



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE DE  
REEDUCATION ET DE  
READAPTATION  
FUNCTIONNELLE  
JACQUES FICHEUX**

Route de saint nicolas  
02410 Saint-Gobain



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 2022

# Sommaire

---

|   |    |
|---|----|
| Préambule   | 4  |
| Décision  | 7  |
| Présentation  | 8  |
| Champs d'applicabilité  | 9  |
| Chapitre 1 : Le patient   | 10 |
| Chapitre 2 : Les équipes de soins   | 12 |
| Chapitre 3 : L'établissement  | 14 |
| Table des Annexes   | 16 |
| Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche | 17 |
| Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022    | 18 |
| Annexe 3. Programme de visite   | 22 |

# 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 sous conditions de l'établissement.

# Présentation

| CENTRE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE JACQUES FICHEUX |   |
|--|---|
| Adresse  | Route de saint nicolas<br>02410 Saint-Gobain 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 | 020003620 | CENTRE DE REEDUCATION<br>ET DE READAPTATION<br>FONCTIONNELLE JACQUES<br>FICHEUX | Route de saint nicolas<br>02410 Saint Gobain 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 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 suite et réadaptation    |
| Tout l'établissement              |

Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) Jacques Ficheux est un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR). Il est spécialisé dans la prise en charge des troubles du système nerveux, de l'appareil ostéo-articulaire et du système endocrinien et nutritionnel. Il prend en charge des patients adultes et âgés. Il est intégré au GHT Aisne Nord-Haute Somme, dont Saint Quentin est l'établissement support. Il comporte 200 lits et places autorisés en SSR en hospitalisation complète, de jour (HDJ) et de semaine. La capacité est actuellement réduite d'une trentaine de lits par manque de certains professionnels. Le patient est informé sur sa prise en charge par les professionnels. Ceux-ci s'attachent à recueillir son consentement éclairé, y compris pour les sujets vulnérables, le cas échéant avec l'aide des proches, et ils utilisent des moyens de communication adaptés. Toutefois, les patients pris en charge en hospitalisation à temps partiel ne disposent pas de document spécifique qui leur explique les événements indésirables possibles et la conduite à tenir en cas de survenue, lorsqu'ils sont en dehors de l'établissement. L'implication du patient dans son projet est recherchée par tous les professionnels et l'éducation thérapeutique est formalisée dans le secteur d'École du dos. Les équipes enregistrent la personne de confiance dans le dossier du patient et recherchent la présence de directives anticipées. Les patients sont sollicités pour renseigner les questionnaires de satisfaction. La formalisation de questionnaires spécifiques est en cours, par exemple pour les prises en charge en École du dos ou en soins de suite nutritionnels. Bien que les informations soient accessibles dans le livret d'accueil remis à chaque patient, les patients n'ont en revanche pas connaissance des modalités pour 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 malgré une architecture vétuste avec une majorité de chambres doubles : un rideau de confidentialité est toujours installé. Le respect est assuré grâce à l'attitude de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, soignants comme de rééducation. En revanche, la confidentialité n'est pas respectée dans l'ensemble de l'établissement. Les noms des patients, ainsi que certaines informations les concernant sont affichés dans leurs chambres (date de naissance ou modalités de prise en charge). Pendant la visite des experts-visiteurs, l'établissement a pris conscience du risque et immédiatement modifié les pratiques. De plus, certains professionnels utilisent des documents de suivi contenant des données médicales, en format papier, qui ne sont pas tous conservés dans des endroits sécurisés. A tous les étages, des patients bénéficient de contention pour raison médicale ou à leur demande. Toutefois, les prescriptions ne sont pas toujours faites. Quand on les trouve dans les dossiers, elles ne précisent pas le type, la cause, ni les modalités de contention. La surveillance n'est pas régulièrement tracée dans le dossier informatisé. Enfin, la réévaluation n'est pas tracée. Au cours des soins, en particulier d'aide à la vie quotidienne, les professionnels sont attentifs à préserver et à renforcer toute l'autonomie des patients. Les ergothérapeutes mettent à disposition des aides techniques adaptées à chaque patient, qu'ils adaptent au besoin, en coordination étroite avec les soignants. Les patients bénéficient d'une évaluation et de soins visant à anticiper et à soulager rapidement la douleur. Les outils et échelles d'évaluation utilisés, connus de tous les professionnels rencontrés, sont adaptés aux patients. Le traitement des patients douloureux est assuré par des moyens médicamenteux et non médicamenteux. Les conditions de vie habituelles et de lien social du patient sont prises en compte dès l'entrée et tout au long du séjour, pour fluidifier son parcours. Les assistantes sociales prennent en charge les patients, assurent des visites à domicile, avec les ergothérapeutes du secteur de réadaptation. Elles formalisent ensemble chaque semaine un point d'étape. De plus une professionnelle, chargée de l'insertion professionnelle, participe à ces rencontres. Les proches et les aidants, avec l'accord du patient autant que possible, sont intégrés au projet de soins. Les représentants des usagers sont impliqués dans l'établissement et participent aux instances. Un

projet des usagers a été rédigé récemment. Ceux-ci sont intégrés à plusieurs comités (lutte contre la douleur et alimentation – nutrition). Leurs coordonnées et les modalités de contact sont affichées à tous les étages et sont intégrées dans le livret d'accueil. Toutefois, les patients rencontrés et leurs proches ne les connaissent pas.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les professionnels des unités de soins du CRRF Jacques Ficheux travaillent en équipe. Une coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire est organisée pour prévoir et suivre l'évolution des patients. Des transmissions entre professionnels sont régulières mais la traçabilité n'est pas toujours assurée. Depuis le mois de juin, une nouvelle organisation a formalisé une réunion dite RCP (réunion de concertation pluriprofessionnelle) dans les 15 premiers jours du séjour de chaque patient. Les conclusions sont tracées dans le dossier. De plus, depuis de nombreuses années, des réunions sont organisées entre les assistantes sociales et les ergothérapeutes, et les actions décidées sont tracées dans le dossier du patient. Le transport intra-hospitalier est assuré par des professionnels formés et la coordination avec les équipes soignantes et de rééducation est assurée dans le dossier patient informatisé. Néanmoins, le suivi pluriprofessionnel de l'ensemble de l'équipe, n'est pas toujours tracé dans le dossier. Le rythme des RCP ou d'autres réunions de suite n'est pas programmé ni formalisé. Pour les patients dont l'admission est antérieure à la date de mise en place des RCP, les experts-visiteurs n'ont pas retrouvé de trace de formalisation de l'évaluation pluriprofessionnelle dans les dossiers. Une démarche palliative est assurée. Les besoins sont rares du fait de la spécialisation de l'établissement. La coordination est favorisée par le recours au besoin d'une équipe mobile de soins palliatifs extérieure. Les patients peuvent bénéficier d'un recours à d'autres expertises en cas de besoin, grâce aux équipes mobiles auxquelles l'établissement peut faire appel (telles que douleur, psychiatrie, ou addictologie). L'accès à la télémédecine n'a pas encore été déployé. Toutefois, la télé imagerie est mise en place : un manipulateur radio réalise sur place les clichés qui sont interprétés à distance. L'accès rapide au dossier du patient, totalement informatisé, est maîtrisé par tous les professionnels. Une lettre de liaison, comportant toutes les informations utiles, est adressée le jour de la sortie aux médecins référents du patient (médecin traitant et médecins spécialistes). L'établissement réalise une évaluation du délai d'envoi. Le recours à l'hospitalisation à domicile est exceptionnellement envisagé, il est tracé dans le dossier. Néanmoins, quelques éléments ne sont pas intégrés dans le dossier patient après sa sortie. Plusieurs professionnels utilisent des supports papier pendant le séjour pour suivre leur prise en charge (professeurs en activité physique adaptée, agents affectés au transport intra-hospitalier ou assistantes sociales) et les conservent après la sortie, en dehors du dossier patient. 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. Tous les patients portent un bracelet d'identification, sauf en HDJ. L'insertion d'une photographie du patient dans le dossier, avec son accord, représente un élément de sécurité supplémentaire. La mise en application des vigilances sanitaires est suivie. Les précautions adéquates pour éviter le risque infectieux sont connues et appliquées par tous les professionnels, aucun professionnel ne porte de bijou. Toutefois, les procédures concernant les dispositifs invasifs (sonde urinaire ou cathéter veineux) n'ont pas été actualisées depuis plus de 10 ans et ne sont pas connues par tous les professionnels, ce qui nuit à l'application et à l'harmonisation des bonnes pratiques. Le circuit du médicament est sécurisé, de la prescription médicale informatisée, à la dispensation, à l'approvisionnement et au stockage, avec le respect d'une attention particulière pour les médicaments à risque. Une nouvelle organisation a été mise en place en juin et, malgré les changements, l'ensemble des équipes maîtrise les risques. L'antibiothérapie est contrôlée : prescription argumentée avec échange entre médecin et pharmacien, elle est réévaluée entre la 48<sup>e</sup> et la 72<sup>e</sup> heure. L'analyse pharmaceutique est réalisée. La démarche d'évaluation des pratiques, basée sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables (EI) est appropriée par les professionnels. L'analyse de tous les EI est réalisée de façon collective. A l'issue des analyses, les plans d'amélioration sont élaborés. Les usagers sont informés des EI en Commission des Usagers. La pertinence de l'admission en SSR est évaluée dans le cadre

de la commission d'admission pluriprofessionnelle, mais la pertinence de la poursuite du séjour n'est pas tracée. Les dates de sortie sont évoquées mais le suivi n'est pas formalisé en l'absence de RCP régulières. L'établissement n'a pas organisé le suivi des résultats cliniques. La satisfaction des usagers est suivie et analysée de façon régulière. Le taux de retour des questionnaires de satisfaction est élevé (environ 70%). Néanmoins, l'analyse de l'expérience patient n'est pas réalisée. Le suivi vaccinal des professionnels est assuré : l'établissement développe la promotion des vaccinations et travaille au lever des freins.

## Chapitre 3 : L'établissement

Le CRRF Jacques Ficheux structure son offre de soins en cohérence avec les projets du territoire, et s'intègre dans l'offre du GHT. Il assure également un rôle de recours pour certains patients pris en charge dans des services très spécialisés, tels que les patients amputés. L'établissement implique autant que possible les acteurs de la médecine de ville en recherchant les collaborations avec l'offre de proximité. Toutefois, il n'y a pas encore de formalisation de sa participation à la limitation des passages aux urgences des sujets âgés. La gouvernance intègre la qualité et la sécurité des soins dans son management. Elle a mis en place une organisation pour le suivi de la politique qualité. Il existe un programme d'actions d'amélioration (PAQSS). Toutefois, celui-ci n'est pas connu de certains professionnels et il n'intègre pas de contributions des usagers. Des professionnels ont pu participer à des actions qualité, telles que la journée hygiène des mains ou la chambre des erreurs. Mais, certains ont déclaré, lors des rencontres avec les experts-visiteurs, ne pas être informés des actions et ne pas connaître les modalités de participation au programme qualité. L'hétérogénéité des niveaux de connaissance des professionnels est source de risque pour les patients. Certains professionnels peuvent dispenser des soins non conformes aux bonnes pratiques et les modalités de prise en charge peuvent être différentes. Par ailleurs, l'établissement n'a pas évalué le niveau de culture qualité-sécurité des soins de ses professionnels. L'engagement des patients individuellement et collectivement est favorisé. La mobilisation de l'expertise patient est engagée et mise en place dans des séances en groupe, pour les blessés médullaires, les patients pris en charge en École du dos et en soins de suite nutritionnels. 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 écoute attentive. La lutte contre la maltraitance est formalisée. Néanmoins certains professionnels ne sont pas sensibilisés à la maltraitance ordinaire. La structure est aisément accessible aux personnes à mobilité réduite. Toutefois, l'accès pour les 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. Néanmoins, la gouvernance n'a pas mis en place d'outil spécifique pour favoriser le travail en équipe telle que l'accréditation en équipe. Les compétences individuelles sont développées en lien avec les pathologies prises en charge. Des formations sont programmées et suivies et l'établissement a nommé des référents. L'adéquation des compétences et des ressources avec les missions est recherchée et suivie par l'encadrement. La gouvernance met en place des actions pour améliorer la Qualité de Vie au Travail (QVT). La gestion des conflits au travail est organisée. La réponse à certaines demandes des professionnels a fait l'objet d'un accord récent. La politique QVT n'est pas formalisée. L'établissement apporte des réponses aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières est organisée et la crise sanitaire a permis à l'établissement de valider le fonctionnement de son plan, bien qu'il n'ait pas organisé d'exercice. La démarche de développement durable est engagée par la gouvernance. Des actions sont en place, tel le tri des déchets, et le référent développement durable a été nommé au cours de la visite des experts. Le risque numérique est connu et maîtrisé par tous les professionnels rencontrés. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Le numéro d'appel unique est connu de tous les professionnels rencontrés. Le pilotage du parc de matériel d'urgence et de ses dotations est assuré. La formation régulière et le suivi des formations sont structurés. Actuellement, il n'existe pas de promotion de la recherche clinique dans l'établissement, et l'établissement ne met pas en place d'analyse des prises en charge ni à visée de recherche clinique ni pour l'étude de la pertinence des parcours et de prises en charge. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il prend en compte et diffuse les résultats des indicateurs et des analyses des EI. Toutefois, il n'a pas encore structuré la prise en compte de l'expérience patient. En conclusion, la Commission de certification attire particulièrement l'attention

de l'établissement sur la nécessité de renforcer la maîtrise des risques liés à la contention, la régularité des évaluations et réévaluations de la pertinence des séjours, l'harmonisation des pratiques d'utilisation des dispositifs médicaux invasifs, la prise en compte de l'expérience patient, l'analyse des résultats cliniques et la culture qualité et sécurité des soins des professionnels pour une meilleure appropriation de la démarche qualité comme cela avait déjà été souligné en V2014. A l'appui de ces éléments et de la globalité des résultats, la Commission de certification prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera organisée pour réexaminer le niveau de qualité de l'établissement.

# 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 | 020003620 | CENTRE DE REEDUCATION<br>ET DE READAPTATION<br>FONCTIONNELLE JACQUES<br>FICHEUX       | Route de saint nicolas<br>02410 Saint Gobain FRANCE |
| Établissement principal | 020000915 | CENTRE DE REEDUCATION<br>ET DE READAPTATION<br>FONCTIONNELLE JACQUES<br>FICHEUX - SSR | Route de saint nicolas<br>02410 Saint-Gobain 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  | 0 |
| 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               | 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                         | 184 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR                     | 16  |
| 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       |  | vers plateau technique et/ ou piscine                                |
| 2  | Audit système    | Représentants des usagers                      |  |  |
| 3  | Traceur ciblé    | Circuit du médicament et des produits de santé |  | médicament à risque injectable de la prescription à l'administration |
| 4  | Audit système    | Leadership                                     |  |  |
| 5  | Audit système    | QVT & Travail en équipe                        |  |  |
| 6  | Traceur ciblé    | Prévention des infections associées aux soins  |  | précautions standards avec ou sans dispositif invasif                |
| 7  | Patient traceur  |  | Tout l'établissement<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Soins de suite et réadaptation<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |  |
| 8  | Patient traceur  |  | Tout l'établissement<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Soins de suite et réadaptation<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |  |
| 9  | Audit système    | Entretien Professionnel                        |  |  |
|    | Parcours traceur |  | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient atteint d'un cancer<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap                              |  |

|    |                  |   |   |   |
|----|------------------|---|---|---|
| 10 |                  |   | Patient en situation de précarité<br>Maladie chronique<br>Soins de suite et réadaptation<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé   |   |
| 11 | Audit système    | Entretien Professionnel                       |   |   |
| 12 | Audit système    | Entretien Professionnel                       |   |   |
| 13 | Parcours traceur |   | Tout l'établissement<br>Patient atteint d'un cancer<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Patient en situation de précarité<br>Maladie chronique<br>Soins de suite et réadaptation<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |   |
| 14 | Traceur ciblé    | Prévention des infections associées aux soins |   | précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif |
| 15 | Patient traceur  |   | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient en situation de handicap<br>Soins de suite et réadaptation<br>Adulte<br>Programmé  |   |
| 16 | Patient traceur  |   | Tout l'établissement<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Soins de suite et réadaptation<br>Hospitalisation complète   |   |

|    |                 |  |   |  |
|----|-----------------|--|---|--|
|    |                 |  | Programmé   |  |
| 17 | Audit système   | Coordination territoriale                      |   |  |
| 18 | Patient traceur |  | Tout l'établissement<br>Patient en situation de handicap<br>Soins de suite et réadaptation<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |  |
| 19 | Traceur ciblé   | Circuit du médicament et des produits de santé |   | antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration |
| 20 | Traceur ciblé   | Circuit du médicament et des produits de santé |   | médicament à risque per os de la prescription à l'administration           |
| 21 | Traceur ciblé   | Gestion des évènements indésirables graves     |   | Gestion des EI   |
| 22 | Audit système   | Maitrise des risques                           |   |  |
| 23 | Patient traceur |  | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient en situation de handicap<br>Soins de suite et réadaptation<br>Adulte<br>Programmé              |  |
| 24 | Audit système   | Dynamique d'amélioration                       |   |  |
| 25 | Patient traceur |  | Tout l'établissement<br>Patient en situation de handicap<br>Soins de suite et réadaptation<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |  |
| 26 | Audit système   | Engagement patient                             |   |  |



|    |                  |                                       |  |    |
|----|------------------|---------------------------------------|--|----|
| 27 | Traceur ciblé    | Gestion des produits sanguins labiles |  | NA |
| 28 | Parcours traceur |                                       |  |    |

---

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

---

