



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
DE HAM**

56 rue de verdun

Bp 78

80400 Ham



Validé par la HAS en Septembre 2022

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – 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 HAM	
Adresse	56 rue de verdun Bp 78 80400 Ham FRANCE
Département / Région	Somme / 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	800000077	CENTRE HOSPITALIER DE HAM	56 r de verdun 80400 Ham FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

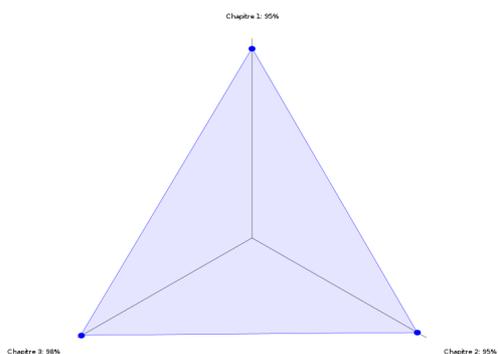
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

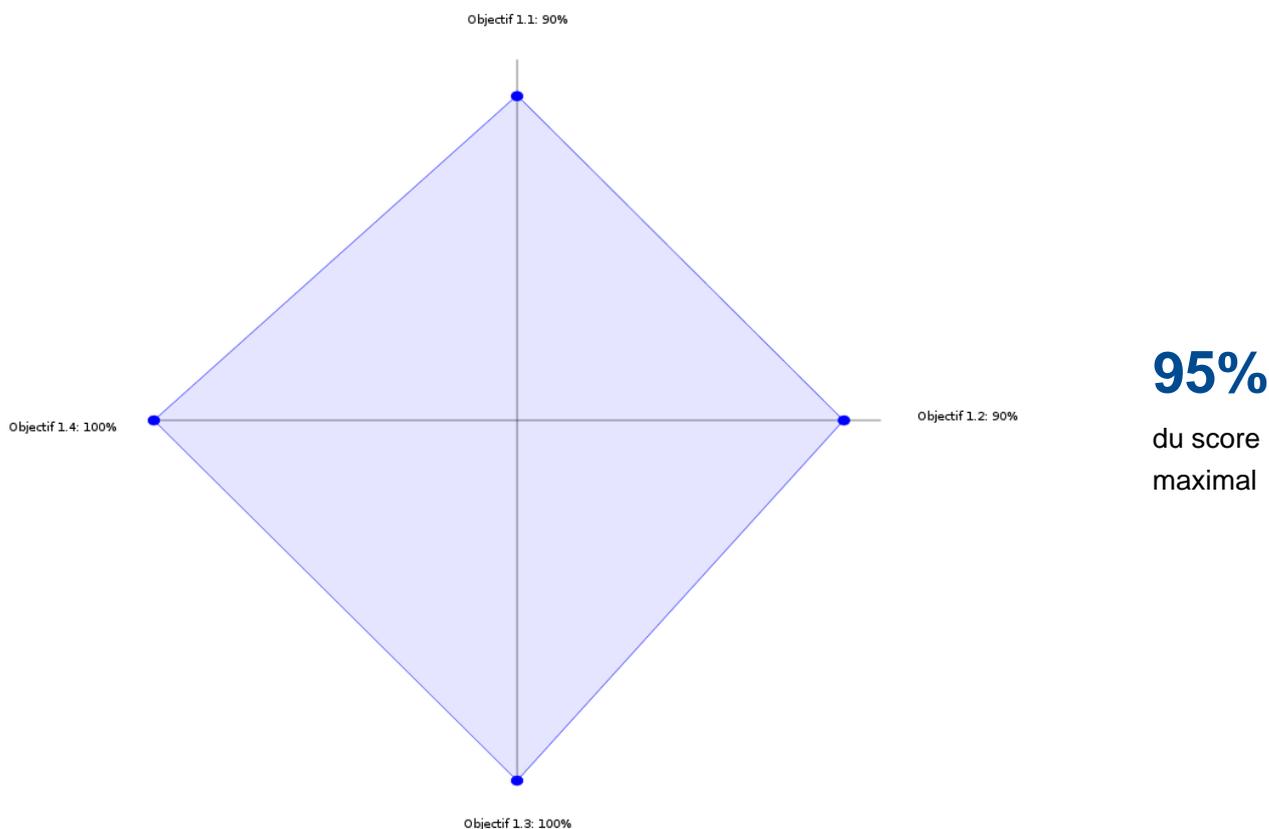
Au regard du profil de l'établissement, [102](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

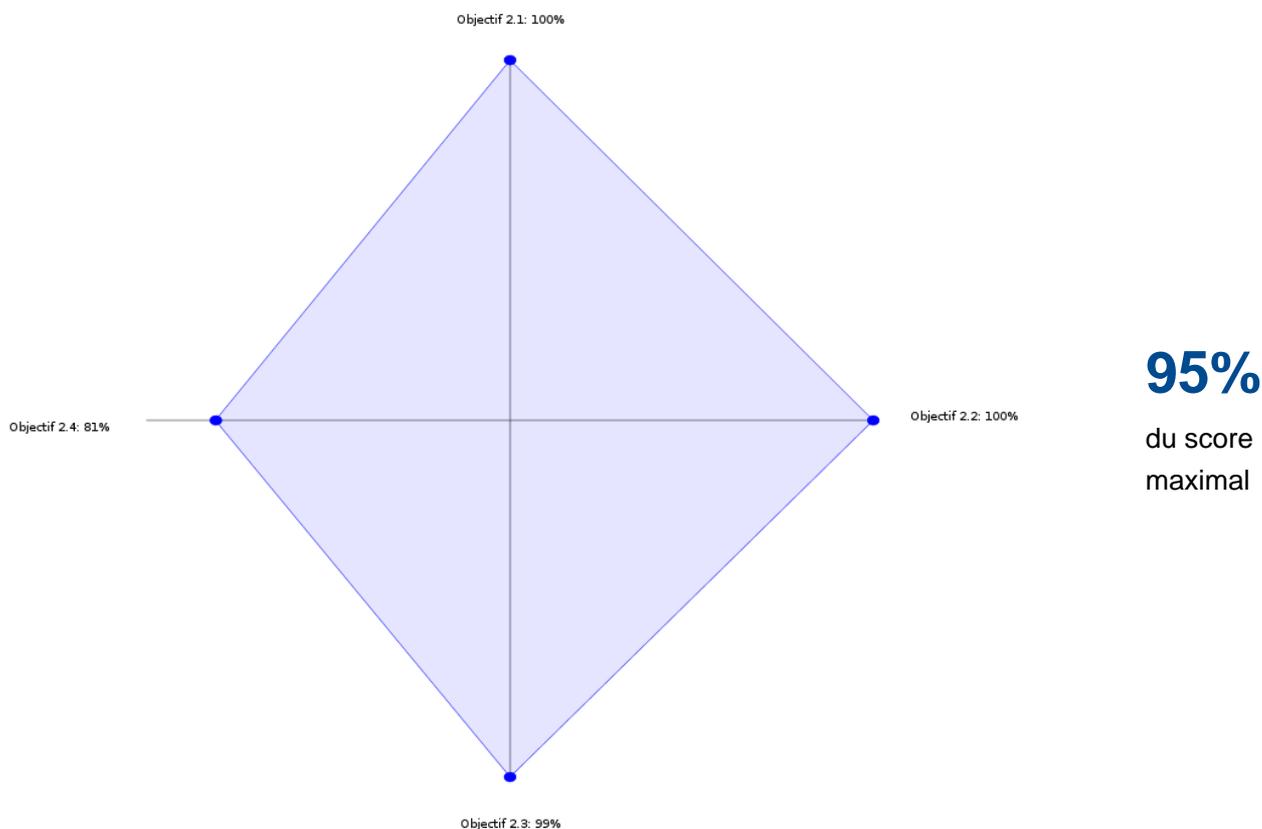


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	90%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé et son implication est recherchée dans la majorité des situations. De nombreuses informations sont mises à sa disposition grâce à des affichages retrouvés dans les services, sur le site internet de l'établissement, et grâce à la complétude du livret d'accueil. Le patient est informé sur la désignation de la personne de confiance, sur les différentes chartes (patient hospitalisé, bienveillance...). Des informations en santé publique sont disponibles. Toutefois, le seul affichage est insuffisant et ne permet pas au patient d'obtenir des renseignements adaptés sur ses droits comme les missions et contacts des représentants des usagers, la possibilité d'écrire ses directives anticipées, les modalités de déclaration des événements indésirables et des plaintes et réclamations. Dans la grande majorité des secteurs, le patient est respecté. Les locaux de l'USLD, du SSR, des consultations et les lits de sevrage complexe sont clairs et spacieux et permettent le respect de

l'intimité et de la confidentialité. Toutefois, les locaux du service de Médecine qui accueille les patients polyopathologiques et les sevrages simples sont vétustes et exigus. L'absence de salles de bains et de toilettes dans les chambres rendent difficile le respect de l'intimité et de la dignité. L'exiguïté des chambres rend difficile le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Le manque de place ne permet pas l'utilisation de déambulateurs et ou de fauteuils roulants. Les professionnels ont pleinement conscience de ces difficultés et mettent en œuvre des pratiques adaptées (paravents dans les chambres à 2 lits, accompagnement dans la salle de bain du service, toilettes au lit, accompagnement à la marche...). En addictologie, pour les 8 lits de sevrage complexe, il n'y a pas de rideaux de séparation dans les chambres doubles. Toutefois, les chambres sont spacieuses. Les patients sont autonomes et ne sont pas dans leur chambre la journée mais en atelier. De plus, il n'y a pas de soins de nursing réalisés pour ces patients. Chaque chambre est équipée d'un cabinet de toilette avec porte qui ferme à clef et qui permet de préserver l'intimité. Pour permettre la confidentialité, le patient (qu'il soit en chambre seule ou double) est rencontré en consultation individuelle dans le bureau du médecin. En secteur d'Hospitalisation A Domicile, le patient sait qui contacter à tout moment, 24h/24 et 7jours/7. Lors de la prise en charge d'enfants, les équipes rencontrent en amont les professionnels de pédiatrie et visitent le domicile de l'enfant afin de préparer et d'adapter son environnement. En addictologie, le patient est impliqué et valorisé : réunions, entretiens familles, informations sur le parcours, signature de contrat de soins, autonomie favorisée (lavage du linge, réfection des lits, participation à des tâches ménagères...) Le recours à la contention mécanique ne relève pas de façon systématique d'une décision médicale. Les contentions réalisées sur prescriptions médicales sont tracées et réévaluées au quotidien. Mais, la contention mécanique à la demande du patient, notamment l'utilisation des barrières de lit, n'est pas tracée en HAD et en USLD. La prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la douleur est organisée et effective. Les professionnels sont formés et impliqués. Le patient, à son entrée, reçoit un contrat d'engagement de lutte contre la douleur l'informant des modalités mises en place dans l'établissement pour prévenir et soulager celle-ci (protocoles, comité de lutte contre la douleur, formation des professionnels, référents douleur, partages d'expérience...). Toutefois, la traçabilité de la réévaluation n'est pas retrouvée dans l'ensemble des Dossiers des patients d'USLD et de SSR. Des soins de support diversifiés permettent de répondre aux besoins du patient dans le cadre de son autonomie, de la gestion de la douleur, et du maintien du lien social. Sont mis en place selon les souhaits des patients l'hypnose, le toucher/massage, les massages pierres chaudes, des soins esthétiques, de la musicothérapie, des activités physiques...Des animations et des activités thérapeutiques, auxquelles participent des bénévoles, sont mises en place quotidiennement en USLD, SSR et addictologie.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

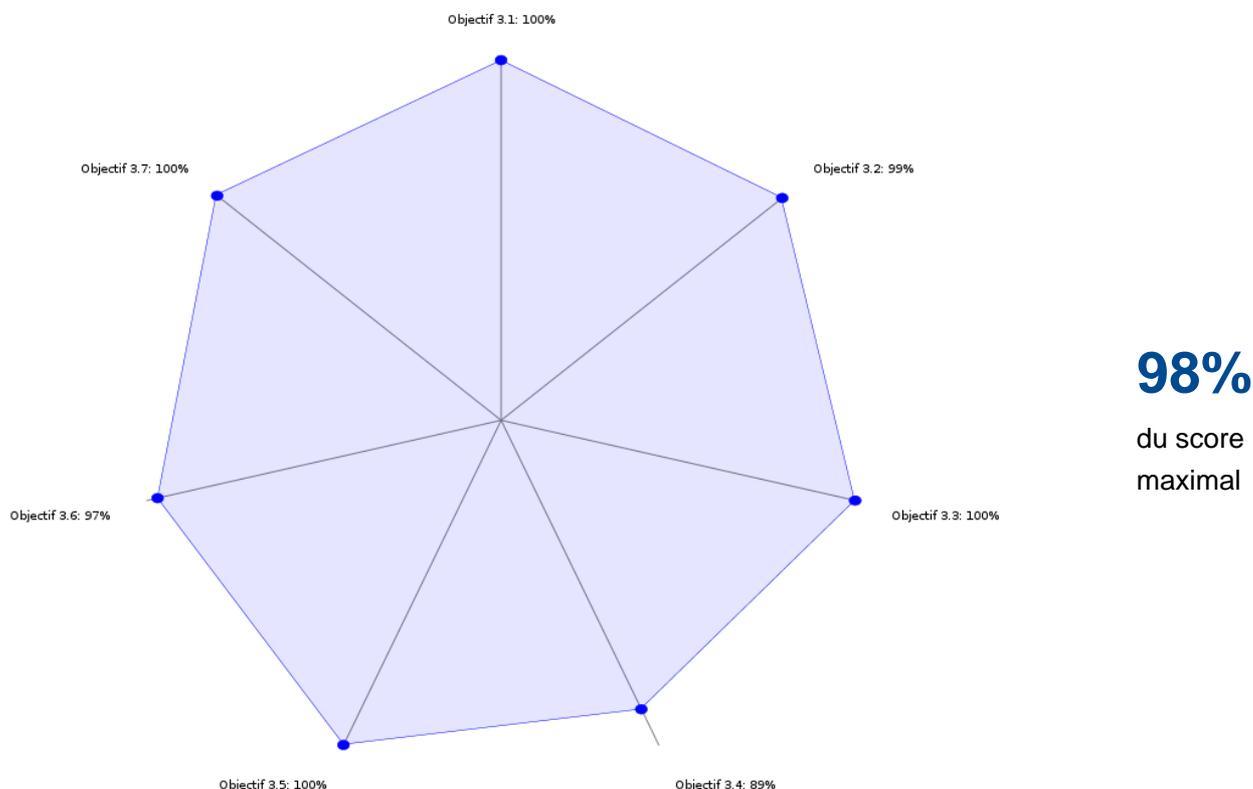


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	81%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe. Les admissions en SSR et HAD sont argumentées et réévaluées. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des antibiotiques : référent antibiotique, prescriptions adaptées aux recommandations, transport sécurisé, liste d'antibiotiques à dispensation motivée, réévaluation à la 24ème et 72ème heure avec transmissions au médecin de garde, audit de conformité ... En cas de besoin, une collaboration à distance est en place avec les infectiologues du CH de saint Quentin et du CHU d'Amiens. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires sont organisées en SSR et permettent de réévaluer le projet individuel du patient. En addictologie, les réunions

pluridisciplinaires sont tracées une fois par mois. Elles permettent une continuité des soins internes externes. Une coordination et revue des situations complexes est organisée de façon hebdomadaire entre le Directeur de soins, les Cadres de Santé, les Infirmières de coordination et les Assistantes sociales des différentes unités pour fluidifier les parcours des patients pris en charge. Les équipes peuvent si besoin faire appel à des équipes de recours ou d'expertise (Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CH de St Quentin, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, Equipe Opérationnelle d'Hygiène de St Quentin, médecins spécialistes, ...). Des consultations avancées sont mises en place. La conciliation médicamenteuse est initiée en médecine pour certains patients, lors de leur entrée en hospitalisation. Le dossier du patient est complet et accessible dans tous les secteurs de l'établissement. En HAD, un dossier informatisé est consultable par l'ensemble des professionnels. Celui-ci est complété par un dossier au domicile du patient. En addictologie, le dossier est accessible aux professionnels de la filière prenant en charge le patient. Lors de sa sortie, une lettre de liaison est remise au patient et adressée au médecin traitant. Les équipes maîtrisent majoritairement les risques liés à leurs pratiques. L'identitovigilance est organisée et respectée. Les équipes connaissent les médicaments à risques, leur identification est connue et respectée. Le circuit du médicament est formalisé dans tous les secteurs de l'établissement. Les précautions adéquates standard et complémentaires ainsi que les bonnes pratiques d'hygiène des mains, sont connues et maîtrisées sur l'ensemble de l'établissement. Le risque infectieux lié au traitement et stockage des endoscopes est partiellement maîtrisé. En 2021, 4 endoscopies ont été pratiquées, 11 depuis Janvier 2022. L'organisation du service est structurée : circuit propre/sale, marche en avant, procédures formalisées et évaluées (désinfection des endoscopes, séquestration, pannes, check-list, ouverture et fermeture de salle...), cahier de vie des endoscopes, professionnels présents formés et habilités à la prise en charge des endoscopies. Cependant, le consentement éclairé du patient n'est pas retrouvé dans l'ensemble des dossiers (confirmé par audit interne). De plus, le compte rendu d'examen n'identifie pas l'endoscope utilisé. La traçabilité est toutefois retrouvée dans le cahier de vie de l'endoscope. Les conditions de transport intra hospitalier sont maîtrisées. Une attention est portée à la sécurité, à l'intimité et au confort des patients. L'équipement est adapté. La professionnelle en charge du transport est formée à la manutention, et au port de charges et postures. Les équipes évaluent en grande partie leurs pratiques. Elles sont impliquées dans les différentes démarches d'analyse, d'audit, de suivis d'indicateurs. Vu le peu de réponses des patients aux questionnaires de satisfaction, des actions sont mises en place au sein des services (référents, information des patients). Les équipes analysent les questionnaires de satisfaction et les événements indésirables. Elles réalisent des CREX. Des audits sont régulièrement mis en place notamment sur l'hygiène des mains, le linge, les protocoles d'antisepsie... Toutefois, l'expérience patient n'est pas initiée. Il n'existe pas de démarche formalisée d'analyse des résultats cliniques.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
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	100%

Le Centre Hospitalier de HAM présente un ancrage territorial. Il définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Différentes collaborations sont mises en œuvre avec les établissements sanitaires et médico sociaux et les professionnels de santé du territoire. L'établissement favorise l'engagement patient. Les représentants des usagers participent à la Commission des usagers. Les locaux sont en grande

majorité accessibles aux personnes vivant avec un handicap hormis le service de Médecine. L'accès aux soins des personnes vulnérables est facilité. Des assistantes sociales sont sollicitées pour le suivi des patients. L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire et veille à la bienveillance. Une Charte de bienveillance, à laquelle les représentants des usagers ont participé, a été réalisée par l'ensemble des professionnels et validée par Direction, le président de la CME et les représentants du CHSCT. Elle est affichée dans les différents services. La gouvernance de l'établissement fait preuve de leadership et fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Une culture qualité existe au sein du Centre Hospitalier. Les professionnels sont très impliqués dans celle-ci et notamment en tant que référents douleur, hygiène, soins palliatifs, circuit du médicament... Certains participent au relevé des IQSS. Ils réalisent des fiches d'événements indésirables, participent aux CREX. Le développement des compétences professionnelles est favorisé. Les professionnels bénéficient de formations obligatoires (AFGSU), de formation de soutien au travail d'équipe comme le développement de leurs missions de référents pour lesquelles des fiches de missions ont été réalisées, de formations de développement personnel (DU soins Palliatifs, DU addictologie, management...), de formation diplômantes (IDE, DEAS). Cependant, des programmes intégrés d'acquisition et de maintien de compétences, notamment les programmes d'accréditation en équipe ne sont pas proposés. Dans le cadre de la Qualité de vie au travail sont mis en œuvre des espaces de discussion (cafés éthiques), un plan de prévention de l'absentéisme, un plan d'égalité Homme/ femme (signé en 2022), le développement des compétences professionnelles. Cependant, le document unique n'est pas actualisé. L'établissement dispose en grande partie d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auquel il est confronté. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Le plan de sécurisation qui structure la sécurité et la sûreté est adapté aux enjeux de l'établissement et à ses ressources. Les risques environnementaux et enjeux de développement durable sont en grande partie maîtrisés. L'établissement a réalisé un diagnostic initial de développement durable et désigné un référent développement durable. Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux. Cependant, lors de notre passage en service de médecine, un local des déchets n'était pas sécurisé. L'établissement a fait preuve de réactivité et a sécurisé ce local pendant la visite. La prise en charge des urgences vitales n'est pas totalement maîtrisée au sein de l'établissement. Les chariots d'urgence sont organisés et accessibles, les suivis sont tracés en grande majorité. Il existe un plan de formation aux gestes d'urgences et à l'utilisation des défibrillateurs. Mais, il n'existe pas de numéro dédié permettant l'appel direct à un médecin d'astreinte opérationnelle. La procédure, en place depuis le mois de Mai, est complexe et repose sur l'équipe paramédicale, qui doit simultanément rechercher un numéro, appeler le médecin et appeler en parallèle le SAMU. Le jour, le soignant doit se référer à une liste pour obtenir le numéro du médecin d'astreinte (qui change à chaque médecin). La nuit, le soignant doit appeler l'IDE de médecine qui communique le numéro d'appel. Du fait de sa mise en place récente, cette procédure n'a pu être évaluée. L'établissement développe une dynamique continue d'amélioration de la qualité des soins. Les indicateurs IQSS et les événements indésirables sont communiqués analysés et exploités au sein de l'établissement. Les usagers y contribuent au travers de la commission des usagers.

# 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	800000077	CENTRE HOSPITALIER DE HAM	56 r de verdun 80400 Ham FRANCE
Établissement principal	800000275	CENTRE HOSPITALIER DE HAM	56 rue de verdun Bp 78 80400 Ham FRANCE
Établissement géographique	800015588	HOSPITALISATION A DOMICILE CH HAM	56 route de verdun 80400 Ham FRANCE
Établissement géographique	800009235	CENTRE HOSPITALIER DE HAM-SLD	56 rte de verdun 80400 Ham 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	29
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	5
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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	32
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
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	10

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
2	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopies
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Engagement patient		
	Audit			

9	système	Dynamique d'amélioration		
10	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
11	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
12	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
13	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
14	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
15	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament HAD
	Traceur	Circuit du médicament et des		Médicament à risque

18	ciblé	produits de santé		injectable ou per os
19	Parcours traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires en HAD
21	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
23	Audit système	Maitrise des risques		
24	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine	

			Programmé	
25	Audit système	QVT & Travail en équipe		
26	Audit système	Leadership		
27	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
28	Audit système	Représentants des usagers		
29	Audit système	Coordination territoriale		

---

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

---

