



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL PRIVE
MARSEILLE -
BEAUREGARD - VERT
COTEAU**

23 rue des Linots
13012 Marseille



Validé par la HAS en Avril 2023

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 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	19
Annexe 3. Programme de visite	23

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

HOPITAL PRIVE MARSEILLE - BEAUREGARD - VERT COTEAU	
Adresse	23 rue des Linots 13012 Marseille FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
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	130038847	HOPITAL PRIVE MARSEILLE - BEAUREGARD	23 rue des Linots 13012 Marseille FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

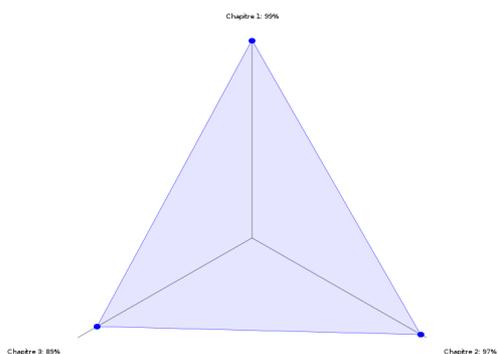
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
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

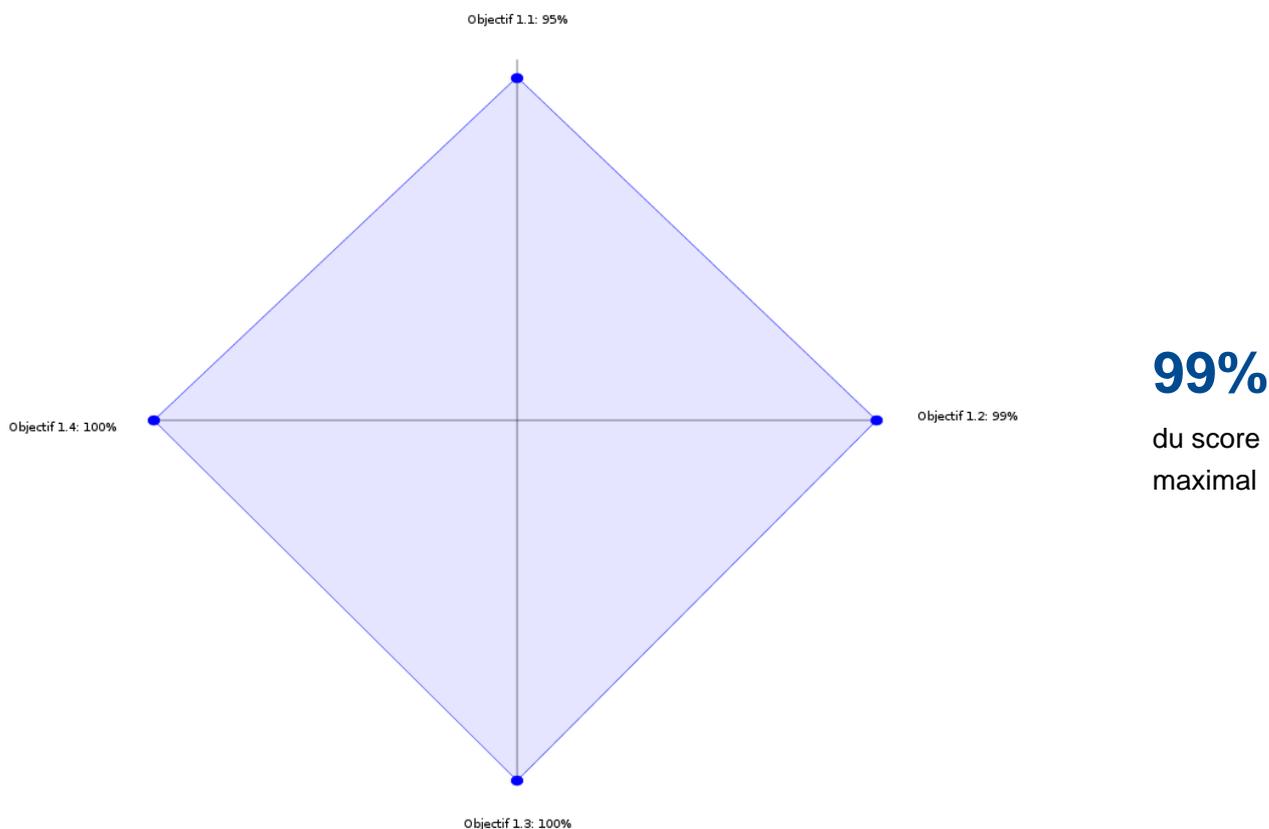
Au regard du profil de l'établissement, **115** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

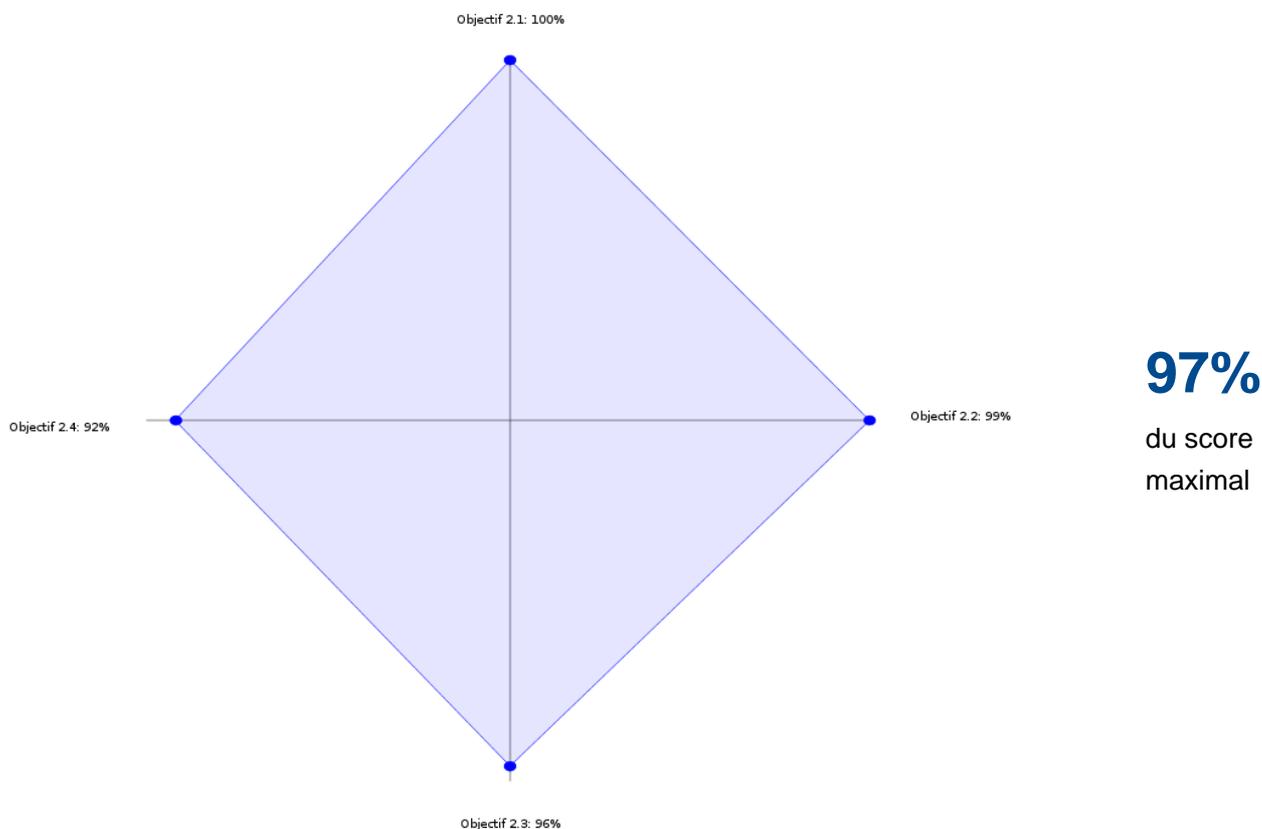


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'information du patient et de son entourage est assurée par les professionnels de l'établissement avant et tout au long de son séjour. Ces informations sont disponibles en ligne sur le site de l'HPMB et sont également retrouvées dans le livret d'accueil remis systématiquement aux patients. L'ensemble des informations qui y sont données sont adaptées à la prise en charge spécifique de chacun des patients accueillis. Les patients rencontrés semblent avoir quelques difficultés à spontanément savoir ce qu'est la CDU et comment ils peuvent la saisir en cas de besoin alors que de nombreux supports sont mis à disposition par l'établissement. L'implication du patient et de son entourage (familles ou aidants) dans son parcours de soins est recherchée quand cela s'avère nécessaire et possible. Cette démarche est systématiquement personnalisée. Les équipes soignantes sont animées d'une réelle bienveillance à l'égard de la personne soignée et de sa famille. La

bienveillance, la dignité et la confidentialité sont promues au sein de cet établissement. Les pratiques soignantes sont adaptées au respect des droits des patients (dossiers informatisés sécurisés, transfert vers bloc opératoire ou salle d'examens, archives dans des locaux fermés). Les locaux permettent également la nécessaire confidentialité lors des différentes phases de prise en charge. Les différentes chartes sont retrouvées à l'affichage. Le patient est informé de la possibilité de pouvoir désigner une personne de confiance et de rédiger, le cas échéant, ses directives anticipées. L'identité des patients est vérifiée, préservée. L'accueil des mineurs se fait dans un environnement adapté par un personnel sensibilisé à cette prise en charge. Les situations de vulnérabilité sont recherchées, tant sur un plan psychologique que social, et une démarche est entreprise par le personnel des soins de support de l'établissement, soit en propre soit en liaison, avec les différents intervenants ou réseau de proximité du lieu de résidence de la personne soignée. La satisfaction du patient est systématiquement recherchée dans les différents secteurs avec une application toute particulière. Ainsi en plus du questionnaire e-satis, des audits ponctuels sont menés sur différents secteurs, tout comme un appel du lendemain peut être mis en place pour s'assurer notamment de l'état de santé du patient mais également des éléments de satisfaction. La valorisation de l'expérience patient n'est aujourd'hui pas effective mais des projets sont à l'étude sur au moins deux secteurs pour l'année à venir. L'établissement est aujourd'hui confronté à un manque de candidats d'associations reconnues pour siéger au sein de la commission des usagers (CDU). Néanmoins, la CDU a toujours été informée des enquêtes et audits de satisfaction. Ils ont également toujours été sollicités afin de contribuer à l'amélioration d'accueil et de séjours. La prise en charge de la douleur est réalisée avec une évaluation de la douleur par différents outils adaptés à la population. L'évaluation du soulagement de la douleur est assurée. Il subsiste un secteur où la prescription conditionnelle d'antalgiques ne comporte pas toujours une échelle d'évaluation de la douleur. La traçabilité d'administration des antalgiques dans ce même secteur n'est pas systématiquement reportée sur l'ensemble des documents, ce qui peut, le cas échéant, être à l'origine d'erreurs de surdosage.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

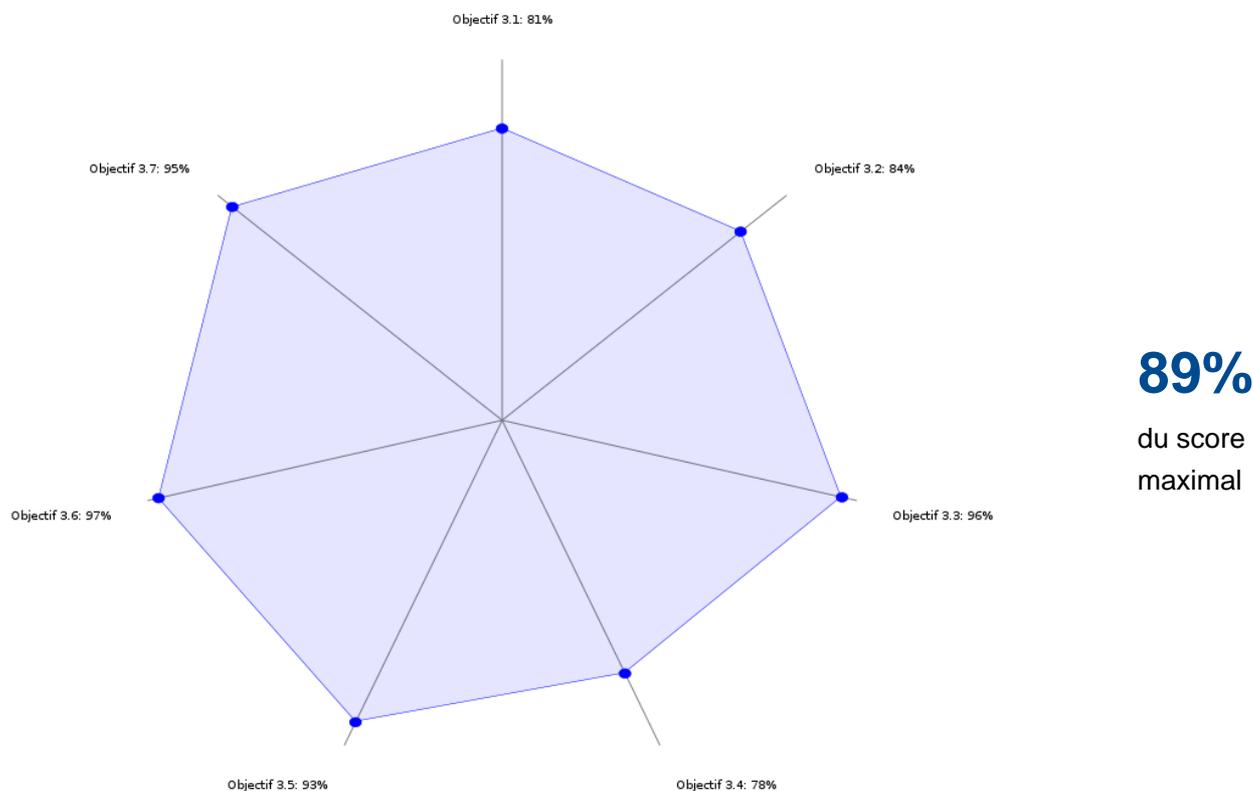


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	92%

Les équipes de soins sont coordonnées afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins tant par l'implication de l'équipe de direction du groupe, très régulièrement présent sur site, que localement par les cadres de proximité. La réévaluation du projet de soins, notamment en médecine (classique et oncologique), est réalisée périodiquement afin de prendre en compte l'évolution de l'état de santé, les besoins et attentes du patient ainsi que ceux des proches. En oncologie, un projet de soins personnalisé est remis au patient. Ce secteur bénéficie du renfort d'une infirmière de pratique avancée. Les parcours peuvent être coordonnés avec la ville pour une continuité des soins grâce à la coordination existante et forte avec un service d'hospitalisation à domicile. Les professionnels réalisent leurs soins dans le respect des bonnes pratiques : le respect de la dignité du patient et une tenue du dossier patient qui permet d'assurer la continuité des soins. L'ensemble des éléments

nécessaires à la prise en charge du patient et de son séjour au sein de l'établissement sont systématiquement retrouvés dans le dossier informatisé mis à part pour certains dossiers de gynéco-obstétrique. Les professionnels maîtrisent les risques identifiés liés à leurs pratiques comme la prévention et la gestion du risque infectieux par l'application des précautions standards et complémentaires, et l'identification du patient afin de délivrer le bon soin au bon patient. La coordination avec les secrétariats des praticiens libéraux est effective. La maîtrise des risques est évaluée notamment par des audits réguliers et des formations adaptées. De nombreuses RCP sont réalisées dans les différents secteurs de soins de l'établissement notamment lorsque qu'un évènement indésirable est signalé. Une attention toute particulière est portée au sein du service des urgences quant à l'accueil des personnes âgées. Les équipes de soins critiques, urgence, USC et réanimation sont particulièrement bien coordonnées dans leur fonctionnement dans l'intérêt du patient grâce notamment au dynamisme des cadres soignants de proximité. Les équipes peuvent faire appel à des correspondants, notamment pour la gestion de problématiques d'hygiène, (médecin et infirmière hygiéniste dans l'établissement), infectieuse ou de fin de vie pour exemple. Les différentes vigilances sont identifiées, leur gestion est organisée, les responsabilités définies. Il existe une permanence et une réévaluation de ce dispositif. La pertinence de la prescription d'antibiotiques est argumentée et réévaluée entre la 24ème heure et la 72ème heure. Le référent dans l'établissement est un infectiologue. Les praticiens ont à leur disposition un antibio guide accessible dans la gestion documentaire informatisée. L'antibioprophylaxie est effective au bloc opératoire, elle est protocolisée et adaptée à chaque type de chirurgie. Les pharmaciens ont organisé une analyse pharmaceutique quasi systématique. La conciliation médicamenteuse est particulièrement avancée dans cet établissement. Pour ce qui est du circuit du médicament, il est globalement maîtrisé dans l'ensemble des différents secteurs de soins pour ce qui relève soit du circuit du médicament thermosensible soit à risques. Il subsistait une non-conformité dans un secteur où la sécurisation de médicaments à risques n'était pas une réalité tant par le manque de connaissances des intervenants que dans la sécurisation nécessaire des locaux ou chariots. L'établissement a réagi pendant la visite. Une visite de la pharmacienne gérante a été instantanément réalisée dans le service concerné pour d'une part confirmer notre constat et d'autre part mettre en place l'ensemble des mesures curatives. Un réfrigérateur sécurisé a été mis en place dès le lendemain de la formulation de la remarque. La pharmacie délivre nominativement les traitements dans les secteurs de soins le nécessitant. La prescription et l'administration sont retrouvées dans le dossier informatique du patient tout comme les raisons qui auraient conduit à la non-administration. L'établissement dispose, compte tenu de ses activités, d'un dépôt de sang qui est localisé en réanimation. Sa tenue est conforme aux attendus. La prescription des PSL est évaluée et le consentement des patients est recherché. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée au sein de l'établissement tout comme la surveillance post transfusionnelle. Une lettre de liaison est systématiquement générée en vue de la sortie du patient (sauf en maternité), elle contient, quand elle existe dans la totalité des autres secteurs, les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge. La plus grande partie des patients bénéficient donc d'une lettre de sortie qui intègre l'ensemble des éléments liés à la prise en charge et au parcours de soins du patient au sein de l'établissement. Seuls certains praticiens libéraux des secteurs de la maternité, gynéco obstétrique, n'entendent pas devoir se plier à cette exigence ce qui impacte la certification de l'établissement. Le service de transport et de transfert des patients vers les différentes unités est réalisé par des personnels particulièrement bienveillants. Les personnels sont formés et audités régulièrement notamment sur les thématiques d'identitovigilance et de respect de la dignité. Les analyses collectives des différents audits sont effectives dans la grande majorité des secteurs de soins. Il semble que le degré d'appropriation de la démarche de qualité et de sécurité des soins soit une réalité sauf en maternité où la démarche est naissante mais il est à mettre en perspective l'implication toute particulière de l'encadrement arrivé il y a peu pour reprendre la coordination d'une équipe dans un contexte de tension sociale.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	81%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	84%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

L'HPMB est largement identifié sur son territoire (la complétude du ROR est effective). Il a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec celui-ci. Il participe activement aux projets locaux de territoires notamment par l'implication de professionnels dans la relation avec différents réseaux CPTS ou encore de Disposition d'Appui à la Coordination (DAC). Les risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des

situations de crises sanitaires sont identifiées. L'établissement est organisé pour y faire face. La politique de prévention des risques numériques est définie, effective et connue des professionnels. La direction a élaboré la politique de qualité et de sécurité des soins. Les EV ont pu, à travers la démarche de certification, mesurer la réelle implication de la CME notamment à travers les rencontres, la présence et la disponibilité du président de CME. Les usagers sont informés de cette démarche qualité et sécurité des soins et étaient jusque-là partie prenante. Il existe un PAQSS actualisé et la culture sécurité des soins des professionnels est évaluée. Il existe différents tableaux de suivi d'indicateurs avec une revue quadrimestrielle à l'échelle du groupe, de l'établissement et des secteurs de soins. De nombreuses CREX et RMM sont réalisées afin de répondre à une volonté d'amélioration d'accueil et de prise en charge des patients. Une messagerie sécurisée, propre au groupe, est utilisée pour les échanges dans l'intérêt des patients afin de garantir leurs suivis. L'accès du patient à son dossier est organisé et répond aux exigences réglementaires en termes de délais. La gouvernance suit ces délais comme ceux de la délivrance de la lettre de sortie ou de liaison. La réponse et la prise en charge des situations à caractère d'urgence vitale des patients et du public est assurée. Il existe un numéro d'appel unique par bâtiment. Les chariots d'urgence sont scellés, leur vérification périodique est réalisée et tracée. Les personnels ont bénéficié de formations dédiées à la prise en charge des urgences vitales mais les revalidations ont pris du retard en raison de la situation épidémique. Des exercices de simulation ont été réalisés. Il n'existait pas de chariot spécifique à la prise en charge des hémorragies post partum recommandés dans le secteur concerné. L'HPMB s'est engagé lors de la visite à commander un chariot pour pouvoir regrouper l'ensemble des matériels nécessaires. Les locaux de HPMB ne sont actuellement pas tous accessibles aux personnes en situation de handicap. Les plaintes et réclamations sont traitées par la direction et font l'objet d'une présentation synthétique en CDU. La promotion de la bientraitance est une réalité au sein de l'établissement tant vers les patients que dans la relation des professionnels entre eux ou de l'encadrement à leurs égards. Les personnels ont connaissance des procédures de signalement de cas de maltraitance ou de personnes en situation de vulnérabilité psychologique ou sociale. Ces situations sont recherchées. Les chartes de bientraitance sont affichées au sein des unités. La CDU était jusque-là active et se réunissait très régulièrement. Elle est destinataire des plaintes et réclamations, des bilans des événements indésirables et des questionnaires de satisfaction. Il n'existe pas aujourd'hui de projet des usagers. L'expertise patient n'est pour le moment pas encore mise en place. L'ensemble des responsables bénéficie, comme le veut la politique du groupe, de formations spécifiques au management et se rencontrent très régulièrement. L'intégration des nouveaux arrivants se fait grâce à un accompagnement. Des formations sont régulièrement proposées aux professionnels au regard de leurs souhaits et besoins qui sont évalués une fois par année lors d'un entretien spécifique. Il n'existe pas de démarche PACTE ou équivalente ou d'accréditation en équipe. L'accréditation des praticiens exerçant des spécialités considérées « à risques » est en constante évolution grâce à l'incitation de l'établissement. La politique « qualité de vie au travail » est élaborée avec les représentants des personnels. Il existe une politique de prise en compte des enjeux environnementaux et de développement durable au sein du groupe, son déploiement est effectif. L'HPMB ne réalise pas de recherche clinique en son sein, mais les oncologues proposent aux patients de participer à des essais cliniques en collaboration avec des établissements autorisés (Institut Paoli Calmettes, Hôpital de la Timone principalement). L'établissement promeut la recherche clinique en lien avec d'autres acteurs du territoire. Une convention de coopération sanitaire inter-établissement est établie avec l'Institut Paoli Calmettes (centre anti cancéreux). Cette coopération est établie dans le cadre du traitement du cancer incluant l'accès aux thérapies innovantes et aux essais cliniques de l'Institut Paoli Calmettes.

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	130038847	HOPITAL PRIVE MARSEILLE - BEAUREGARD	23 rue des Linots 13012 Marseille FRANCE
Établissement principal	130784713	HOPITAL PRIVE MARSEILLE - BEAUREGARD	23 rue des Linots 13012 Marseille 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)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
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	Non
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)	Oui
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
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	1,667
Nombre de passages aux urgences générales	14,178
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	85
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	75
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	103
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	38
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	5,589
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)	21
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Engagement patient		
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Programmé	
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Soins critiques Urgences	

			<p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
6	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
7	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	
8	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</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>	
9	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p>	

			Programmé	
10	Audit système	Dynamique d'amélioration		
11	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Adulte Programmé	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Adulte Programmé	
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins critiques Urgences Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
15	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
16	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	

17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Maternité Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
24	Audit système	QVT & Travail en équipe		
25	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de précarité Adulte Hospitalisation complète Programmé	

26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou per os
30	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Adulte Programmé	
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - injectable ou per os
32	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
33	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
34	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des		Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché

		patients		
35	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire (Bloc général hors endoscopie , hors salle de naissance)
36	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		DM réutilisable Endoscopie
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
38	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
39	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Médecine Hospitalisation complète Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins critiques Urgences Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
41	Audit système	Coordination territoriale		
42	Audit système	Leadership		
43	Audit système	Représentants des usagers		
44	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences générales

45	Audit système	Maitrise des risques		
46	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - injectable ou per os
47	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
48	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
49	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire (Bloc général hors endoscopie, hors salle de naissance)
50	Audit système	Coordination territoriale		
51	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable : endoscopie

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

