



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE LA FERÉ**

2 avenue dupuis
02800 La Feré



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 DE LA FERRE	
Adresse	2 avenue dupuis 02800 La Fere FRANCE
Département / Région	Aisne / Hauts-de-France
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	020000048	CENTRE HOSPITALIER GERONTOLOGIQUE	2 avenue dupuis 02800 La Fere FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

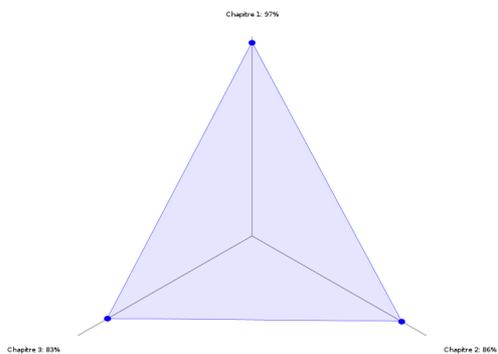
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

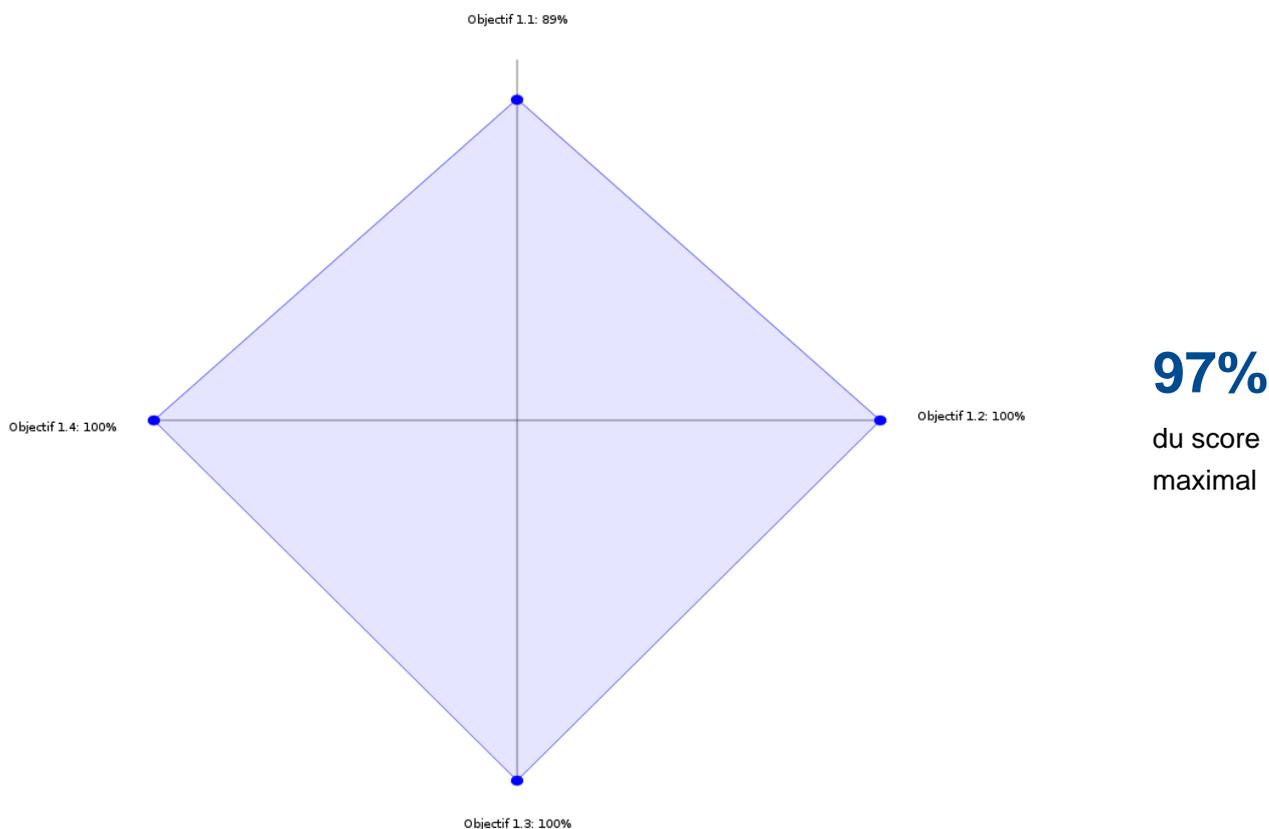
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

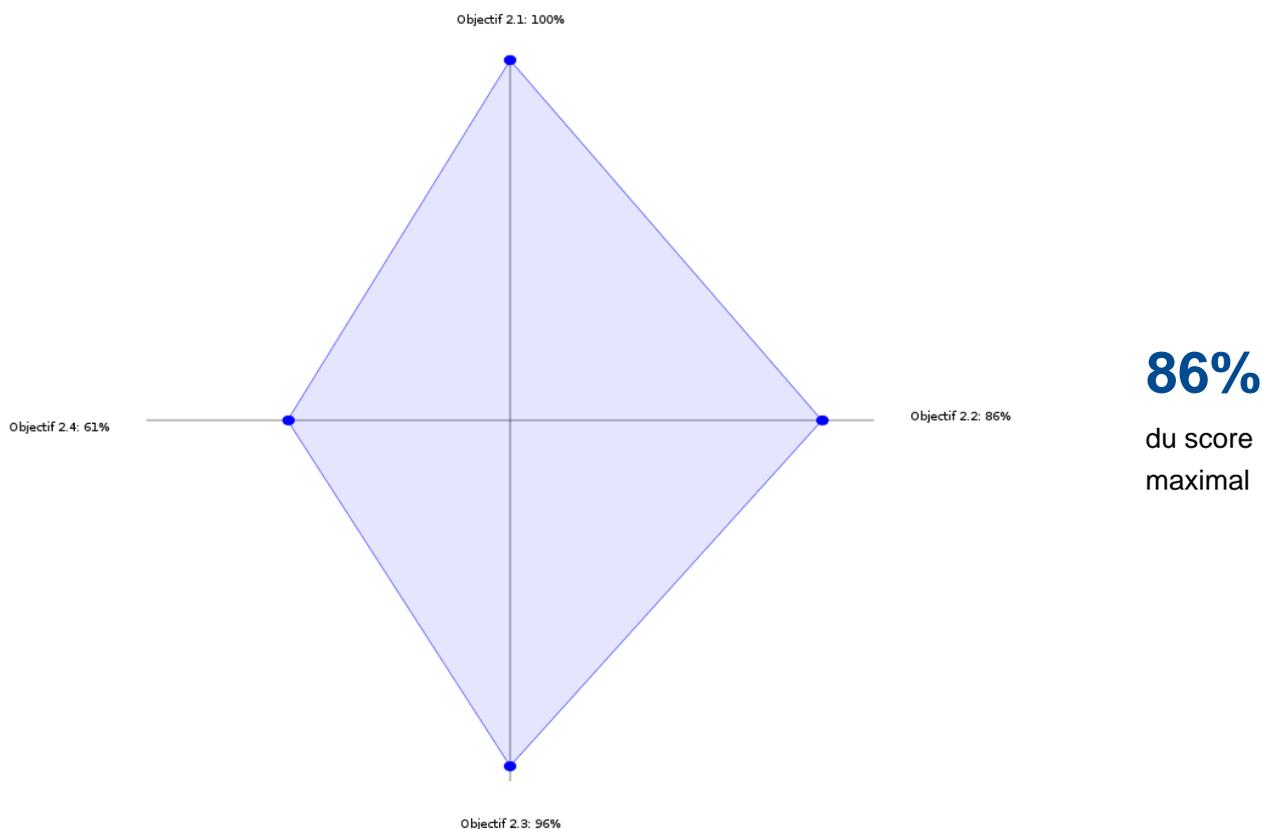


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	89%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre Hospitalier de la Fère est un centre gérontologique (CHG). Il est intégré au GHT Aisne Nord-Haute Somme, dont Saint Quentin est l'établissement support. Il comporte 15 lits de médecine gériatrique, 15 de psychogériatrie, 31 de soins de suite et de réadaptation gériatriques (SSRG) et une unité de soins palliatifs de 8 lits (USP). Le patient est informé sur sa prise en charge par les professionnels. Ils recherchent son consentement éclairé, y compris pour les sujets vulnérables, le cas échéant avec l'aide des proches, en utilisant des moyens de communication adaptés. Les professionnels bénéficient de formation à l'écoute active et à la culture gérontologique. Les équipes enregistrent la personne de confiance dans le dossier du patient et cherchent à connaître les directives anticipées, tout particulièrement en USP où les professionnels sont tous formés à la prise en charge palliative. Toutefois, il n'y a pas d'action spécifique pour aider le patient à devenir

acteur de sa prise en charge, telle l'éducation thérapeutique. Par ailleurs, bien que les informations soient affichées dans les services et inscrites dans le livret d'accueil, les patients n'ont pas connaissance des modalités pour exprimer leur satisfaction, formuler une réclamation ni déclarer un événement indésirable grave. Dans tous les secteurs de l'établissement, les professionnels sont attentifs au respect des patients. L'intimité et la dignité sont respectées principalement grâce à l'attitude de l'ensemble des professionnels. L'architecture est vétuste dans certaines unités, mais des travaux ont été réalisés pour faciliter l'intimité (pose de rideaux). Les contentions sont exceptionnelles. La procédure d'utilisation existe et est connue des professionnels rencontrés. En psychogériatrie et en USP, aucun patient n'avait de contention pendant la visite des experts. Pendant la visite, seuls 2 malades étaient contentionnés en médecine gériatrique et les prescriptions et les réévaluations étaient tracées dans les dossiers. Au cours des soins, en particulier d'aide à la vie quotidienne, les professionnels sont attentifs à préserver toute autonomie persistante des patients gérontologiques accueillis. Le patient bénéficie d'une évaluation et de soins visant à anticiper et à soulager rapidement sa douleur. Les outils d'évaluation utilisés, connus de tous les professionnels rencontrés, sont adaptés aux patients. Les conditions de vie habituelles et de lien social du patient sont prises en compte dès l'entrée et tout au long de son séjour. L'assistante sociale rencontre tous les patients en SSRG et la plupart des autres patients et peut être sollicitée à tout moment dans toutes les unités. Les proches et les aidants, avec l'accord du patient autant que possible, sont intégrés au projet de soins. Les représentants des usagers sont très impliqués dans l'établissement. Ils sont régulièrement présents aux instances et dans les groupes de travail (par exemple concernant l'évolution des questionnaires de satisfaction). Ils ont rédigé un projet des usagers articulé avec le projet médical et soignant, validé en mars 2022. Toutefois, les patients rencontrés et les proches ne savent pas comment les contacter, bien qu'un affichage soit mis en place dans l'établissement et que les modalités soient notées dans le livret d'accueil.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

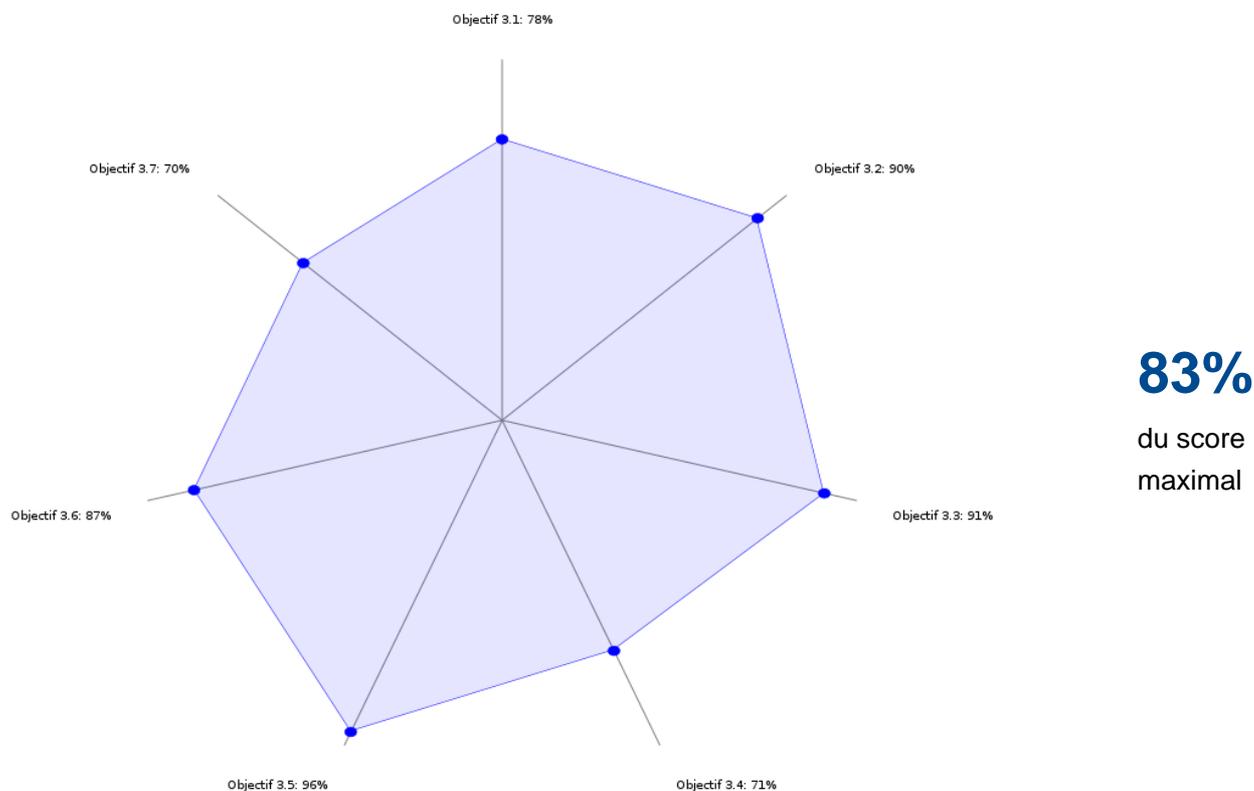


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	86%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	61%

Les professionnels des unités de soins du CHG travaillent en équipe. La coordination pluri-professionnelle et pluridisciplinaire est organisée pour prévoir et suivre l'évolution des patients au cours de réunions régulières, avec médecins et paramédicaux. Le rythme des réunions est adapté aux services et aux besoins des patients (hebdomadaire en SSRG et en USP ou, a minima, à l'entrée et avant la sortie en médecine gériatrique). L'engagement du patient dans son projet de soins, autant que possible, est tracé. L'accès aux soins palliatifs est assuré et la démarche palliative est conduite et coordonnée en pluriprofessionnel. Outre la prise en charge médicale, des soins de support sont dispensés par les professionnels du service (soins esthétiques ou zoothérapie). Les patients peuvent bénéficier d'un recours à certaines expertises en cas de besoin, grâce à la présence de spécialistes qui assurent des consultations avancées sur site. Toutefois l'accès à la télémédecine

et la télé-expertise n'est pas organisé. L'accès rapide au dossier du patient, informatisé, est maîtrisé par tous les professionnels. Il intègre tous les éléments utiles à la prise en charge du patient. Une lettre de liaison est adressée de façon systématique à la sortie du patient et remise le jour de la sortie. Toutefois l'établissement n'a pas mis en place d'évaluation du délai d'envoi. Le recours à l'hospitalisation à domicile est régulièrement mis en place. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. L'identito-vigilance est structurée et tous les professionnels y prêtent attention, singulièrement lors de l'administration des traitements et lors des transports intra-hospitaliers. La mise en application des vigilances sanitaires est suivie. Les précautions adéquates sont connues et appliquées par tous les professionnels pour éviter le risque infectieux, aucun professionnel ne porte de bijou. Les règles de bonne pratique concernant la transfusion, toujours réalisée en médecine gériatrique, sont respectées. Le circuit du médicament est sécurisé, de la prescription médicale informatisée, à la dispensation, à l'approvisionnement et au stockage, avec une attention formalisée pour les médicaments à risque. L'analyse pharmaceutique est réalisée, la conciliation médicamenteuse est partiellement déployée et réservée aux secteurs prioritaires. Toutefois, le comparatif explicite entre le traitement d'entrée et le traitement de sortie n'est pas fourni ni expliqué aux patients. La prise en charge est coordonnée autour des risques liés à l'hospitalisation des sujets âgés, et l'analyse des risques iatrogènes est tracée. La démarche d'évaluation des pratiques, basée sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables (EI) est appropriée par les professionnels qui en déclarent tous. L'analyse des chutes fait l'objet d'un suivi spécifique en dehors du circuit des EI. Alors que le circuit des fiches d'EI est en format papier et géré manuellement, l'analyse de tous les EI est réalisée de façon collective à l'occasion de commissions CVREI (Commission des Vigilances sanitaires, des Risques et des Événements Indésirables). A l'issue des analyses, les plans d'amélioration sont élaborés. Les usagers sont informés des EI. La pertinence des traitements antibiotiques et des transfusions est évaluée. La réévaluation des traitements antibiotiques est réalisée dans les 48 à 72 heures. Les prescripteurs bénéficient de formation régulière sur l'antibiothérapie et peuvent avoir recours à un référent dans l'établissement et au CH de Saint-Quentin. La pertinence de l'admission et du séjour en médecine comme en SSR est évaluée au cours des staffs pluridisciplinaires. Le suivi des indicateurs de résultats est assuré par les instances au niveau de l'établissement. Toutefois, aucun service ne recueille d'indicateurs spécifiques à la typologie des patients qu'il prend en charge. La satisfaction des usagers est suivie et analysée de façon régulière. L'établissement effectue des évaluations régulières ciblées, sous forme d'audits (par exemple concernant le risque infectieux), mais il n'y a pas de suivi des résultats cliniques sous forme d'analyse de prise en charge ou de parcours. Par ailleurs l'analyse de l'expérience patient n'est pas réalisée.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	78%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	90%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	91%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	71%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	96%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	87%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	70%

Le CHG structure son offre de soins en cohérence avec les projets du territoire, et s'intègre dans l'offre du GHT. L'établissement propose aux acteurs de la médecine de ville des actions de partenariat. Toutefois, bien que les équipes soient organisées pour procéder à des admissions directes dans près de 60% en psychogériatrie et dans 80% en USP, il n'y a pas de formalisation de circuits courts pour les sujets âgés. La

gouvernance intègre la qualité et la sécurité des soins dans son management. Elle a mis en place une organisation qui permet cette dynamique. La politique qualité est suivie. Il existe un programme d'actions d'amélioration structuré par thème et actualisé de façon différente selon les thèmes, la dernière actualisation a été enregistrée pendant la visite des experts. L'exploitation des EI et des indicateurs est formalisée. Toutefois, il n'y a pas d'évaluation de la culture sécurité des soins. L'engagement des patients individuellement et collectivement est favorisé. Il existe une promotion de la recherche clinique dans l'établissement, en particulier en USP en coordination avec 2 CHU. L'établissement promeut la bientraitance, observée auprès de tous les professionnels qui bénéficient de formations. Les experts ont pu observer auprès de tous les professionnels rencontrés une communication centrée sur le patient et une écoute attentive. La lutte contre la maltraitance est formalisée et les procédures sont connues et respectées. La structure est accessible aux personnes à mobilité réduite, néanmoins l'architecture rend leurs déplacements dans les couloirs et entre les étages difficiles. L'accès aux personnes porteuses de handicaps sensoriels n'est pas organisé. La gouvernance incite au travail en équipe. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est assurée et permet la tenue des réunions quotidiennes et des staffs réguliers dans tous les services. Néanmoins, elle n'a pas mis en place d'outil pour favoriser le travail en équipe. Les compétences individuelles sont développées en lien avec les pathologies prises en charge, avec des formations, des diplômes universitaires (plaies et cicatrisation, soins palliatifs...) et des promotions professionnelles. Ces formations ont permis de nommer des référents avec des missions définies (par exemple douleur ou soins palliatifs). Le programme de formation est construit pour développer les compétences requises par les patients pris en charge et il est suivi. La gouvernance met en place des actions pour améliorer la Qualité de Vie au Travail (QVT), telles que l'accès à un psychologue du travail au besoin et la gestion des difficultés interpersonnelles. L'établissement apporte des réponses aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières est organisée dans le cadre du GHT et les actions menées pendant la crise sanitaire ont été évaluées mais le plan blanc interne n'a pas été actualisé depuis 2018. La démarche de développement durable est engagée par la gouvernance, il reste à établir un diagnostic et à désigner un référent. Le risque numérique est connu par tous les professionnels rencontrés de jour comme de nuit. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Un numéro d'appel unique alerte un médecin. Le pilotage du parc de matériel d'urgence et de ses dotations est assuré. La formation régulière est assurée pour tous les personnels et un exercice a été réalisé. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il assure la diffusion des recommandations de bonne pratique, il prend en compte les résultats des indicateurs et des analyses des EI. Toutefois, il n'a pas structuré la prise en compte de l'expérience patient.

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	020000048	CENTRE HOSPITALIER GERONTOLOGIQUE	2 avenue dupuis 02800 La Fere FRANCE
Établissement principal	020000097	CENTRE HOSPITALIER DE LA FERRE	2 avenue dupuis 02800 La Fere FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	38
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	8
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	38
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	8
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	31
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	Transport intra-hospitalier des patients		/
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
5	Audit système	Représentants des usagers		
6	Audit système	QVT & Travail en équipe		
7	Audit système	Leadership		
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque
9	Audit système	Dynamique d'amélioration		
10	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
11	Audit système	Engagement patient		

12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Maitrise des risques		
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
19	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
		Gestion des évènements indésirables		

20	Traceur ciblé	graves		/
21	Audit système	Coordination territoriale		
22	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		

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

