n'évaluent pas de façon systématiquement le risque suicidaire. L'établissement débute une réflexion sur la formalisation du repérage et de l'évaluation du risque suicidaire. Un groupe EPP travaille actuellement sur ce thème. Le suivi somatique du jeune en Hôpital de jour est organisé par une équipe infirmière. Le carnet de santé est renseigné par les infirmiers intervenant à l'Hôpital de jour. Une copie est transmise aux parents avec les préconisations du médecin traitant s'il y a lieu. La couverture médicale de l'Hôpital de Jour en médecins pédopsychiatres est effective. Les argumentations cliniques sur les objectifs thérapeutiques sont retrouvées. La taille de la structure permet une concertation et un partage sur les orientations thérapeutiques à mettre en œuvre. L'établissement a mis en place un dispositif d'identification spécifique (photos du jeune adulte dans le dossier patient). Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du jeune à toutes les étapes de sa prise en charge. Les pièces d'identité du patient sont enregistrées au secrétariat et la photo du patient est intégrée dans son dossier informatisé. Toutes les pièces sont identifiées. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, dispensation et d'administration des médicaments. Le transport et les conditions de stockage sont adaptés et respectés. Les règles de bonnes pratiques sont respectées notamment par les infirmiers intervenant dans la structure. Le risque infectieux est maîtrisé, l'hygiène des mains est respectée. Les précautions adéquates standards et complémentaires sont expliquées aux jeunes ainsi qu'à leurs parents : sensibilisation à l'hygiène des mains, solution hydroalcoolique mise à disposition, port du masque, ... La consommation du SHA est suivie indépendamment d'un score ICSHA. Durant la crise sanitaire, l'établissement a installé des purificateurs d'air dans chaque pièce. Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'action. La direction prend en compte les évènements indésirables graves, elle favorise leur traitement et leur analyse. Toutefois, le choix de la méthode d'analyse systémique reste à être défini et la méthode totalement maîtrisée.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	86%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	85%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	89%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	76%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement participe aux projets territoriaux notamment au contrat local de santé mentale et a établi des partenariats avec des structures sanitaires et médicosociales en lien avec la prise en charge du patient en santé mentale. L'établissement a organisé la sortie du patient et remet aux parents la lettre de liaison comprenant notamment le suivi, l'orientation, et le traitement s'il y a lieu. L'établissement remet également la

lettre de liaison aux médecins adresseurs. L'établissement favorise l'accès aux soins et les usagers ont la possibilité de joindre aisément l'établissement. La direction a organisé l'installation d'une messagerie sécurisée permettant ainsi un accès aux échanges d'informations entre professionnels. L'établissement favorise l'engagement des patients de façon individuelle et collective. Des questionnaires de satisfaction auprès des jeunes, des parents, des professionnels et des partenaires sont recueillis et analysés, la satisfaction du patient est mesurée et présentée aux représentants des usagers lors de la CDU. Les RU sont impliqués dans la vie de l'établissement (CDU). De plus, une RU intervient comme médiateur s'il y a lieu. Les représentants des usagers (RU) participent à la Commission des Usagers et sont impliqués dans la vie de l'établissement. La présentation de ces réunions est organisée et chiffrée. L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients. L'établissement veille à la bienveillance, les professionnels sont formés. Des réunions d'échange et des temps de supervision sont organisés. L'établissement ne dispose pas d'accès PMR, l'ascenseur étant accessible à partir du premier étage du bâtiment. A ce jour, même si l'Hôpital de jour n'est pas équipé de tous les dispositifs pour accueillir des patients handicapés, il s'efforce de les recevoir en adaptant ses organisations. L'HDJ est locataire et utilise les escaliers de la copropriété. L'ascenseur étant accessible seulement à partir du 1er étage, un fauteuil roulant ne peut pas accéder au 1er étage. Toutefois, l'établissement se donne les moyens pour prendre en charge le handicap. En cas de handicap physique le jeune est orienté vers une autre structure. En cas de handicap sensoriel il est pris en charge sur site. La direction de l'établissement fonde son management sur la qualité et la sécurité des risques. Les orientations de la politique qualité sont définies. Une psychopédagogue assure les missions de responsable qualité et se forme aux missions et à l'utilisation des outils de responsable qualité et sécurité des risques (suivi du compte qualité, l'essentiel pour relayer la démarche qualité dans votre entité, ...). L'encadrement (CME, RU, la direction, ...) est fortement impliqué dans la mise en œuvre du programme qualité. Des actions concrètes relatives au programme qualité sont en place mais pas encore complètement connues par les professionnels. La culture qualité de l'établissement n'est pas encore évaluée. Les effectifs de l'Hôpital de Jour sont stables. La taille de l'Hôpital de Jour et les rencontres pluriprofessionnelles organisées au quotidien entre la direction et les équipes facilitent un management de proximité. L'établissement favorise pleinement le travail en équipe et le développement des compétences. Un plan de formation individuel et collectif est élaboré. Des réunions d'échange sur le travail en équipe sont organisées et l'implication de chaque professionnel est recherchée. Un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps en équipe est réalisé. Les temps de rencontre/échange, de recherche et de supervision sont définis et formalisés dans le projet d'établissement. Les compétences des professionnels sont évaluées. La qualité de vie au travail et le travail en équipe sont une priorité de l'établissement. Les professionnels sont impliqués dans la qualité de vie au travail. Une enquête de satisfaction est réalisée une fois tous les deux ans auprès des professionnels. Les résultats sont pris en compte et intégrés dans le plan d'actions. L'établissement a rédigé son plan blanc. Les professionnels ont organisé le suivi de l'ensemble des jeunes lors de la crise sanitaire. Des protocoles sont en place et connus des professionnels notamment sur la mise en œuvre de solutions dégradées du dossier patient. Les risques environnementaux sont pris en compte. Ils sont évalués et suivis par la direction. Ils sont expliqués aux jeunes patients mais ne sont pas intégrés dans la PAQSS. La sécurisation des biens du patient est organisée par les professionnels car par manque de place il semble difficile de mettre à disposition des jeunes un casier individuel fermant à clé. Le patient connaît les règles de sécurité, et les situations à risque pour le patient et les professionnels sont répertoriées. La sécurisation des biens du patient est organisée par les professionnels. Le patient connaît les règles de sécurité, et les situations à risque pour le patient et les professionnels sont répertoriées. Les urgences vitales sont prises en charge. Les professionnels sont formés. Un seul matériel d'urgence type défibrillateur est installé dans un couloir pour l'ensemble de l'établissement (2 étages). Le contrôle de cet appareil est réalisé par un prestataire extérieur. Le contrôle de cet appareil est réalisé par un prestataire extérieur. La direction de l'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins et implique l'ensemble des professionnels. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont suivis, analysés, exploités et diffusés lors de réunions de fonctionnement et lors des instances (CME, CDU...). Les événements indésirables sont

gérés et suivis. Les actions correctrices qui en découlent sont portées au PAQSS. Un bilan des évènements indésirables est également rédigé et partagé lors des instances. La gouvernance est impliquée dans la démarche qualité et sécurité des soins, dans les instances mais aussi au quotidien pour la validation et le suivi des actions du PAQSS. Les instances de l'institution sont impliquées dans ce suivi (CDU) et partie prenante de la démarche Qualité. Les indicateurs sont relevés sur un tableau de bord communiqué et commenté aux instances. Une psychopédagogue assure le suivi qualité et gestion des risques avec la directrice de l'établissement.

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	750804940	ASSOCIATION DE READAPTATION PSYCHOPEDAGOGIQUE ET SCOLAIRE	13 rue de la grange bateliere 75009 Paris FRANCE
Établissement principal	750007528	HOPITAL DE JOUR LA GRANGE BATELIERE	13 rue de la grange bateliere 75009 Paris 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	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	58
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	58
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	Audit système	Engagement patient		
2	Audit système	Représentants des usagers		
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Programmé	
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Programmé	
5	Audit système	Maitrise des risques		
6	Audit système	Dynamique d'amélioration		
7	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Programmé	
8	Audit système	Leadership		

9	Audit système	Coordination territoriale		
10	Audit système	QVT & Travail en équipe		
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire avec ou sans dispositif invasif
12	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Programmé	
13	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA
14	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant a minima un médicament à risque per os + un antibiotique
18	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Programmé	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique	

			Psychiatrie et santé mentale Programmé	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Programmé	
21	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale	

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

