



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**POLYCLINIQUE  
FRANCHEVILLE**

4 Place Francheville  
24000 PERIGUEUX



Validé par la HAS en Mars 2023

---

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 – Mars 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	24
Annexe 3. Programme de visite	28

# 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

POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	
Adresse	4 Place Francheville 24000 PERIGUEUX FRANCE
Département / Région	Dordogne / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

**Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)**

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	240000596	SA POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	4 place francheville 24000 Perigueux Cedex 24004 FRANCE
Établissement juridique	240013417	SARL ANTENNES D'AUTODIALYSE FRANCHEVILLE	4 pl francheville 24000 Perigueux FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

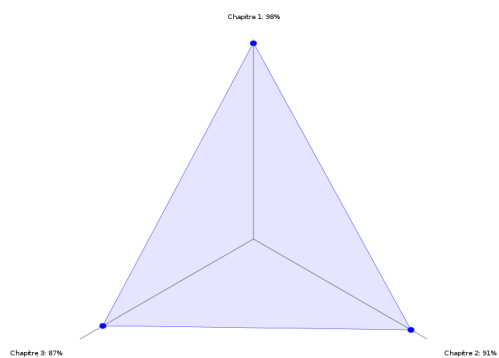


# Champs d'applicabilité

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

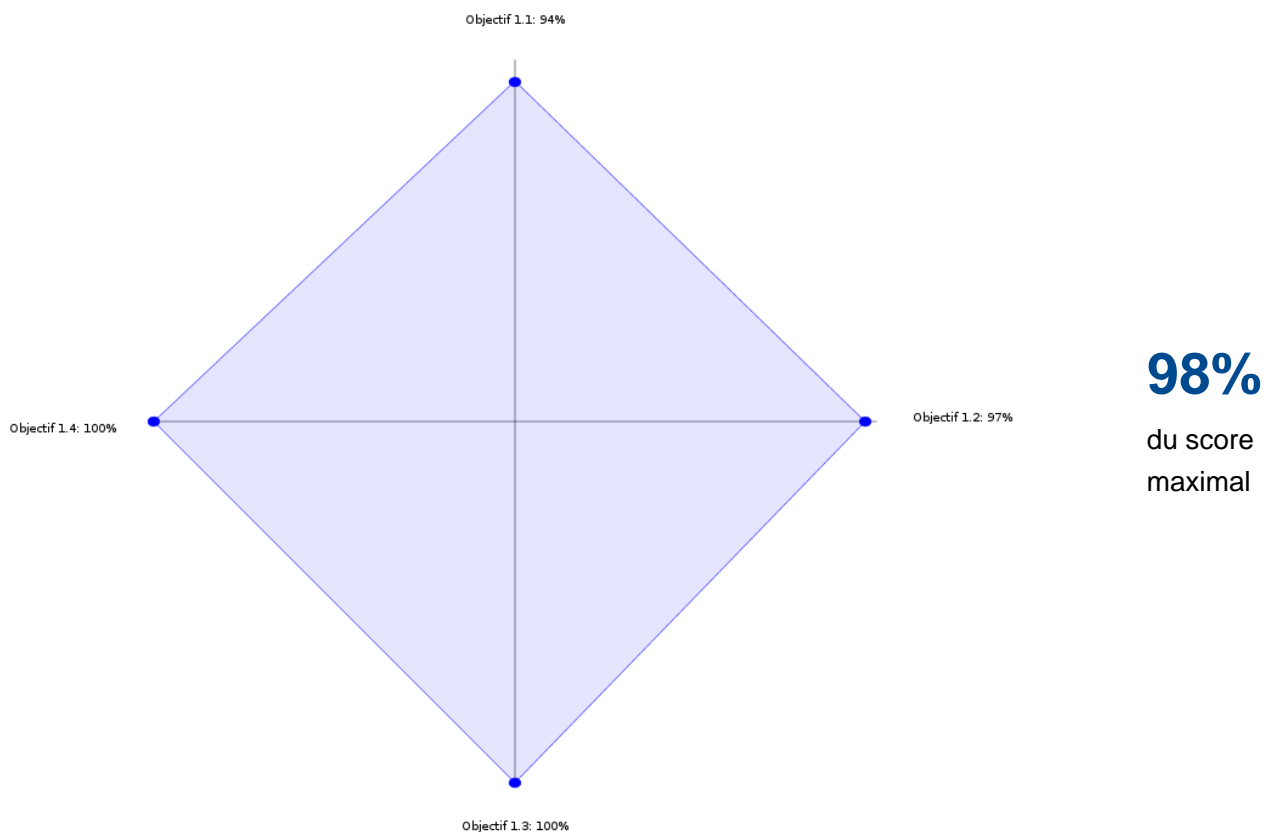
Au regard du profil de l'établissement, [112](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



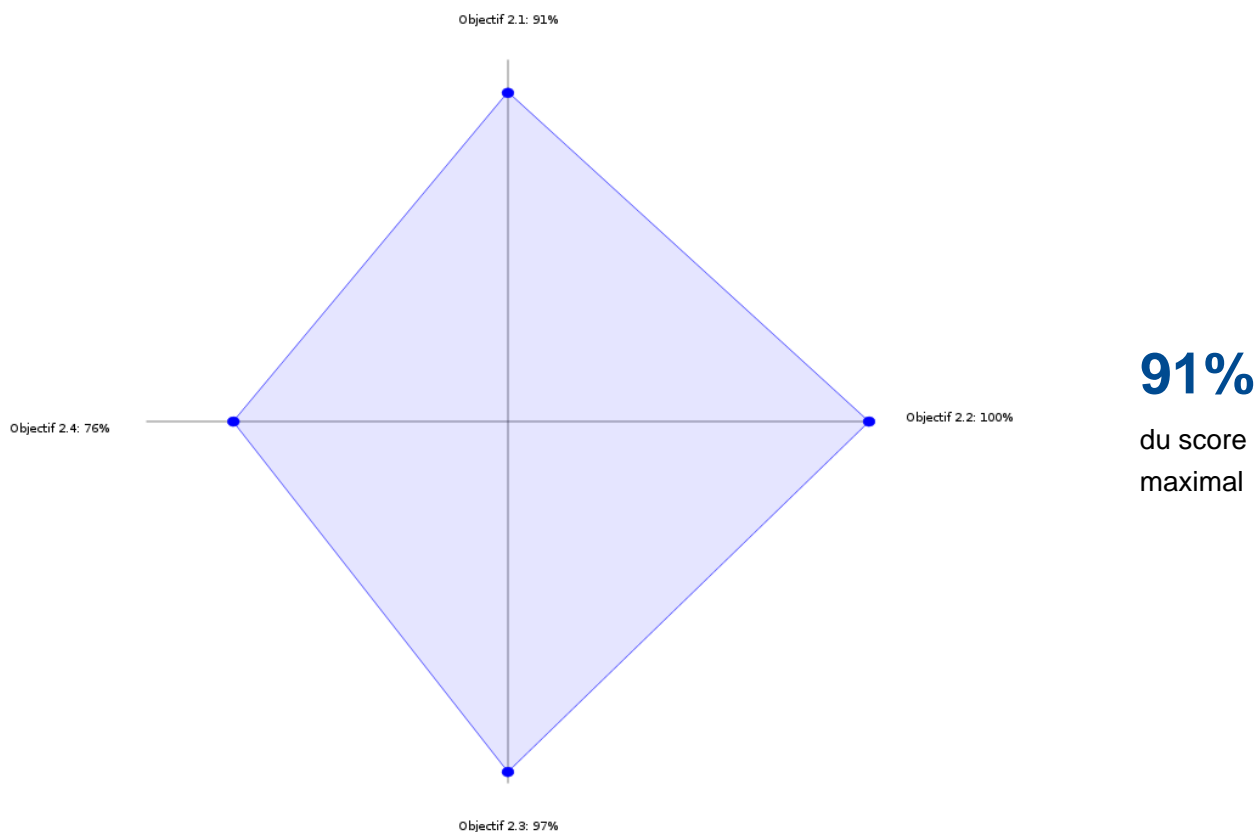
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Dans tous les services de la Polyclinique Francheville, les entretiens effectués avec les patients et la rencontre des professionnels attestent que l'information donnée aux patients est claire et adaptée à leur niveau de compréhension. Cette information est complétée par la remise de documents d'information des Sociétés Savantes des différentes spécialités chirurgicales, d'anesthésie et médicales. En cancérologie, lors de la première consultation, le médecin référent informe le patient sur la maladie et les traitements proposés, reformulée dans le cadre du dispositif d'annonce lors d'une consultation d'accompagnement par une Infirmière Diplômée d'État (IDE) avec remise d'un cahier d'information et de suivi individualisé et accessibles également sur une application smartphone sécurisée téléchargeable. Les patients diagnostiqués et suivis pour une insuffisance rénale chronique sont informés par le néphrologue référent, information que le patient peut

retrouver, en ce qui concerne la dialyse, sur le site internet de la polyclinique. L'affichage dans tous les services de la charte de la personne hospitalisée (également présente dans le livret d'accueil), du patient dialysé, de Romain-Jacob est généralisée. Le patient participe à l'évaluation bénéfice/risque des actes diagnostiques et thérapeutiques à réaliser dans sa prise en charge et il exprime son consentement sur son projet personnalisé de soins (PPS) qui est tracé dans le Dossier Informatisé du Patient (DPI) ; en pédiatrie, les professionnels adaptent les informations à l'âge de l'enfant ou l'adolescent et les invitent à s'exprimer sur leur projet de soins. La polyclinique diffuse des messages de santé publique, essentiellement sur les risques liés au tabac et à l'alcool, par des affichages dans la plupart des services visités ; une sensibilisation sur les autres facteurs de risques mériteraient d'être évoquée, délivrée par les professionnels de santé de façon adaptée et tracée de façon plus exhaustive dans le DPI. Le patient est acteur de sa prise en charge, il participe à l'élaboration de son parcours de soins. Les patients diagnostiqués et suivis pour une insuffisance rénale chronique, sont intégrés précocement dans des ateliers d'éducation thérapeutique autorisée (ETP "Bien vivre ma maladie rénale chronique"), leur permettant d'appréhender leur maladie rénale, de clarifier les différentes méthodes de dialyse et d'aborder la transplantation rénale ; ils ont la liberté de choisir un parcours de soins pour les techniques proposées (hémodialyse, dialyse péritonéale, greffe). En oncologie, le patient participe à l'élaboration de son plan personnalisé de soins. Le patient est informé sur ses droits, rappelés dans le livret d'accueil de la polyclinique et de la dialyse (ce dernier en cours de réédition), et sa possibilité de désigner une personne de confiance ; les documents rédigés et validés par le patient sont scannés dans le Dossier du Patient Informatisé (DPI). En prévision de sa sortie, il est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits. Il est également informé des dispositifs médicaux qui lui ont été implantés, avec remise systématique de la carte d'implant dûment complétée et des produits sanguins labiles administrés durant son séjour. En ambulatoire, dans les secteurs interventionnels, les patients disposent d'un passeport ambulatoire, en cours de réactualisation et prochainement mis à disposition, et d'une fiche d'admission explicitant les consignes pré, per et postopératoires ; elles sont rappelées lors d'un appel de la veille et du lendemain systématiquement réalisé par une assistante médicale avec traçabilité informatique dans le DPI. En oncologie ambulatoire, les consignes données sont tracées dans le carnet d'évaluation et de suivi individualisé et sur l'application dédiée. La grande majorité des patients rencontrés connaissent leur droit à rédiger leurs directives anticipées ; lorsqu'elles sont rédigées par le patient, elles sont scannées dans le DPI. En situation de fin de vie, le patient peut accéder aux soins palliatifs s'il le souhaite, et en l'absence de rédaction de directives anticipées, l'expression de sa volonté est recherchée auprès de sa personne de confiance ou de sa famille et ses proches. Les patients rencontrés ne connaissent pas tous l'existence des Représentants des Usagers et des associations de bénévoles, ni les modalités pour les contacter (méconnaissance relative au regard des résultats nationaux : 69% des patients de l'établissement connaissent les RU versus 19% dans l'enquête nationale en 2021), malgré l'information figurant dans le livret d'accueil et une adresse mail permettant de les joindre ; la liste des membres des RU et leurs coordonnées sont également présentes sur le site internet de l'établissement et sont affichées à l'accueil de la polyclinique et sur les portes de toutes les chambres. Les patients peuvent exprimer leur satisfaction quant à leur prise en charge en utilisant le dispositif national e-Satis et les questionnaires de satisfaction de l'établissement générique (questionnaire d'évaluation) ou spécifiques à la dialyse (enquête de satisfaction des patients dialysés en centre ou en antenne). Les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un Évènement Indésirable Grave lié aux Soins (EIGS) sont nettement moins connues. Les conditions architecturales, l'accueil et la prise en charge par l'ensemble des professionnels de l'établissement respectent leur intimité, leur dignité ainsi que la confidentialité, y compris dans les secteurs interventionnels, aux urgences et lors des transports internes des patients. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté. L'autonomie du patient en situation de handicap et/ou âgée est maintenue, avec un point de vigilance portant sur l'évaluation systématique de l'aptitude du patient, connu des équipes et faisant l'objet d'un travail d'amélioration. Une aide est apportée au patient pour répondre à leur besoin élémentaire. Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale prescrite avec réévaluation de la pertinence du maintien. La douleur est prise en charge pour tous les patients et dans tous les secteurs

d'activité. Les proches et aidants sont sollicités et impliqués dans la mise œuvre du projet de soins du patient si celui-ci a donné son accord. Dans les situations cliniques difficiles, les horaires de visite sont adaptés pour faciliter la présence des proches et aidants, notamment en oncologie ou en soins palliatifs. L'assistante sociale informe les patients en situation de précarité sociale en ce qui concerne leur accès au droit et aux soins (Aide Médicale d'État notamment) et coordonne avec les partenaires et les structures spécialisées le suivi social. Les besoins et préférences des patients vivant avec un handicap sont évalués et intégrés dans le projet personnalisé de soins. La préparation de la sortie est anticipée, pluri professionnelle, organisée par l'assistante sociale qui tient compte des conditions de vie habituelle du patient et planifie, selon les besoins, les aides humaines, techniques et l'aide aux aidants ; le retour à domicile des patients pris en charge dans un programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) en chirurgie orthopédique et gynécologique est organisée par une IDE coordinatrice et sécurisé par un prestataire externe qui assure la coordination et la continuité des soins en lien avec les professionnels de ville.

## 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	91%
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	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	76%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes. Les professionnels disposent de protocoles et procédures actualisés intégrant les recommandations de bonnes pratiques accessibles dans la gestion documentaire informatisée. Des patients sont inclus dans des protocoles validés de RAAC en chirurgie orthopédique et gynécologique, sous forme de chemin clinique recouvrant les trois périodes pré, per et post opératoire jusqu'au domicile, décrit dans le chapitre précédent. En cancérologie, la polyclinique Francheville, organise sur son site des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) pour discuter et mettre en œuvre des stratégies diagnostiques et thérapeutiques en fonction des référentiels actualisés, pour chaque spécialité ou organe faisant l'objet d'une prise en charge autorisée dans l'établissement (urologie, digestif, ORL, gynécologie, seins, thyroïde, dermatologie, tumeurs osseuses). En dialyse, les prises en charge

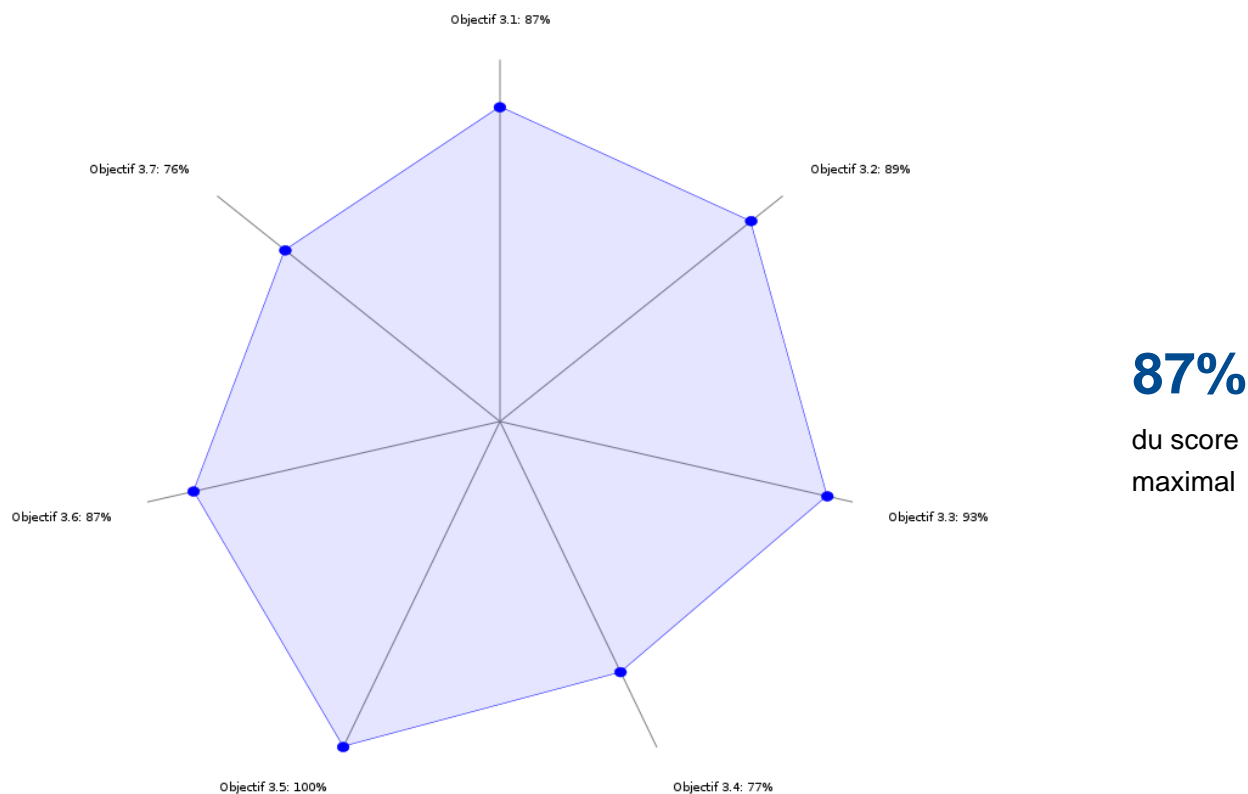
s'appuient sur les recommandations actualisées de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation. En Unité de Soins Continus, la pertinence des décisions de prise en charge est réalisée quotidiennement en équipe. La prescription d'une Hospitalisation à Domicile (HAD) est envisagée dès l'admission du patient. Les prescriptions d'antibiotiques sont en grande partie justifiées et argumentées au regard des examens cliniques et microbiologiques. Les praticiens disposent de protocoles d'antibiothérapie et d'un livret thérapeutique actualisés. Un médecin infectiologue salarié de l'établissement, temps plein, assure conseil, expertise, formations et réalise les prescriptions souvent faites conjointement avec les médecins des services. Malgré une alerte informatique dans le DPI, l'évaluation régulière de la pertinence de la prescription d'antibiotiques entre la 24<sup>ième</sup> et la 72<sup>ième</sup> heure n'est pas systématique. Le suivi de la consommation d'antibiotiques et des résistances bactériennes est assuré. L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion et l'analyse de pertinence des transfusions analysée. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Dans le service des urgences, l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation assure aux patients une orientation adaptée à sa prise en charge selon deux critères : médicale (degré d'urgence, polypathologie) et la situation (âge, vulnérabilité). Des pôles de référence sont en place pour les prises en charge coordonnées, pour les maladies rénales (consultations de néphrologie, dialyse, éducation thérapeutique), en cancérologie (chirurgie carcinologique autorisée, chimiothérapie, radiothérapie, soins de support). La migration et le déploiement dans tous les secteurs d'activité du nouveau logiciel parcours patient permet aux professionnels d'accéder dans le DPI aux données du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans la polyclinique, d'assurer la traçabilité de tous les éléments utiles à la prise en charge du patient, de visionner les données importées (résultats biologiques, imagerie médicale) et d'intégrer par scannage des documents encore non interfaçable automatiquement (documents administratifs, comptes-rendus et lettres des praticiens exerçant en cabinet libéral). En dialyse, les données du générateur et les constantes du patient dialysé tracées sur la feuille de surveillance de dialyse sont enregistrées par les IDE dans le DPI. Le programme personnalisé de soins (PPS), adapté aux besoins et préférences du patient, tracé dans le DPI par tous les professionnels intervenants dans sa prise en charge, est mis en œuvre et réévalué au cours du séjour. Il est élaboré par l'équipe médicale en fonction des orientations thérapeutiques (chirurgiens, médecins spécialistes, oncologues médicaux, radiologues, médecins nucléaires...), les IDE d'annonce ou de coordination pour la RAAC, les équipes soignantes et les professionnels de soins de support, notamment en oncologie (diététiciennes, psycho-oncologues, kinésithérapeutes, assistante sociale, socio-esthéticienne, podologue, olfacto-thérapie, art-thérapie, thérapie sportive. D'autres professionnels d'équipes transversales peuvent intervenir : médecins anesthésistes-réanimateurs, soins palliatifs. La conciliation médicamenteuse, priorisée lors de la précédente certification et au regard de l'engagement du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins, chez les patients, de néphrologie, de chirurgie avec un traitement d'entrée posant des questions et traitées par chimiothérapies orales, est, pour des raisons liées au contexte pandémique et de tension sur les ressources humaines, réalisée exclusivement pour les chimiothérapies orales. Les équipes se coordonnent lorsque le patient n'a pas été orienté dans le service adapté faute de disponibilité d'accueil et peuvent faire appel à des professionnels internes ou externes, notamment du Centre Hospitalier de Périgueux. Des consultations avancées en télésanté sont mises en œuvre pour des patients vivant en zone éloigné. La programmation opératoire est réalisée conformément aux dispositions de la Charte de Bloc actualisée en juillet 2022, à partir de la réservation de planification du logiciel parcours patient avec validation du programme journalier par un conseil de bloc restreint et intégration des urgences vitales en temps réel dans une salle libre ou qui se libère ; Le programme opératoire est communiqué et visible par l'ensemble des professionnels concernés sur les postes informatiques. Des fiches de liaison informatisées assurent dans le DPI la transmission des informations entre les équipes des secteurs interventionnels et les secteurs de soins. La check-list « sécurité du patient » informatisée est adaptée aux activités réalisées (bloc opératoire, endoscopie), réalisée de façon systématique, de manière collégiale avec l'ensemble des opérateurs et tracée dans le DPI en temps réel. En phase de transition, adolescent-adulte, l'équipe contacte le pédiatre qui suit le patient ; le carnet de santé de l'enfant est

mis à jour lorsque les parents l'ont amené. Chez les patients en fin de vie, une prise en charge pluridisciplinaire en soins palliatifs intégrant les soins de support est mise en œuvre par le médecin spécialisé en soins palliatifs et l'équipe de l'établissement dans les 12 Lits Identifiés de Soins Palliatifs. Les professionnels bénéficient de l'accompagnement des psycho-oncologues, collectivement ou individuellement si cela est nécessaire. Une démarche éthique est en cours. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge et sécurisées par le port de bracelets d'identification et la photographie du patient dans le DPI en dialyse dont la mise en place a été finalisée pendant la visite de certification. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles, la coordination avec les structures régionales et nationales est opérationnelle. La sécurisation du circuit du médicament dans toutes ses composantes est maîtrisée dans tous les secteurs d'activité. Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont mises en œuvre dans toutes les unités de soins. Pendant la visite, l'établissement a finalisé la mise en œuvre du support unique de prescription administration en chimiothérapie grâce à la mise à disposition dans le service d'ordinateurs portables permettant aux IDE de valider l'administration des médicaments. Les médicaments à risque sont référencés, stockés à distance des autres médicaments (notamment le chlorure de potassium), clairement identifiés, par un logo dans les compartiments de stockage et dans le logiciel de prescription, préparés et administrés avec un double contrôle ; les professionnels sont formés. Le circuit de prise en charge en chimiothérapie, tracé informatiquement, est conforme aux bonnes pratiques : protocoles de chimiothérapie, prescription dans le logiciel dédié, validation pharmaceutique, fabrication au plus près de l'administration. Le stockage des médicaments est conforme, avec un point de vigilance, sur la traçabilité du relevé des températures d'un réfrigérateur dédié au stockage de médicaments thermosensibles et non équipés de sonde électronique, qui, en visite, a fait l'objet d'actions correctives immédiates. Chez le patient vulnérable et/ou âgé, les équipes de soins lui expliquent les modifications de son traitement et lui remettent la lettre de liaison. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée : les patients sont informés, la prescription, l'administration et la surveillance du patient tracées, la pertinence des transfusions, la destruction des poches et le suivi post transfusionnel sont assurés. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains, les précautions standard et complémentaires ; les professionnels sont formés et bénéficient de l'expérience de la pandémie COVID. L'indicateur ICSHA, connu des professionnels, est affiché dans les infirmeries de tous les services. L'antibioprophylaxie encadrant les actes invasifs, est conforme aux protocoles de l'établissement actualisés en fonction des dernières recommandations des Sociétés Savantes et adaptée à chaque type d'interventions. Le traitement et le stockage des dispositifs médicaux réutilisables (DM) sont assurés par des professionnels formés notamment en dans les deux unités d'endoscopie de l'établissement. Les étapes de la désinfection des endoscopes, des laveurs désinfecteurs et de stockage sont tracées dans le classeur des endoscopes qui centralise les documents relatifs à la maintenance réalisée par le service biomédical et les résultats des contrôles des prélèvements microbiologiques suivis par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) ; le risque de transmission des Agents Transmissibles Non Conventionnels (ATNC) est pris en compte. Des audits de pratique sont réalisés et suivis lors des réunions de la commission endoscopie. Les équipes disposent de protocoles de pose et d'entretien des Dispositifs Médicaux Implantables et sont formées aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs ; la date de pose des dispositifs invasifs est tracée dans le DPI et dans la lettre de liaison. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN notamment à la suite d'une Évaluation de Pratiques Professionnelles (EPP) proposée par le Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) de Nouvelle Aquitaine portant sur l'amélioration de l'hygiène des mains pour la pose d'un cathéter périphérique. Dans les secteurs interventionnels, les bonnes pratiques de gestion per opératoire du risque infectieux sont respectées ; les nouveaux arrivants sont formés, des audits sont réalisés, des indicateurs sont suivis et communiqués aux équipes. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soins de la personne âgée sont recherchés, prévenus et traités précocement avec traçabilité dans le DPI. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées de santé et la plupart des cadres de



service connaissent le taux de couverture vaccinale de leurs équipes. Les professionnels maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants. Ils utilisent les équipements de protection, portent les dosimètres passifs et actifs. La présence d'une Personne Compétente en Radioprotection (PCR) est effective. Les doses de rayonnement reçues par les patients sont tracées dans le DPI. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin et tracée dans le DPI. Le transport intra-hospitalier des patients est maîtrisé avec des professionnels formés, respectant les droits des patients et les mesures d'hygiène. Les professionnels n'ont pas été en mesure de présenter une démarche d'évaluation des résultats cliniques pouvant conduire à un plan d'action présentant des mesures d'amélioration ; des évaluations de pratiques sont issues d'essais cliniques randomisés, présentés pendant la visite, engagés en chirurgie, médecine, et en cancérologie dont l'existence est connue par quelques professionnels rencontrés. Les équipes participent au recueil du dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience patient e-Satis et des questionnaires de satisfaction de l'établissement ; mais les données recueillies ne sont pas analysées et ne conduisent pas à la mise en œuvre d'actions d'améliorations pour l'expérience patient, notion encore peu assimilée par les professionnels rencontrés en visite. Les professionnels participent au recueil, à l'analyse pour les réclamations et les éventuelles plaintes ; les recommandations établies par la commission des usagers sont connues des équipes. Les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins sont recueillis, commentés dans les réunions de services et affichés dans les unités de soins. Les professionnels déclarent dans le logiciel dédié les événements indésirables associés aux soins (EIAS) ; ils sont, en grande partie analysés en équipe et suivis de la mise en œuvre d'actions d'amélioration correctives ou préventive. Le déclarant est informé du suivi de l'EIAS par mail et dans le logiciel de signalement. En Unité de Soins Continus, des indicateurs de suivi des modalités de prise en charge sont définis ; un point de vigilance concerne le registre de refus d'admission qui mériterait d'être réactivé ce d'autant que l'autorisation dérogatoire de réanimation est prolongée. Les modalités de réalisation des check-list sécurité patient au bloc opératoire et l'évaluation de son utilisation par les équipes sont analysées et font l'objet de plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont en place. Les conditions de réalisation des examens d'imagerie médicale sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie. Les imageurs participent aux RCP dans les cas difficiles.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	87%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	89%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	77%
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	87%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	76%

La polyclinique Francheville (Hôpital privé Francheville) est un établissement pluridisciplinaire privé indépendant qui fait partie du Groupe Francheville Périgord Santé constitué du centre de Soins Médicaux et de Réadaptation nutritionnelle et cardiaque et du centre de soins en psychogériatrie spécialisé Alzheimer. La clinique est membre du réseau national Santé Cité, Groupement de Coopération Sanitaire permettant

notamment le partage d'informations et d'expériences. Établissement de proximité, le recrutement de la polyclinique s'effectue sur l'ensemble du département pour la cancérologie et la néphrologie. Son positionnement et ses axes de développement structurent des coopérations territoriales inter-hospitalières, avec les partenaires institutionnels (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Plate forme Territoriale Appui 24), avec des réseaux de soins (Pallia 24 Onco NA..) et le développement de consultations avancées. La polyclinique accueille le Centre de Coordination en Cancérologie (3C) de la Dordogne (cellule opérationnelle qualité qui assure la coordination de la prise en charge du patient, les RCP et la mise à disposition de référentiels validés), le Comité seins, une unité de recherche et elle est un centre agréé de Procréation Médicalement Assistée (PMA). Des conventions de coopération avec le Centre Hospitalier de Périgueux formalisent les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des urgences et de réanimation pour les patients de l'établissement. L'établissement dispose par ailleurs de ressources transversales internes, telles que l'équipe de soins palliatifs ou le centre de soins en psycho-gériatrie. Concernant les personnes âgées admis aux urgences, des circuits courts par des admissions directes dans un service adapté à la gérontologie sont formalisés mais déstabilisée par l'afflux de patients lié à la crise sanitaire COVID, la situation territoriale des urgences et les difficultés de recrutement de personnels médicaux et soignants. Un numéro de téléphone et une adresse mail permettent aux usagers de joindre la clinique. En cas d'urgence, une ligne dédiée, figurant sur le site internet de la clinique avec accès à un répondant permet une prise en charge rapide. Les professionnels peuvent échanger comptes-rendus et documents nécessaires au suivi médical du patient par messagerie sécurisée. Des travaux de recherche clinique sont menés au sein de la polyclinique ; ils concernent la chirurgie (urologie, rachis), la médecine (infectiologie) et la cancérologie. Les praticiens participent aux recherches cliniques en associant les patients éligibles. L'établissement favorise l'engagement des patients. L'établissement promeut et favorise le recueil de l'expérience patient (PREMS) aux différentes étapes de son parcours à l'aide du dispositif national e-Satis complété par les questionnaires internes sur la satisfaction et l'expérience des soins ; la promotion de ces questionnaires mériterait d'être étendue aux questionnaires spécifiques sur l'évaluation des résultats cliniques par le patient (PROMs), notamment dans les unités de dialyse. Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la commission des usagers. Les actions d'expertise des patients sont mobilisées au travers des démarches d'ETP en dialyse, mais cette démarche a été interrompue par le retrait pour maladie, puis le décès de la représentante des usagers formée. Les patients sont peu ou pas informés sur ces actions, ne sont pas sollicités dans les démarches d'amélioration de pratiques (revue de morbi-mortalité, comité de retour d'expérience), ni intégrés dans d'autres domaines d'expertise comme la formation des professionnels ou les parcours du patient. L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage ; les professionnels sont formés à la communication. Les plaintes et réclamations des patients sont analysées et leur exploitation se fait en Comité de Direction et à la Commission Médicale d'Établissement. La polyclinique Francheville veille à la bientraitance et l'ensemble des constats effectués pendant la visite de certification confirme que le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité est assuré dans tous les services ; un groupe de travail bientraitance est actif et met en oeuvre des actions concrètes (par exemple, coussins de positionnement et hypnose pour les patients dialysés). Les risques de situation de maltraitance sont identifiés ; les professionnels disposent de protocoles et de formulaires visant au repérage de ces situations. Des actions de formations permettent aux soignants de lutter contre les violences ordinaires et de les inciter à une approche adaptée à la vulnérabilité des patients. L'accessibilité aux locaux par les personnes vivant avec un handicap est en très grande partie assurée. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables grâce à de nombreux dispositifs (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, Aide Médicale d'État). Des interprètes sont disponibles dans la structure. L'accès du patient à son dossier et les délais de transmission sont conformes aux exigences réglementaires. Les patients peuvent accéder à l'innovation thérapeutique et l'inclusion de patients éligibles dans des essais cliniques est soutenue. Les représentants des usagers sont impliqués au sein de l'établissement. Ils sont des partenaires de la démarche

qualité en participant aux instances de l'établissement (comité de lutte contre la douleur-CLUD, comité de lutte contre les infections nosocomiales-CLIN, CLUD, comité de liaison alimentation nutrition-CLAN). Ils interviennent sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne. Cependant, les actions de sensibilisation et d'information menées par les représentants des usagers auprès des patients ne sont pas développées et ne contribuent pas à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge de l'établissement. Ils ont connaissance des plaintes et des réclamations, des questionnaires de satisfaction et des événements indésirables graves, mais ils ne participent pas aux évaluations des actions entreprises. Les représentants d'usagers disposent d'une maison des usagers, qui, compte tenu du contexte pandémique et de l'effectif des représentants, est peu utilisée. Il n'y a pas de projet des usagers. La gouvernance de la polyclinique fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins, décliné dans le Projet qualité gestion des risques et droit des patients 2021-2026 dont l'objectif est « d'intégrer cette culture à la pratique quotidienne ». La direction qualité étant confiée à la directrice des soins, la déclinaison de la politique qualité en actions concrètes sur le terrain est facilitée et réactive. Les professionnels sont informés des projets qualité par l'encadrement. L'affichage dans les infirmeries du projet de service, des indicateurs d'activité et des indicateurs qualité du service permet aux équipes de s'interroger sur leurs pratiques et de les réajuster. Cependant, la culture sécurité des soins des professionnels n'est pas encore évaluée. L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité de soins est pilotée. Il existe un pool de remplacement de professionnels (infirmiers et aide-soignantes) fidélisés et l'établissement veille à maintenir un équilibre entre professionnels permanents et professionnels de remplacement. Une politique de recrutement attractive cherche à fidéliser les étudiants venus en formation dans l'établissement. Les managers bénéficient de coaching. Un parcours manager et un coaching individuel accompagnent l'ensemble des cadres et responsables dans leur fonction. L'établissement favorise le travail en équipe. Des démarches collectives sont mises en oeuvre : programme personnalisé de soins construit en équipe pluridisciplinaire, programmes de RAAC en orthopédie et gynécologie, RCP en cancérologie, staffs médicaux, CREX et RMM associant tous les professionnels concernés ; les anesthésiste-réanimateurs sont accrédités en équipe par la HAS. Cependant, il n'y a pas d'autres d'équipes dans l'établissement qui développent des démarches spécifiques d'amélioration du travail. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est effective. L'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels est assurée ; ces compétences font l'objet d'évaluations annuelles qui débouchent sur des besoins de formation. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail (QVT) impulsée par la gouvernance. Une organisation autour de la gestion du temps de travail est mise en oeuvre afin de concilier la vie personnelle et la vie professionnelle des salariés. Une cellule de prévention et de veille des risques psycho-sociaux (RPS), composée de salariés dont un membre du Comité Social et Économique (CSE) et du médecin du travail est active. En cas de conflits interpersonnels, des dispositifs d'écoute et de médiation sont en place. Une psychologue est accessible pour le personnel et les rencontres avec les professionnels ont permis de confirmer le bon fonctionnement de ces ressources. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquelles il peut être confronté. Les plans blancs pour l'établissement et la dialyse sont opérationnels et la pandémie COVID a permis de tester le fonctionnement et l'améliorer. Le positionnement de l'établissement en cas de crise est connu et la mobilisation des ressources supplémentaires est formalisée et coordonnée avec le territoire ; l'établissement, qui a pris en charge des patients COVID pendant la période pandémique possède toujours son autorisation dérogatoire de réanimation. Les risques numériques sont identifiés et maîtrisés au niveau de l'établissement (procédures dégradées, plan de continuité) et au niveau des équipes (login et mots de passe changés périodiquement). La prévention aux biens et aux personnes est assurée. Le plan de sécurisation de l'établissement est opérationnel, les situations à risques répertoriés. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont pris en compte par l'établissement, qui a bénéficié d'un accompagnement de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, et inscrits dans le projet d'établissement 2021-2026 ; des mesures sont mises en oeuvre : prévention des pollutions (réduction, triage et valorisation des déchets), utilisation durable des ressources (bilan de consommation de l'eau et d'électricité, projet de

remplacement du traitement d'eau en dialyse), atténuation du changement climatique (chauffage de l'eau chaude sanitaire par des panneaux photos voltaïques, chaudière raccordée au réseau biomasse). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée avec un numéro d'appel unique, affiché, connu par tous, immédiatement accessible et tous les services disposent de chariots d'urgence accessibles et dont la maintenance est assurée par les IDE. Les professionnels sont formés, mais ils ne réalisent pas d'exercice de mise en situation. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La gouvernance mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques (protocole d'antibiothérapie, protocole transfusionnel, précautions complémentaires...) et des référentiels nationaux des Sociétés Savantes ; ces documents sont accessibles dans la gestion documentaire informatisée. Les RCP couvrent l'activité de cancérologie. Toutefois, l'établissement ne met pas œuvre des revues de pertinence des admissions et des séjours. Les données disponibles sur l'expérience patient (PROMS) évaluées suite aux retours des questionnaires de satisfaction e-Satis et internes de l'établissement et des plaintes et réclamations sont analysées et exploitées en équipe, mais elles ne sont pas intégrées dans le plan d'amélioration de la qualité (PAQSS) présenté pendant la visite ; l'établissement a programmé dans son PAQSS la sensibilisation des acteurs sur les PROMS à échéance de la fin de l'année, malgré la tension hospitalière qui mobilise les ressources humaines, pour répondre à l'objectif de mesure de l'impact des soins dispensés. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont communiqués, analysés et exploités à l'échelle de l'établissement. Ils sont présentés aux instances de la polyclinique, aux professionnels lors des réunions de service et à la commission des usagers. Des objectifs d'amélioration sont définis et les actions issues de l'analyse des indicateurs intègrent le plan d'amélioration de la qualité (par exemple, mise en place de l'EVA pour améliorer la prise en charge de la douleur). Les équipes déclarent les événements indésirables associés aux soins (EIAS) dans le nouveau logiciel dédié mis en place récemment. Les déclarations, dont le nombre est en baisse, essentiellement en raison des tensions en ressources humaines qui mobilisent les soignants sur la prise en charge des patients, sont analysées et exploitées partiellement ; ce constat, identifié par l'établissement fait l'objet d'un plan d'actions de redynamisation dans le PAQSS, notamment sur la déclaration des erreurs médicamenteuses. Il n'y a pas de déclarations d'événements indésirables graves (EIASG), l'établissement appliquant strictement la définition du Décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves qui est un événement « dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent ». L'amélioration de l'organisation en aval des urgences est promue par l'établissement. Le besoin journalier et le suivi des lits d'aval sont recensés, notamment en période de tension, pour sécuriser le parcours. Les chirurgiens orthopédistes sont engagés dans une démarche d'accréditation HAS et l'équipe d'anesthésistes-réanimateurs de la polyclinique est accréditée par la HAS.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	240000596	SA POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	4 place francheville 24000 Perigueux Cedex 24004 FRANCE
Établissement principal	240000190	POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	4 Place Francheville 24000 PERIGUEUX FRANCE
Établissement géographique	240006734	CENTRE D'HÉMODIALYSE DE FRANCHEVILLE	34 boulevard de vesone 24000 PERIGUEUX FRANCE
Établissement géographique	240003293	ANTENNE D'AUTODIALYSE	30 Avenue Guy de Larigaudie 24600 Riberac FRANCE
Établissement géographique	240003301	ANTENNE D'AUTODIALYSE	235 Route de Fanlac 24290 MONTIGNAC FRANCE
Établissement géographique	240013466	ANTENNE D'AUTODIALYSE	56 rue du Professeur Pozzi 24100 BERGERAC FRANCE
Établissement géographique	240013219	ANTENNE - UNITÉ DE DIALYSE FRANCHEVILLE	8 rue charles mangold 24000 PERIGUEUX FRANCE
Établissement juridique	240013417	SARL ANTENNES D'AUTODIALYSE FRANCHEVILLE	4 pl francheville 24000 Perigueux FRANCE
Établissement géographique	240003293	ANTENNE D'AUTODIALYSE	30 Avenue Guy de Larigaudie 24600 Riberac FRANCE
Établissement géographique	240003301	ANTENNE D'AUTODIALYSE	235 Route de Fanlac 24290 MONTIGNAC FRANCE
Établissement géographique	240013466	ANTENNE D'AUTODIALYSE	56 rue du Professeur Pozzi 24100 BERGERAC FRANCE
Établissement géographique	240013219	ANTENNE - UNITÉ DE DIALYSE FRANCHEVILLE	8 rue charles mangold 24000 PERIGUEUX FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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



Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	12,757
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	36
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	84
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	1
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	41
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	30,926
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	4
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	10
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Maladie chronique Médecine Programmé	
2	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		A définir en visite à partir de la liste exhaustive transmise par l'ES
3	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		A définir en visite à partir de la liste exhaustive transmise par l'ES
4	Audit système	QVT & Travail en équipe		
5	Audit système	Représentants des usagers		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards ou complémentaires

12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (endoscope)
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Adulte Hospitalisation complète	
16	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Médecine Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
	Traceur	Prélèvement et greffe		Non applicable

19	ciblé	d'organes et de tissus		
20	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins critiques</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
21	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Programmé</p>	
22	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
23	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Programmé</p>	
24	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médiament à risque ou antibiotique injectable ou per os
	Patient		Tout l'établissement	

25	traceur		Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médiament à risque ou antibiotique injectable ou per os
27	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Transfusion
28	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
29	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Passage urgences
30	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		service/bloc/service
31	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
32	Audit système	Entretien Professionnel		
33	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Adulte Médecine	

			Programmé	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Maladie chronique Médecine Programmé	
37	Audit système	Coordination territoriale		
38	Audit système	Engagement patient		
39	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Médecine Hospitalisation complète Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Adulte Médecine	



			Hospitalisation complète Programmé	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Hospitalisation complète	
42	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Soins critiques Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	

46	Audit système	Leadership		
47	Audit système	Dynamique d'amélioration		
48	Audit système	Maitrise des risques		
49	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	

---

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

---

