



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CLINIQUE SAINT LEONARD

18 rue de belliniere
49800 Trelaze



Validé par la HAS en Avril 2024

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 – Avril 2024

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 2024	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 médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CLINIQUE SAINT LEONARD	
Adresse	18 rue de belliniere 49800 Trelaze FRANCE
Département / Région	Maine-et-Loire / Pays de la Loire
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	490000197	SA CLINIQUE SAINT-LEONARD	18 rue de bellinière Bp 30104 49800 TRELAZE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

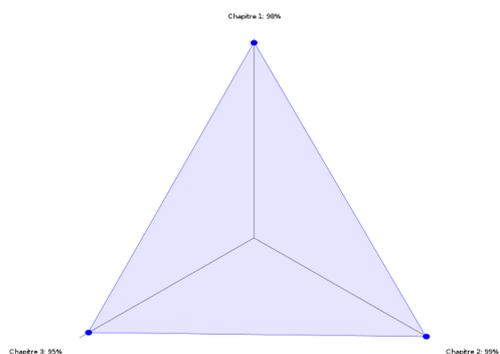
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Tout l'établissement

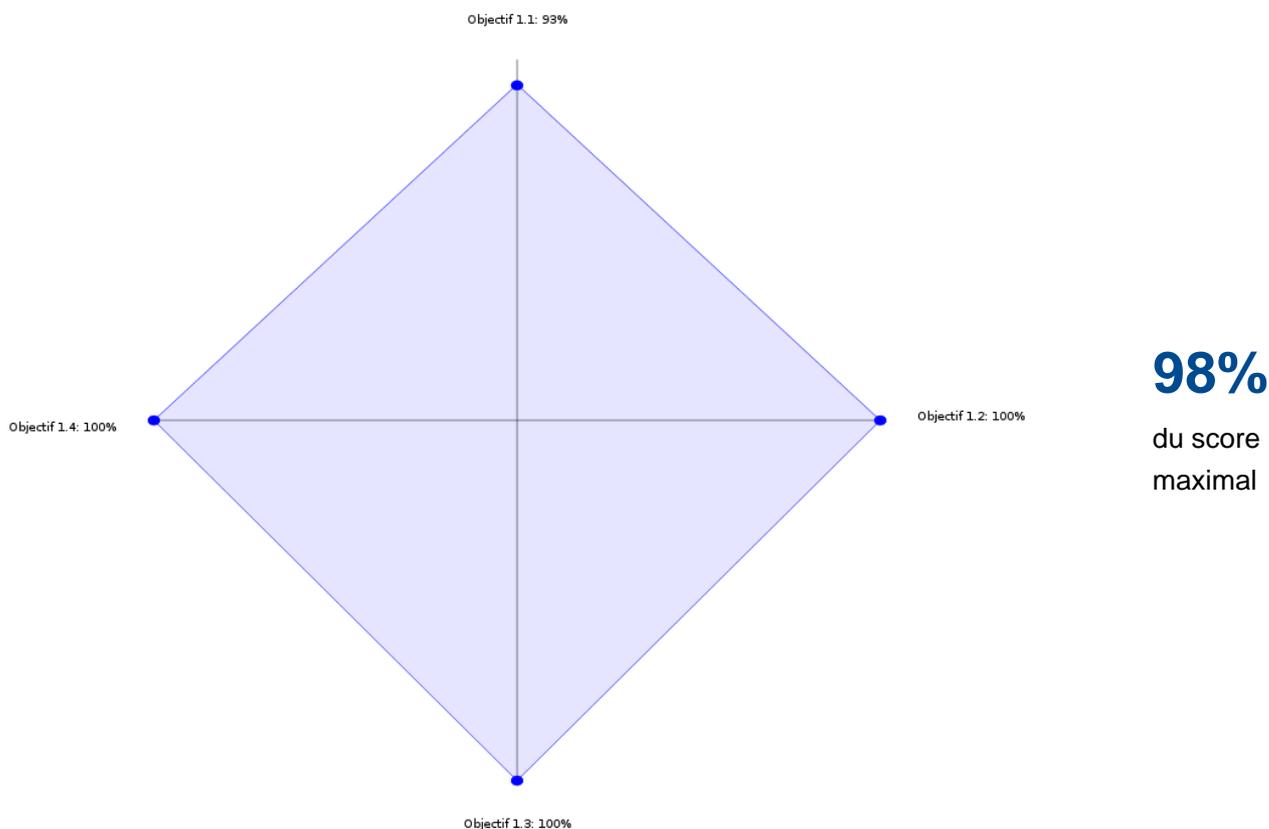
Au regard du profil de l'établissement, **108** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

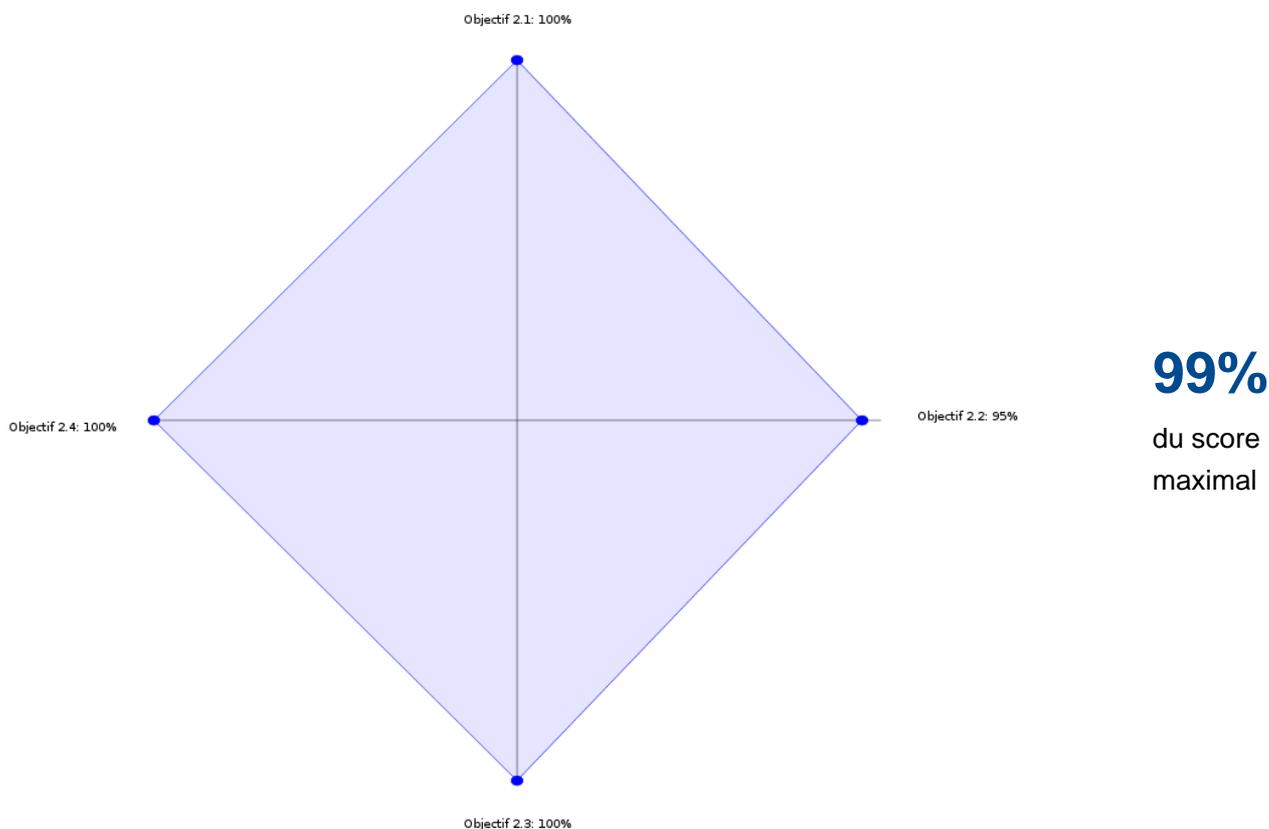


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

L'établissement accueille en hospitalisation complète et en ambulatoire des patients nécessitant une intervention chirurgicale orthopédique. Des chirurgiens spécialistes reçoivent les patients, les informent, ils sont ensuite orientés vers les anesthésistes qui complètent les informations. Le consentement pour l'intervention est retrouvé dans le dossier patient informatisé (DPI) ainsi que l'autorisation parentale dans le cadre de la prise en charge des mineurs. Chaque patient reçoit un livret d'accueil contenant toutes les informations spécifiques à sa prise en charge ainsi que les informations sur les représentants des usagers et les documents à compléter : personne de confiance, personne à prévenir et directives anticipées, à remettre au service des admissions afin d'alimenter le dossier médicale informatisé (DPI), cependant les patients rencontrés disent ne pas connaître les représentants des usagers ni les directives anticipées malgré les affiches dédiées dans les chambres et box.

Pour toutes les transfusions le consentement du patient est retrouvé. Des enquêtes satisfactions sont réalisées, des supports sont retrouvés dans le hall, dans les salles d'attentes, les salles de repas et dans les chambres des patients en plus d'être insérées dans les livrets d'accueil. L'intimité et la dignité du patient sont respectées autant dans les services d'hospitalisation que dans tous les lieux de la prise en charge au bloc opératoire. Deux salles dédiées aux enfants sont équipées afin de les recevoir de façon adaptée, les parents sont impliqués dans la prise en charge jusqu'au bloc opératoire, ils peuvent être accueillis en salle de surveillance post-interventive (SSPI) si le réveil de l'enfant le nécessite. L'évaluation de la douleur est systématiquement retrouvée dans le DPI. Des moyens de prise en charge sont intégrés au DPI via des protocoles mis en place par les anesthésistes. Les besoins des patients sont recherchés et entendus par les équipes qui adaptent les interventions en fonction des aides ou impératifs des patients quand cela est possible et avec l'accord du patient. Le handicap est pris en charge dans l'ensemble de la clinique. Il existe une « école des patients » qui permet des rencontres entre patients, dans le cadre de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) de se rencontrer, d'avoir des réponses à leurs questions par l'IDE dédiée. L'éducation thérapeutique est mise en place notamment pour les scléroses en plaques. Tous les patients rencontrés ont exprimé leur satisfaction de la prise en charge.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

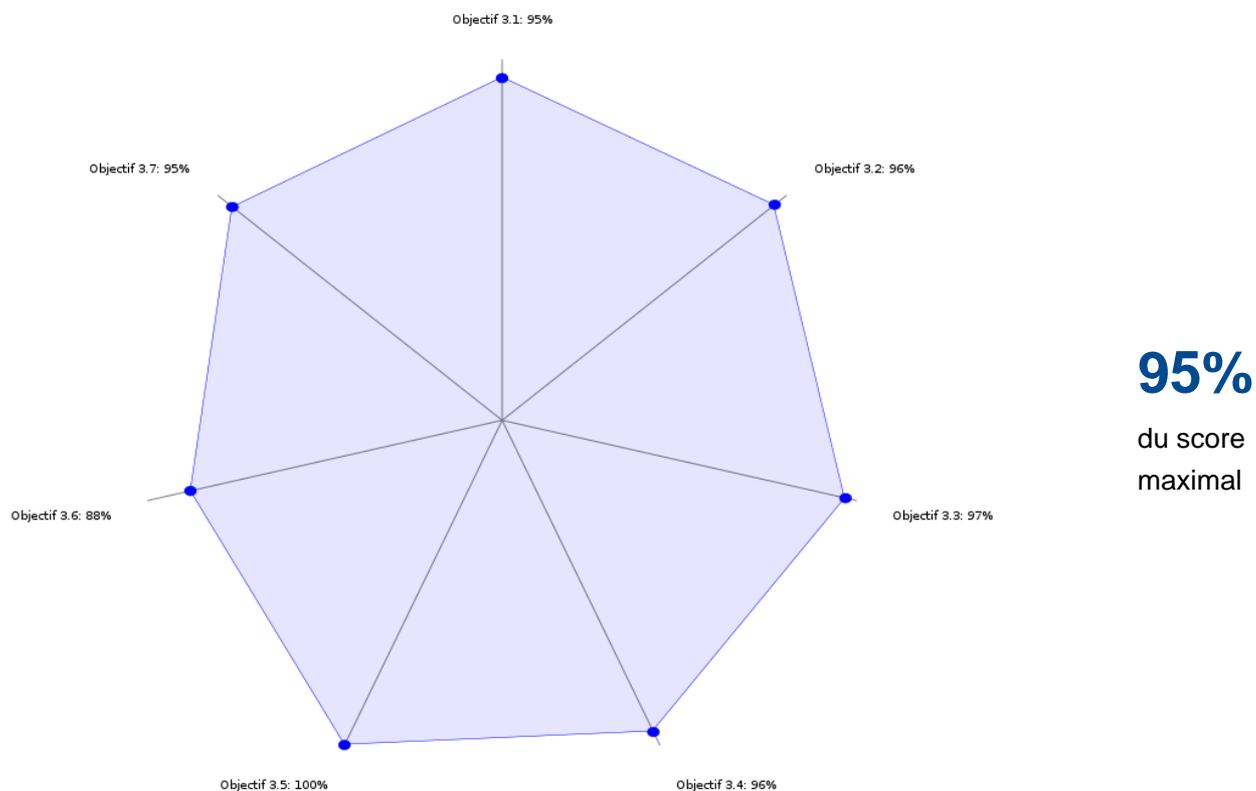


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	100%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

La pertinence des décisions est argumentée et tracée dans le DPI, elle est connue de tous, tout comme la prescription des transfusions. L'antibiothérapie est suivie et réévaluée entre 48 et 72H, le DPI est bloquant sur cet item. L'antibioprophylaxie est prescrite dans le DPI, elle génère une action dans le plan de soin infirmier (IDE). Le DPI est accessible à l'ensemble des acteurs de la prise en charge, les médecins y ont accès en dehors de la clinique via une connexion sécurisée. Les équipes sont coordonnées pour proposer un projet de soins au patient tant en pré-interventionnel qu'en post-interventionnel où la prise en charge au retour à domicile est mise en place en amont de l'intervention. En cas de déprogrammation, les délais de reprogrammation sont garantis et permettent une prise en charge dans les délais conformes aux attendus de la spécialité. Le programme opératoire est validé hebdomadairement par le conseil de bloc et laisse la place aux urgences et

aux interventions non programmées. La check-list est retrouvée complétée dans tous les dossiers, les No-Go font l'objet d'une déclaration d'événement indésirable qui sera analysé de façon systématique en CREX ou RMM, des actions d'améliorations sont systématiquement mises en place et intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Si le recours aux soins palliatifs est identifié, ce qui reste rare le temps moyen de séjour étant de 1,7 jours, l'établissement de santé (ES) fait appel à l'équipe du centre hospitalier d'Angers. La lettre liaison, coconstruite en équipe est conforme aux recommandations nationales, elle est retrouvée dans tous les dossiers et remise au patient à sa sortie d'hospitalisation et à son départ des soins ambulatoires. Tous les patients ont un bracelet qui permet le contrôle de l'identité à toutes les étapes de la prise en charge. Les vigilances sanitaires sont identifiées, connues des professionnels et des équipes régionales. Les bonnes pratiques sont retrouvées tout au long du circuit du médicament. Les médicaments à risques sont identifiés et connus des équipes, leur utilisation est parfaitement maîtrisée, les médicaments thermosensibles font partie d'un circuit particulier qui respecte la chaîne du froid. La conciliation médicamenteuse est mise en place pour des groupes de patients défini en commission médicale d'établissement (CME). La sécurité transfusionnelle est maîtrisée cependant même si les infirmiers connaissent les complications post transfusionnelles et savent y faire face, les protocoles n'ont pas été retrouvés dans la gestion documentaire, cependant un guide transfusionnel précise la conduite à tenir en cas d'effet indésirable receveur (EIR) pouvant correspondre au TRALI TRACO sans en évoquer les termes. Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) se réunit au minimum 4 fois par an pour l'élaboration des protocoles, le président du CLUD et l'IDE référent douleur mettent en place les enquêtes spécifiques douleur, réunissent le CLUD pour proposer des actions d'amélioration (proposition de diffusion de musique en salle d'induction pour mieux gérer le stress des patients par exemple), il participe à la journée mondiale de lutte contre la douleur. L'ES analyse ses résultats cliniques régulièrement notamment le suivi de la douleur qui a amené à des modifications de pratiques professionnelles afin de mieux répondre aux attentes des patients. Les précautions standards et complémentaires sont maîtrisées, les précautions complémentaires font l'objet d'une prescription médicale dans le DPI, la prescription apparaît dans le plan de soins des IDE. L'antibioprophylaxie est, elle aussi prescrite dans le DPI elle apparaît dans le plan de soin, elle est mise en place au bloc opératoire et fait partie du suivi de la check-list. Le risque infectieux est maîtrisé et fait partie d'un suivi particulier par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de l'établissement. Des revues de pertinences et de suivi des infections sont régulièrement réalisées et font l'objet d'actions d'amélioration systématiques. Le risque de rayonnements ionisants est maîtrisé au bloc opératoire. Les événements indésirables sont déclarés, ils font l'objet d'une analyse méthodique, d'un comité de retour d'expérience (CREX) ou d'une revue de morbi-mortalité (RMM) selon le cas, cependant l'annonce d'un dommage lié aux soins n'a pas été retrouvée dans le dossier du patient analysé lors de l'audit bien que ceci aurait dû être le cas. Les actions mises en place sont connues des professionnels soit en CME soit lors des points qualité bimensuel avec les équipes de soignantes et suivies dans le PAQSS qui est tenu à jour par le service qualité.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	96%
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	88%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

De nombreuses conventions sont signées par l'ES avec les partenaires du territoire, le CHU d'Angers, la Clinique de l'Anjou, le Centre de la main, la Clinique Saint Claude. L'établissement n'est pas en mesure d'alimenter « mon espace santé », le DPI ne permettant pas cet accès, des négociations sont en cours avec le fournisseur afin de remédier au dysfonctionnement. Les anesthésistes réalisent des consultations en

téléconsultation via un système certifié et des protocoles. Des conventions existent pour tous les soins complémentaires comme les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur ou l'HAD. La lettre de liaison est construite dans le logiciel patient, elle est éditée avant toute sortie de patient pour l'hospitalisation et par l'IDE pour les prises en charge ambulatoires. Les circuits courts sont mis en place entre l'ES et le CHU ainsi qu'avec les cliniques du territoire. Chaque praticien a une messagerie sécurisée, toutes les informations internes passent par la messagerie sécurisée du logiciel patient. Un groupe scientifique se réunit régulièrement, il participe aux études cliniques régionales et nationales. Les chirurgiens font partie de la société savante orthopédique de l'Ouest et d'Orthorisque. L'ES accueille en propre 3 internes en orthopédie. Les transports intra hospitaliers sont gérés via une application disponible sur une tablette dont chaque brancardier dispose, qui permet de suivre en temps réel, les demandes de transport, le parcours du patient et du brancardier. Les brancardiers sont formés le transport intra hospitalier est maîtrisé. Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement. Ils participent au comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), comité de lutte contre la douleur (CLUD), comité des usagers (CDU) Commission éthique. Les représentants des usagers (RU) ont été invités à participer à l'élaboration du livret d'accueil et aux semaines nationales « sécurité patient » Des patients experts font partie de groupe éducation thérapeutique du patient (ETP) l'établissement est en recherche d'autres patients experts. L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients (e-Satis, enquête internes, affichage dans les chambres....). Des formations à la communication avec le patient sont proposées (formation communication thérapeutique, méthode SAED (situation, antécédents, évaluation, demande). L'établissement veille à la bientraitance dans ses valeurs et mène des actions de sensibilisation ou de formation (charte, formation e-learning, formulaire de saisine pour le comité éthique à disposition). La gouvernance diffuse les recommandations de bonnes pratiques et les outils permettant le repérage, le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance et veille à leur appropriation (procédure à disposition) Une « Enquête regards croisés » sur la Bientraitance a été réalisée, les résultats ont été présentés aux équipes en réunion " point qualité" La politique QVTC se décline en actions concrètes sur le terrain: boîte mail dédiée pour la réception des saisines en comité éthique, affiche savoir être, 8 salariés formés à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP) ou aux troubles musculo-squelettiques (TMS). Des salariés participent au festival théâtre (places offertes) Les professionnels de nuit sont recrutés sur le temps de nuit uniquement à leur demande. Les informations sont passées par le Cadre de Santé et par les documents écrits, un classeur "démarche qualité " est à leur disposition pour toutes informations, résultats d'audits, d'enquêtes et plans d'actions. Ils sont conviés aux réunions de jour et sont inscrits dans le plan de formation au même titre que le personnel de jour. La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain : comités de pilotage commun, plan d'action avec alertes pour le suivi, comités opérationnels hebdomadaires, réunion infos générales 1fois par an Un parcours d'intégration pour les nouveaux salariés est mis en place avec un rapport d'étonnement et un suivi annuel de l'ensemble des salariés. Des formations qualifiantes : aides-soignants, infirmières, infirmier de bloc opératoire (IBODE) sont prises en charge par l'ES. L'enquête sécurité a été réalisée cependant, l'ensemble du personnel n'est pas en mesure d'en faire état. Un comité d'éthique est constitué il est managé par un médecin anesthésiste, plusieurs membres du personnel en font partie ainsi que les RU. Il se réunit régulièrement et examine toutes les questions qui ont fait l'objet d'une saisine ainsi que diverses situations particulières rencontrées dans l'ES. Le travail en équipe est promu au sein de l'établissement, des temps dédiés notamment au bloc opératoire existent, ils permettent un échange sur les bonnes pratiques et l'acquisition de nouveaux équipements (Robot interventionnel, intervention sous Scanner ...). Les nouveaux équipements font l'objet d'une appropriation formalisée par les praticiens sous forme de compagnonnage et/ou de tutorat. L'ES maîtrise la gestion des tensions hospitalières et des situations à risques exceptionnelles. Des exercices sont réalisés régulièrement, de manière inopinée notamment pour le risque cardio-respiratoire, le numéro unique est connu de tous, le suivi des charriots d'urgence est réalisé dans les règles de l'art. Ils sont disponibles, un charriot pédiatrique et un charriot intubation difficile sont présents au bloc opératoire. Les IQSS sont analysés et font l'objet d'actions d'amélioration affichées dans les lieux communs et sont connues du personnel. Les risques environnementaux

sont maîtrisés, Deux référents développement durable sont nommés un audit a été réalisé, des actions sont mises en place : tri des déchets papier, cartons, plastiques, cannettes en plus des déchets d'ordures ménagères (DOM) et des déchets d'activité à risque infectieux (DASRI), des bornes pour voitures électriques sur le parking, un parking à vélo sécurisé par exemple. Le travail en équipe est promu par la gouvernance, il existe des réunions de concertation entre chirurgiens, anesthésistes et personnel paramédical cependant, ces réunions ne sont pas formalisées avec l'ensemble des équipes soignantes. les informations sont également passées via les temps qualité avec les équipes de nuit. L'ensemble des médecins sont accrédités ou en cours d'accréditation ce qui est suivi par le médecin coordinateur de la gestion des risques associés aux soins.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	490000197	SA CLINIQUE SAINT-LEONARD	18 rue de bellinière Bp 30104 49800 TRELAZE FRANCE
Établissement principal	490015906	CLINIQUE SAINT LEONARD	18 rue de belliniere 49800 Trelaze FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
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)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
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 SMR 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	Non
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	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
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	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	23
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	70
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	2
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	15
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	287
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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	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)	7
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		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
10	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
11	Traceur ciblé			Gestion des Evènements indésirables (EI)

12	Traceur ciblé			Prescription PSL
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Audit système			
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système			

23	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Audit système			
25	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

27	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Audit système			

33	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
34	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires

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

