



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ANDAINES

Rue soeur marie boitier
61600 La Ferte Mace



Validé par la HAS en Septembre 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	19
Annexe 3. Programme de visite	23

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ANDAINES	
Adresse	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte Mace FRANCE
Département / Région	Orne / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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	610790594	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ANDAINES	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte-Mace FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

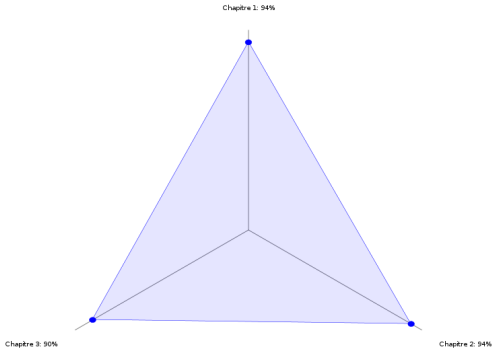
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

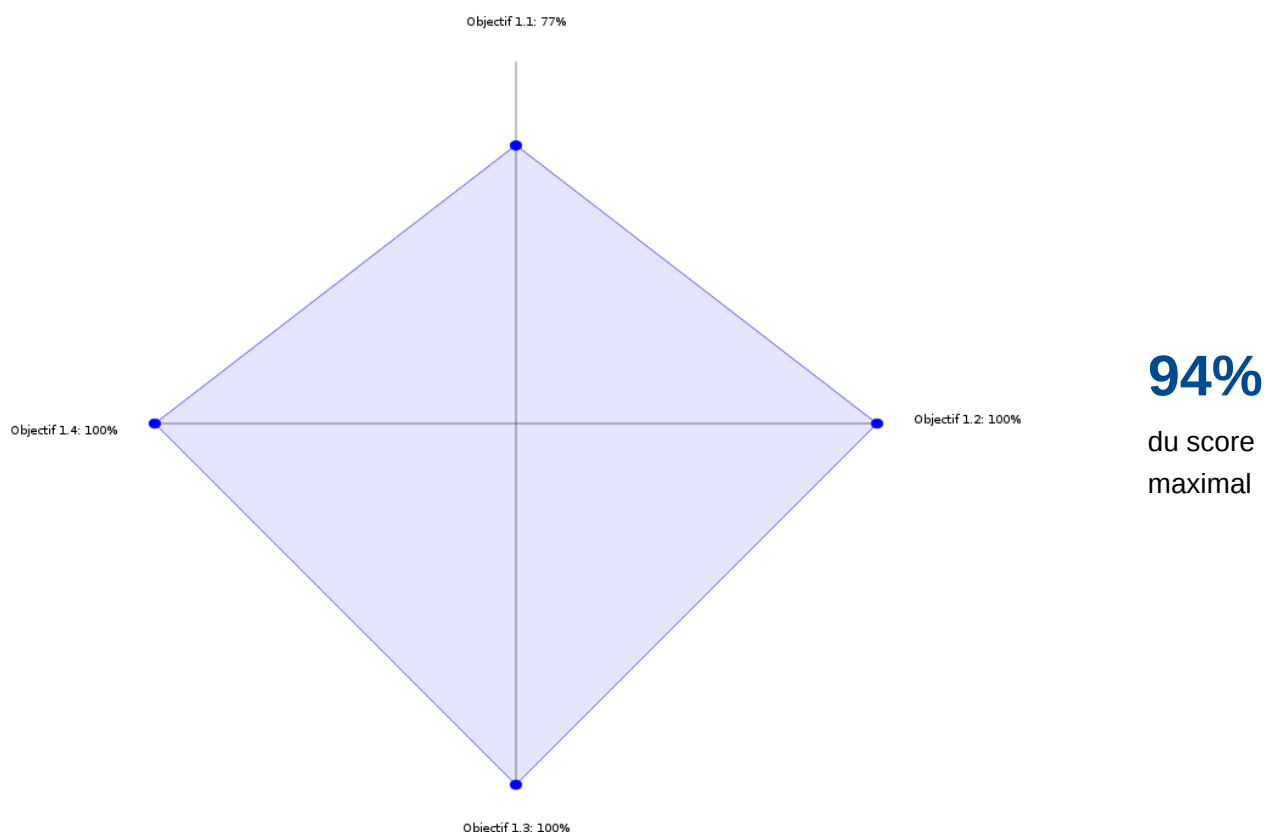
Au regard du profil de l'établissement, [106](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

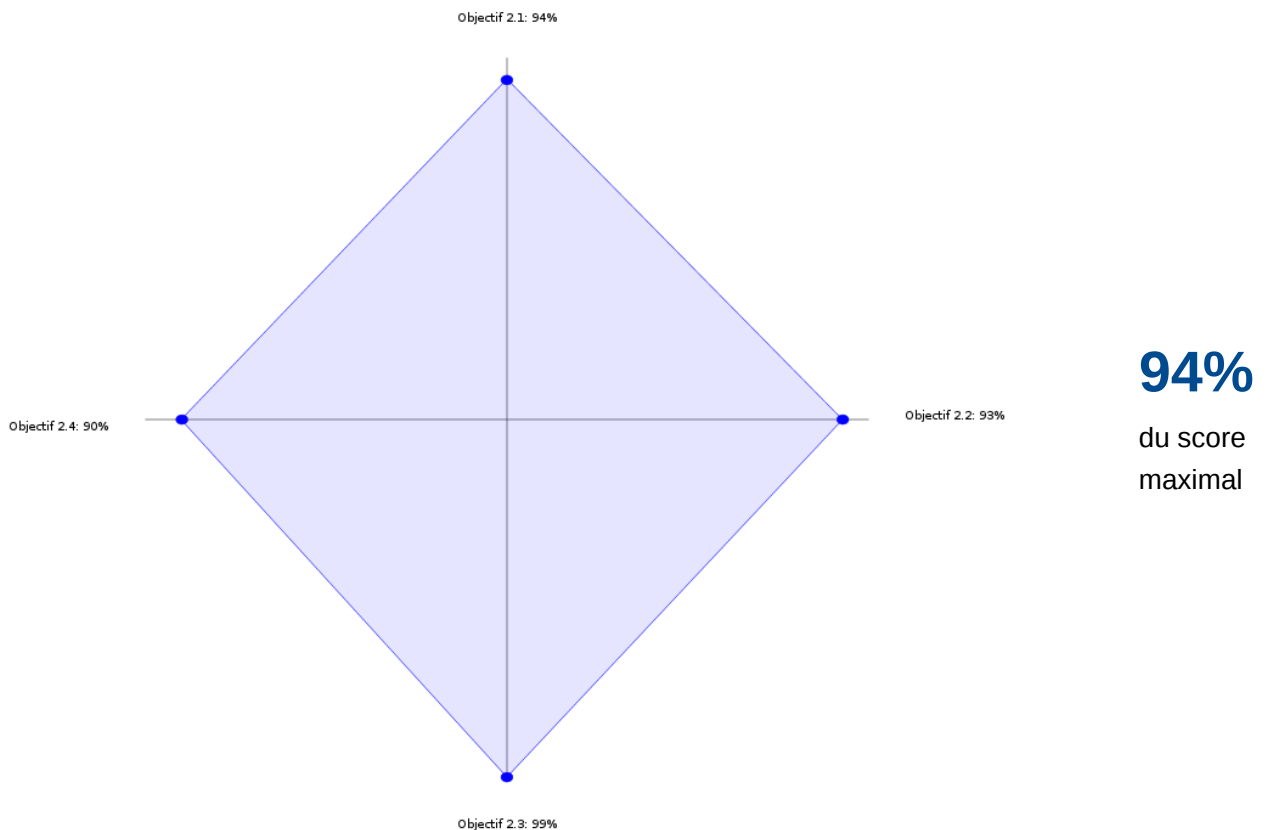


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	77%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre Hospitalier Intercommunal des Andaines (CHIC) accueille les patients sur les sites de La Ferté Macé (Urgences, Smur, Médecine et SSR) et de Domfront (Smur, SSR). Il dispose en particulier d'un SSR à vocation neurologique, d'un secteur d'accueil pour des patients en état végétatif et d'un service de lymphologie. Un secteur d'imagerie conventionnelle est disponible sur site, un projet de scanner est à l'étude, la téléradiologie complète le dispositif. Le CHIC travaille avec le laboratoire de biologie du CH de Flers, mais dispose d'une biologie déportée aux urgences. Le CHIC est partie du GHT « Les collines de Normandie » dans le cadre d'une direction commune avec le CH de Vire et le CH de Flers. Les prises en charge s'effectuent dans le respect des droits et bénéficient de l'attention des professionnels concernant les informations utiles et nécessaires. L'empathie, la bienveillance et la recherche de l'implication du patient sont des attitudes

observées dans les différents secteurs visités. Un livret d'accueil contenant les informations relatives à l'hospitalisation est systématiquement remis, mais pas toujours expliqué oralement (Santé publique, RU, directives anticipées, déclaration d'El...) et les informations délivrées ne sont pas toujours tracées dans le dossier. Des affichages dans tous les secteurs complètent l'information délivrée (Chartes, information relative aux Représentants des Usagers, messages de santé publique...). L'information relative aux délais de prise en charge aux urgences n'est pas organisée. Seule une affiche explique les raisons possibles d'une attente avant les soins. Le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir est effectif, mais la visite des différents secteurs n'a pas objectivé de démarche généralisée visant à la proposition de rédaction de directives anticipées. Le consentement, l'engagement et l'implication du patient sont recherchés pour l'ensemble des prises en charge et pour l'élaboration du programme de soins. La dynamique relative à « l'expérience patient » n'est pas encore engagée. Il a été constaté une bonne tenue et appropriation du dossier informatisé (dossier patient et prescription) par l'ensemble des professionnels, contribuant à la traçabilité des diverses informations délivrées, prescriptions et prises en charge. La douleur y est évaluée et tracée et le patient est impliqué selon des modalités adaptées. Le dossier est circulant entre les secteurs et sites. Un changement d'outil logiciel est prévu en harmonisation avec les autres établissements du GHT. L'information délivrée au patient relative aux conditions, bénéfice / risque de la transfusion de PSL n'a pas été retrouvée dans le dossier consulté. Le CHIC n'hospitalise pas d'enfants, mais les accueille aux urgences en cas de recours et dans des conditions préservant leur intimité et dignité. Bien que les bâtiments soient anciens, la rénovation a permis de proposer une majorité de chambres à un lit et quelques chambres à deux lits dans lesquels, intimité et dignité sont respectées (rideaux de séparation, toilette séparée, douche, double lavabo). Lors de la visite, il a été constaté la fermeture systématique des portes de chambre (sauf demande du patient), y compris pour les box des urgences. L'intimité et la dignité sont respectées lors des transports. Les situations difficiles sont tracées dans le DPI. Les conditions de vie, de contexte psychologique et de lien social, les contraintes liées au handicap sont prises en compte dans le cadre des prises en charge, en particulier lors de la sortie qui est réfléchie et anticipée dès l'entrée en lien avec les services sociaux de l'établissement. Les accès au CHIC sont adaptés aux handicaps. Une filière est organisée avec une prise en charge spécifique de type circuit court permettant un accès direct en médecine. Des partenariats d'aval nombreux sont établis au sein du GHT, avec les établissements de recours identifiés ainsi qu'avec la ville. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

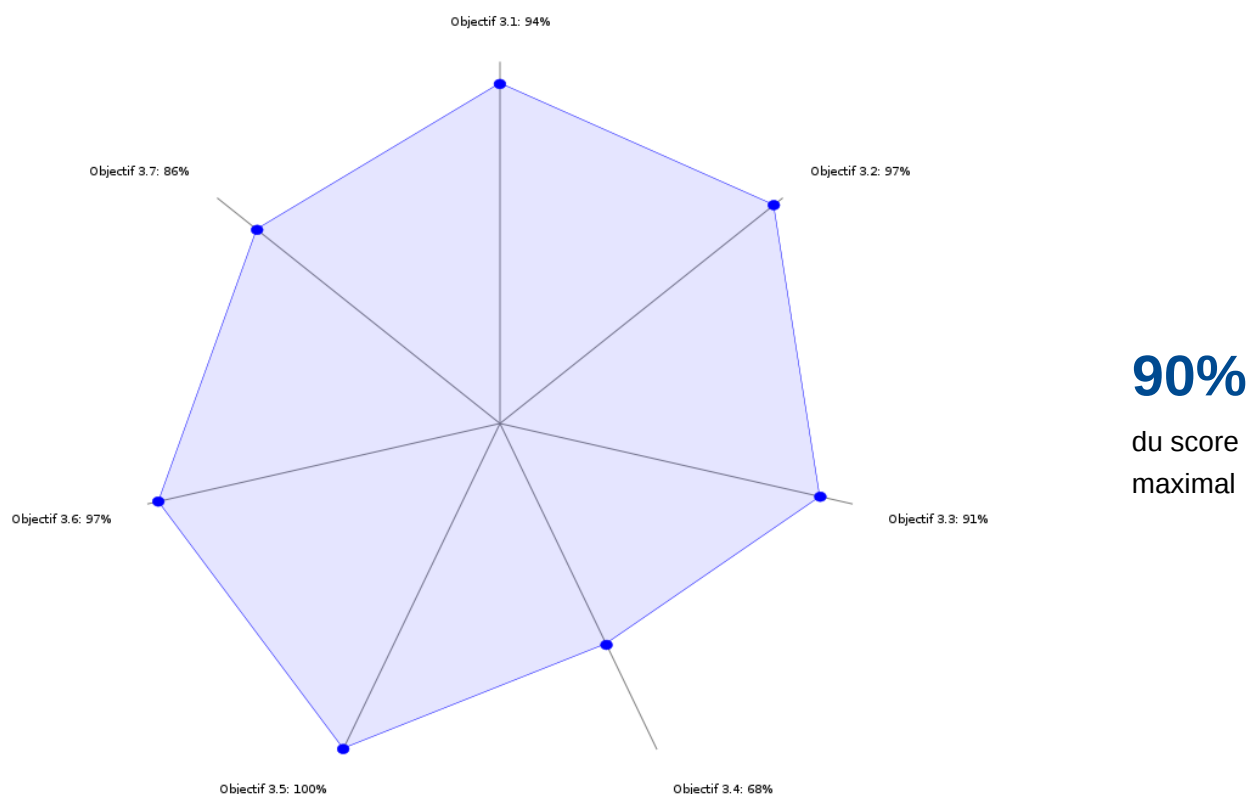


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	94%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	93%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	90%

Pour l'ensemble des professionnels du CHIC, la recherche de l'efficacité, de la sécurité et de la pertinence des soins est un objectif partagé. La culture de la bientraitance ainsi que l'attitude empathique et bienveillante sont des observations permanentes lors de la visite. Les prises en charges s'appuient sur les recommandations de bonne pratique. Des filières pertinentes de prise en charge sont identifiées. La concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire est effective, en particulier lors des transmissions. Des staffs réguliers sont organisés en SSR mais pas en médecine. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée par les praticiens. Les praticiens peuvent faire appel à un référent antibiotique infectiologue. La pertinence des prescriptions de transfusion (349 transfusions en 2021) n'est pas analysée. Le dossier informatisé est accessible H24 dans tous les secteurs de l'établissement et contribue à la prise en charge

continue des patients. Il intègre les éléments de suivi et de traçabilité disponibles en temps utile (observations, actes, prescriptions, douleur, etc...). Les urgences ont accès à tous les dossiers. Les concertations pluri professionnelles et pluri disciplinaires y sont retrouvées de même que la conciliation médicamenteuse débutante. La démarche palliative est tracée, de même que les actes des différents professionnels. Le dossier préhospitalier du SMUR qui effectue depuis chaque site une à deux interventions chaque jour, disponible sur un support papier, n'est pas exhaustif concernant l'ensemble des informations, actes et surveillance de prise en charge, en particulier pour la douleur et la conformité des prescriptions. Il n'est pas organisé dans ce secteur de revue de dossier systématique. Dans un contexte de grande tension sur les RH, la permanence des soins médicale et paramédicale est organisée, de même que les déplacements internes. Les interfaces radio et labo sont opérationnelles. La PDS est assurée par des astreintes. Un numéro dédié aux urgences vitales est connu et celles-ci sont organisées. L'identification des patients est recueillie dès l'arrivée, sur la base de documents officiels (Carte d'identité, photo...) et un bracelet d'identification (couleur différente en fonction de l'étape de vérification de l'identité du patient) est utilisé tout au long de la prise en charge. Aux urgences, l'accueil et le tri sont assurés par des IDE formés (IAO). L'orientation est effectuée selon les besoins et tenant compte de la disponibilité en lits qui est connue. Les locaux et les pratiques préservent l'intimité en particulier dans les zones d'attente couchées. La mesure et la communication des délais d'attente ne sont pas retrouvées. Des filières de soins sont identifiées, gériatriques en interne et en lien territorial. Le circuit du médicament est organisé et sécurisé dans l'ensemble de ses composantes. La validation et l'analyse des prescriptions sont généralisées, la conciliation est débutante. Le transport est sécurisé ainsi que les stockages de médicaments (armoires et chariots fermés, isolement de produits à risque comme le KCl, température centralisée des frigos...). L'étiquetage des perfusions est effectué, mais demande à être complété. Les pratiques d'administration des médicaments sont hétérogènes avec dans certains secteurs une validation de la distribution des médicaments mais non de la prise. La liste des médicaments à risque est connue des professionnels. Des formations sont effectuées en ce sens. La pratique de double vérification lors de la préparation des médicaments à risque est émergente mais connue. En lymphologie l'autonomie médicamenteuse du patient est systématisée sur prescription médicale et contractualisation avec le patient. Les médicaments personnels sont retirés à l'entrée mais la vérification et le conseil lors de leur restitution n'est pas systématique. La sécurité transfusionnelle est assurée mais la procédure non actualisée au regard des nouvelles recommandations. Des indicateurs sont collectés (taux de destruction). Il n'existe pas de formation ciblée concernant la transfusion ni d'audit de pratique. Il a été relevé des pratiques de prescriptions orales effectuées par les urgentistes, dans leur service et lors des astreintes, non systématiquement retranscrites ni liées à l'urgence. Les vigilances sanitaires sont organisées, efficaces et connues. Les alertes ascendantes et descendantes sont organisées. Le risque infectieux est globalement maîtrisé, de même que le circuit des déchets. Les précautions de prévention des IAS sont organisées. Les tenues des professionnels identifiées par fonction répondent aux bonnes pratiques. L'évaluation en matière infectieuse et le suivi d'indicateurs sont généralisés. La vaccination antigrippale est proposée par l'institution mais ne rencontre pas l'adhésion de l'ensemble des soignants rencontrés, non sensibles aux enjeux de santé publique afférents. La réponse aux urgences vitales est organisée. Des chariots d'urgence sont disponibles et vérifiés. Les formations sont organisées mais il n'existe pas de simulation de mise en situation. Les staffs de services sont généralisés en SSR mais pas en médecine, et les résultats des concertations sont tracés. Une lettre de sortie est remise à la sortie du patient mais inconstamment malgré une forte amélioration. Les analyses de pertinence des actes et pratiques ne sont pas développées. La pertinence du maintien de la prise en charge en SSR n'est pas toujours réévaluée dès la première phase du séjour. La démarche de formation des professionnels est active. Des EI sont déclarés et analysés. Des EPP, CREX et RMM sont effectués selon une méthode définie. Les résultats et analyses sont transmis aux professionnels lors de réunion et sur leur mail personnel.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	94%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	91%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	68%
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	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	86%

La démarche qualité a été développée sur la base d'une volonté du management, traduite clairement au sein des différents volets du projet d'établissement, de la politique qualité et gestion des risques, avec une optique territoriale synergique appuyée sur le GHT. La gouvernance est au cœur de la déclinaison institutionnelle avec notamment une participation de la CME. Des synergies et partenariats sont engagés au sein du territoire qui

bénéficie d'un GHT composé de trois établissements en direction commune. Le projet d'établissement a été élaboré dans un esprit territorial. Les RU sont associés selon leurs disponibilités. La communication est opérationnelle grâce à différents canaux dans les services, en particulier au travers de l'encadrement qui diffuse les messages relatifs aux plaintes, FEI, CREX... Bien que les professionnels aient été informés, notamment pendant la période de certification, l'acculturation à la démarche qualité sécurité des soins n'est pas encore généralisée dans toutes ses composantes. Son évaluation n'est pas organisée. La gestion du PAQSS est maintenue. Les événements indésirables sont déclarés et analysés. La stratégie territoriale développe différentes filières et mutualisations, pour exemple la biologie au laboratoire du CH Flers, la téléradiologie etc... Des formations au management sont proposées à l'encadrement. Les démarches de type PACTE ne sont pas retrouvées. L'accréditation individuelle médicale n'est pas promue. L'absence de staffs dans tous les secteurs ne favorise pas la coordination. Il n'existe pas de démarche spécifique sur la synchronisation des temps médicaux soignants. La communication est facilitée en interne grâce au DPI commun. La messagerie sécurisée est en test et sera opérationnelle, de même que la réalimentation du DMP lors du changement prochain de logiciel. L'alimentation du DP n'est pas organisée. Les représentants des usagers (RU) sont présents mais peu actifs au sein de l'établissement. Ils ne participent pas aux groupes de travail. Ils ont accès aux plaintes, réclamations, indicateurs. La dynamique de l'expertise patient n'est pas déployée, de même que la formation à la communication centrée patient. Les notions de patient expert, PREMS, PROMS ne sont pas encore activées. Au regard de la pandémie et en raison de difficultés relatives à la gestion des ressources humaines paramédicales mais aussi médicales, l'établissement a mis en place une stratégie très incitative de recrutement (bourse d'attractivité en IFSI...). La QVT est définie au sein du GHT et déclinée au CHIC, en lien avec le projet social. Les représentants des salariés et les professionnels participent à la réflexion dans des groupes de travail. Elle est étroitement intriquée avec la stratégie d'adéquation des RH avec la qualité sécurité des soins. De nombreuses actions concertées sont mises en œuvre. A noter, en particulier, une concertation individuelle effectuée lors de la spécialisation des sites, bourse d'attractivité et accueil, télétravail, cellule d'écoute psychologique, enquête QVT, organisation du travail, boîte mail pour chaque professionnel... Le risque numérique est maîtrisé. Le plan blanc est actif. Des actions concernant le développement durable (filière déchets, véhicules électriques, étude énergétique...) sont mises en place. Dans le cadre de la prise en charge des patients, les valeurs de bientraitance et de lutte contre la maltraitance ordinaire, sont cultivées. Des formations sont organisées. La satisfaction est recueillie par questionnaire. L'établissement a développé des actions d'éducation thérapeutique. La réponse aux urgences vitales est organisée. Des chariots d'urgence et sacs d'urgence sont disponibles et vérifiés. Les formations aux gestes d'urgence sont assurées mais il n'existe pas de mise en situation.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	610790594	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ANDAINES	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte-Mace FRANCE
Établissement principal	610780116	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ANDAINES	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte Mace FRANCE
Établissement géographique	610780108	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ANDAINES-SITE DE DOMFRONT	Rue de la gare 61700 Domfront FRANCE
Établissement principal	610780116	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ANDAINES	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte Mace FRANCE
Établissement géographique	610780108	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ANDAINES-SITE DE DOMFRONT	Rue de la gare 61700 Domfront FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	1,939
Nombre de passages aux urgences générales	12,059
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	73
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	67
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	3
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	80
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)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
4	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète	

			Programmé	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité SAMU-SMUR Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Audit système	Maitrise des risques		
11	Audit système	Dynamique d'amélioration		
12	Audit système	Leadership		
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
15	Audit système	Entretien Professionnel		

16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
18	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR/ Urgences adultes
19	Audit système	QVT & Travail en équipe		
20	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
23	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable

26	Audit système	Coordination territoriale		
27	Audit système	Représentants des usagers		
28	Audit système	Engagement patient		
29	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
30	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
31	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
32	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR
33	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	

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

