HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE MIDI GASCOGNE

1487 avenue du languedoc
82500 Beaumont De Lomagne

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Haute Qualité des soins
Établissement certifié avec mention

Validé par la HAS en Novembre 2023

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

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Novembre 2023

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 11
Chapitre 2 : Les équipes de soins 13
Chapitre 3 : L'établissement 15
Table des Annexes 17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023 19
Annexe 3. Programme de visite 23

Préambule

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

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

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

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluéepar 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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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, siune 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

CENTRE DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE MIDI GASCOGNE	
Adresse	1487 avenue du languedoc 82500 Beaumont De Lomagne FRANCE
Département / Région	Tarn-et-Garonne / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	820000578	SARL MIDI GASCOGNE	1487 Avenue du Languedoc 82500 Beaumont De Lomagne FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

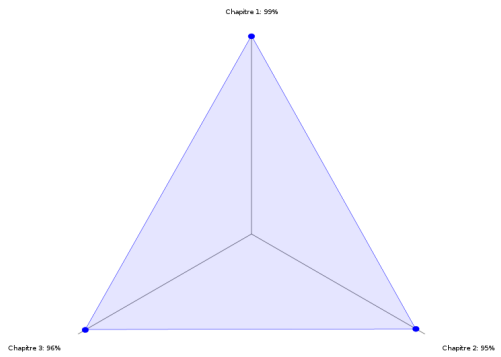
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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

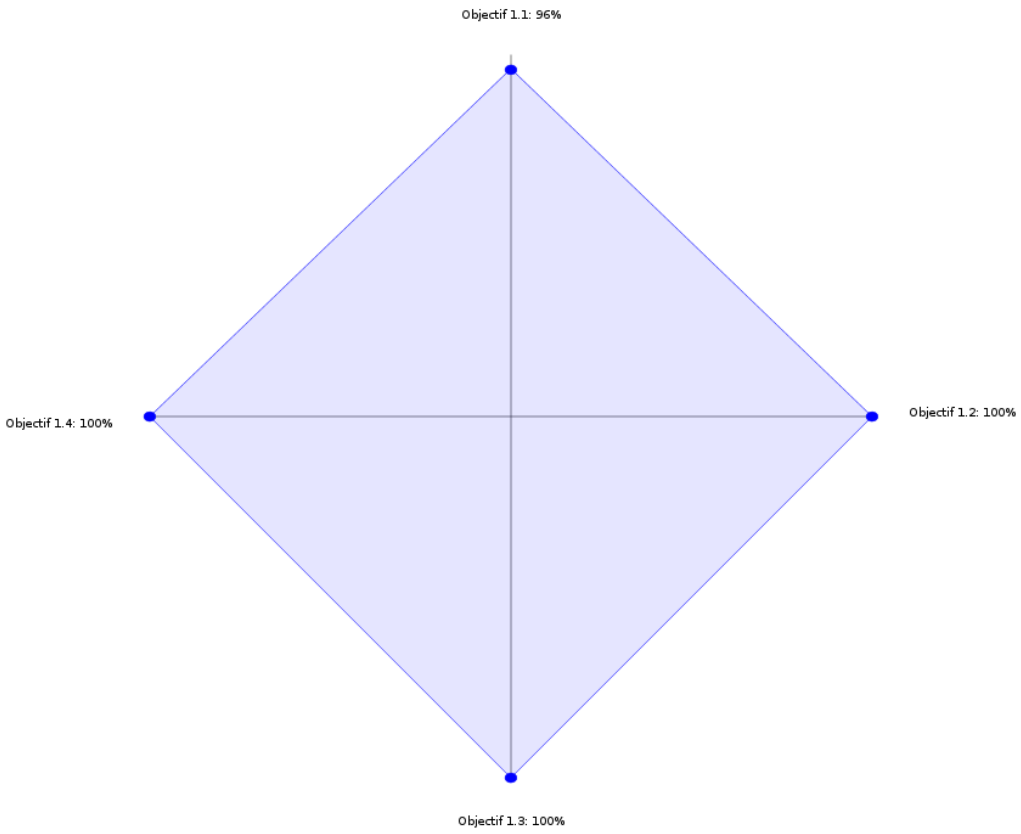
Au regard du profil de l'établissement,95 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



99%

du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	96%
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%

La clinique Midi Gascogne, au cœur d'un parc arboré, à flanc de coteau, à Beaumont de Lomagne est établissement de Soins médicaux et de Réadaptation (SMR) indépendant. L'établissement regroupe 90 salariés. La clinique accueille des adultes en hospitalisation complète (92 lits) et propose des séjours de rééducation cardiaque et de prévention de ces risques, et des prises en charge de patients atteints de surcharge pondérale, de diabète, ou d'hypertension. La clinique Midi Gascogne dispose d'un plateau technique avec de nombreux matériels de réentrainement à l'effort (vélo elliptique, tapis de marche, rameur, vélo à bras) et de salles adaptées à la réadaptation.

Dès son arrivée dans la clinique, Le patient est informé et son implication est recherchée. L'établissement promeut le recueil de l'expression du patient sous toutes ses formes, par exemple au travers de l'élaboration et

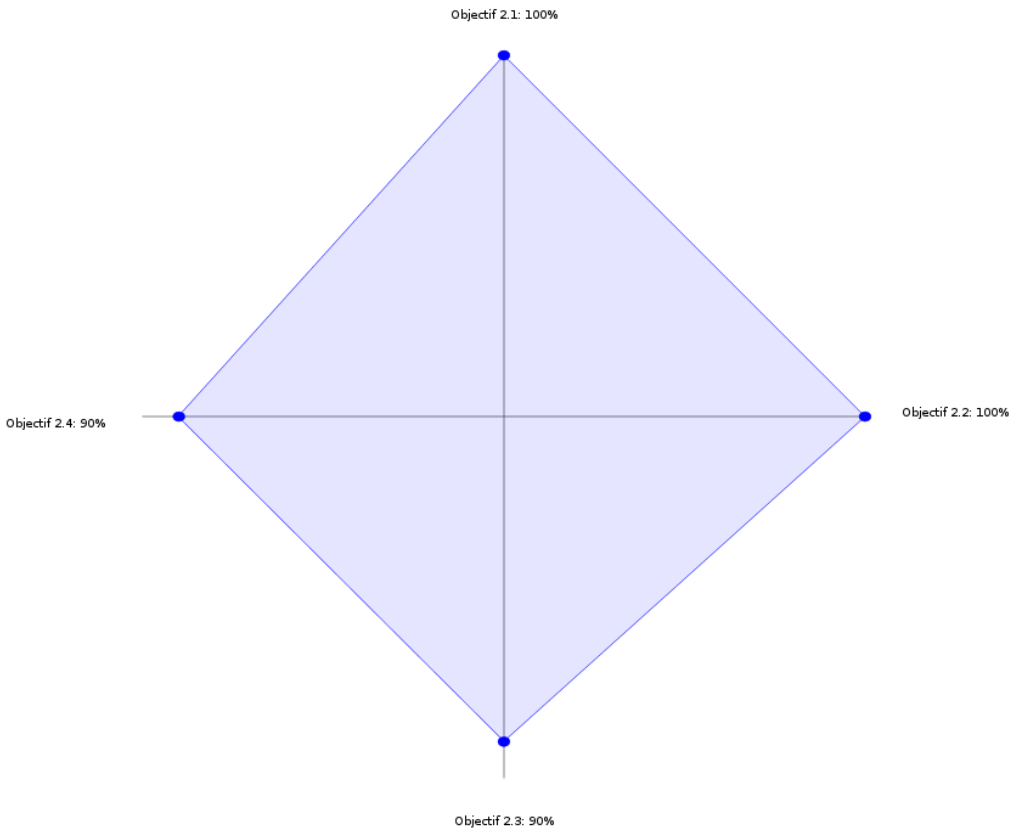
de la mise en œuvre de son projet thérapeutique personnalisé. Toutes les explications sont fournies par les équipes médicales et paramédicales concernant l'analyse bénéfices/risques. Le patient est acteur dans sa prise en charge à travers entre autres trois programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS : « diabète », « patient diabétique ou à risque de diabète en surcharge pondérale » et « accueil et prise en charge de patient porteur d'une insuffisance cardiaque ». D'autre programme d'hospitalisation plus classique intègre des ateliers sur l'observance des médicaments, le sevrage tabagique, … L'information relative à la désignation de la personne de confiance, et la possibilité de rédiger les directives anticipées sont systématiquement demandées dès l'arrivée du patient néanmoins les informations relatives aux déclaration EIAS et facteurs de risques de dépendance iatrogène ne sont pas connus par les patients rencontrés. Les représentants et les associations (notamment les anciens de Midi Gascogne) très actifs au sein de l'établissement sont bien identifiés par les patients rencontrés. Les supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et la prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) ne sont pas affichés ou à disposition sur le deuxième étage d'hospitalisation mais présent sur les autres étages. Un affichage vidéo sur le plateau de réhabilitation et dans la salle de restauration diffuse en continue de nombreuses informations (messages de santé publiques, résultats d'indicateurs, etc.).

L'établissement garantit le respect du patient et de ses droits tels qu'ils figurent dans la charte de la personne hospitalisée, affichée sur l'ensemble des étages, au deuxième jour de la visite. Les pratiques garantissent la dignité, l'intimité et la confidentialité. Le patient est traité avec égard et ne souffre pas de gestes, propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels toujours très disponibles et attentionnés pour lui. Tous les patients bénéficient de façon systématique de l'évaluation de la douleur. L'anticipation, le soulagement et la réévaluation de la douleur sont retrouvés dans le dossier patient informatisé.

La présence des proches est facilitée en dehors des visites lorsque la situation le justifie.

En présence de personnes vulnérables, les professionnels connaissent les ressources et dispositifs nécessaires à la prise en charge en interne ou externe à la structure. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement par une assistante sociale.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



95%

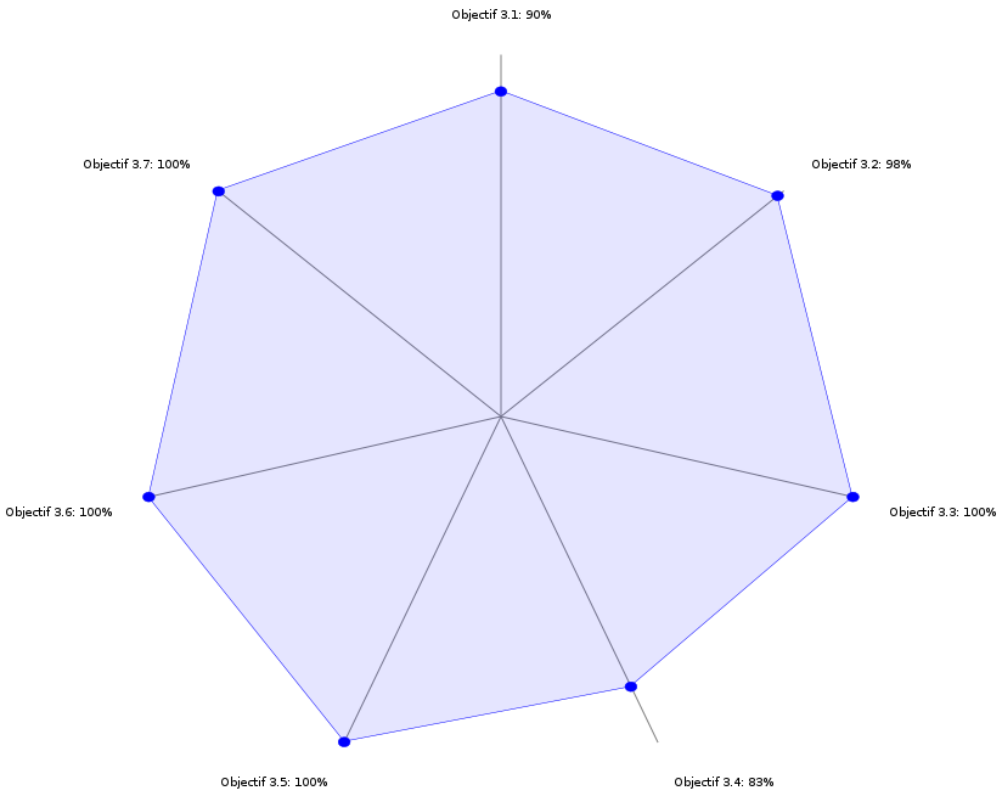
du score maximal

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	90%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	90%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et tracée dans un dossier de soins informatisé complet. La pertinence des prescriptions de traitement antibiotique est réévaluée systématiquement.
La coordination du projet de soin du patient, adapté et personnalisé est pluridisciplinaire et pluri professionnelle. La prise en charge est complète et intègre les rééducateurs (kinésithérapeute et professeur d'activité physique), le service social et tous les autres professionnels. Concernant les situations de handicap, l'évaluation est systématique, le maintien de l'autonomie est respecté. Les informations utiles à l'accueil du patient sont transmises en amont de l'admission par une secrétaire administrative, responsable des admissions. A l'arrivée dans la structure, le patient est accompagné à l'accueil puis rencontre, a minima, un(e)

IDE et un médecin. Un projet de soin adapté à ses besoins et ses préférences est élaboré pour chaque patient et intègre la famille cependant la traçabilité de l'ensemble des facteurs de risques de dépendance iatrogène n'est pas réalisée. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre sur l'établissement (24 en 2022). Il existe plusieurs ressources et compétences au sein de la structure. Des formations qualifiantes sont proposées (DU hygiène, douleur, plaie et cicatrisation, échographie cardiaque, IPA…). Des infirmières assurent des consultations individuelles pour les prises en charge des patients diabétiques ou douloureux. La sortie est organisée dès l'arrivée du patient : un livret de retour est remis pour le retour à domicile, des consultations de sortie sont programmées. La lettre de liaison est adressée au médecin traitant et est remise au patient à sa sortie (à J0).
La vérification de l'identité Nationale de Santé est réalisée, l'ensemble des éléments du dossier sont identifiés. La photo après accord du patient, est systématiquement intégrée dans le dossier patient informatisé.
La coordination avec les structures régionales et nationales des vigilances est effective les professionnels audités connaissent les noms et les responsabilités des vigilants de l'établissement.
Les médecins prescrivent les médicaments dans le dossier de soins informatisé. La dispensation des médicaments est sécurisée. Le pharmacien à plein partiel (0,75 ETP), assure l'analyse pharmaceutique. Le pharmacien n'a pas accès au dossier pharmaceutique et ne réalise pas la sérialisation. La dotation des médicaments dans les services est en DJIN et préparée par une préparatrice en pharmacie dans des piluliers.
Les infirmier(e)s respectent les bonnes pratiques en temps réel d'administration des médicaments. Les soignants proposent après des évaluations IDE et médicales aux patients hospitalisés de prendre leurs médicaments de façon autonome durant leur séjour dans leur service. Ce processus respecte les dernières recommandations diffusées en octobre 2022 par la Haute Autorité de Santé. Des ateliers d'observance spécifiques sont réalisés par les IDE en intégrant un pilulier des erreurs. Les infirmiers(es) rencontré(e)s connaissent les médicaments à risques et l'existence de la liste présente dans la gestion documentaire. Les médicaments à risques sont également identifiés dans le plan de soins informatique et sur la prescription donnée aux patients. Les patients bénéficient d'une éducation thérapeutique spécifique sur les AVK.
En ce qui concerne le risque infectieux, des solutions hydro alcooliques (SHA) sont disponibles dans l'établissement (couloir, et poste de soins et de rééducation). Les précautions standards et complémentaires sont mises en œuvre dans l'établissement. Les membres du Clin, de l'EOH aidés par les référents hygiène désignés dans chaque catégorie professionnelle interviennent quotidiennement dans les services et veillent à l'application des procédures. Les indicateurs sont suivis. De nombreux audits (lavage de mains, respect des tenues professionnelles,) sont réalisés à des fréquences régulières. L'établissement assure la promotion de la vaccination recommandée et met à disposition gratuitement les vaccins pour les professionnels.
L'établissement dispose d'un appareil radiographique à capteur plan utilisé en installation fixe (dans la salle de radiographie). Une société assure le suivi de la radioprotection externalisée, un conseiller CER est désigné. Un rapport de conformité a été publié en novembre 2022. Cependant, les comptes rendus de radiologie réalisés en interne ne sont pas formalisés : seule une observation est tracée dans le dossier du patient.
L'analyse de la qualité des prescriptions des examens biologiques et des modalités de prélèvements n'est pas réalisée.
Les soignants sont force de proposition d'actions d'amélioration, et remontent aux instances, à la direction, ou à la RAQ des solutions pour améliorer leurs pratiques. Douze Retex ont été réalisés en 2022. L'EIG ciblé lors de la visite a fait l'objet d'un retour d'expérience, d'actions d'amélioration, de remise en cause des pratiques professionnelles qui se sont avérées utiles par la suite à l'occasion d'autres évènements indésirables constatés dans l'établissement. Le recueil des indicateurs IQSS est réalisé. Des actions d'amélioration sont proposées lors des instances. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont connus par les professionnels audités.

Chapitre 3 : L'établissement



96%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	90%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
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	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire et les établissements adresseurs. La clinique n'est pas encore associée aux CPTS du territoire. La clinique a mis en œuvre la messagerie sécurisée. L'alimentation du dossier médical partagé est promue et en cours de déploiement dans le DPI. La messagerie sécurisée est centralisée autour d'un nombre limité de professionnels, le dossier médical

partagé est alimenté par le secrétariat médical. Plusieurs professionnels publient et participent aux congrès de leurs spécialités mais le temps de recherche qui permettrait de valoriser les pratiques spécifiques de l'établissement n'est pas structuré.
L'établissement favorise l'engagement des patients comme partenaire de son parcours. Des patients témoins interviennent auprès de patients hospitalisés (ateliers pour la préparation de la sortie). Les représentants des usagers participent aux réunions d'instances et animent aussi un atelier sur les droits des patients avec l'assistante sociale. Le bilan de ces actions est communiqué en CDU. La lutte contre la maltraitance fait partie des valeurs et des priorités de l'établissement. L'établissement mène des actions de sensibilisation auprès des différentes catégories professionnelles. L'encadrement de proximité, très à l'écoute reprend les bonnes pratiques dans les services lors des réunions. Les équipes s'entraident entre elles. Cependant, la gouvernance ne réalise pas de bilan annuel de recensement de cas de maltraitance dans le PMSI.
L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue. La démarche portée par la direction accompagnée par la responsable qualité, le président de la CME, les cadres de santé assurent le suivi et le plan d'action par service. Des flash infos sont diffusés tous les trimestres et reprennent les actions menées au sein de la structure. Les indicateurs sont communiqués.
Des démarches spécifiques de réflexion en groupe avec la Médecine du travail, l'OMEDIT sont menées dans une logique de gestion de projet. Les questions éthiques sont abordées individuellement ou en comité restreint par les professionnels, néanmoins aucune formation, ni réunion formelle n'ont été organisées récemment sur le sujet, à l'exception de l'évocation du sujet en formation « Bientraitance ». Les professionnels s'interrogent individuellement sur certaines situations liées aux hospitalisations des patients soulevant des questions éthiques mais ils ne connaissent pas les ressources et/ou organisations internes ou externes de concertation et de soutien sur ces sujets.
Il existe une politique QVT et un déploiement de plusieurs actions concrètes (dispositif d'écoute, …).
L'encadrement de proximité, très présente est disponible pour les équipes. Les conflits interpersonnels sont abordés d'abord par le(s) cadre(s) concerné(s), puis au besoin par la direction et enfin avec le concours de la Médecine du Travail le cas échéant. Ces derniers se sont investis dans des démarches d'amélioration de l'organisation du travail avec deux ergonomes.
L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelles aux risques.
Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité en cas de situation critique est connu par les professionnels. Les situations à risque pour les patients sont répertoriées. Le risque de fugue est évalué, les patients les plus fragiles placés au RDC à proximité de l'infirmerie.
La politique de développement durable est soutenue par l'établissement et mise en application sur l'établissement. La clinique sensible à ses consommations depuis de nombreuses années, produit une partie significative de son eau chaude sanitaire et électricité à partir d'installation solaires, recycle une partie de ses déchets avec rétribution financière, communique sur ses améliorations successives de la préservation des énergies du bâtiment depuis 2000. La maitrise des consommations en eau, électricité, déchet est suivie.
Un numéro d'appel direct d'urgence est affiché sur chaque étage. Ce numéro est unique et rapidement identifiable par les professionnels pour alerter en cas d'urgence vitale.

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	820000578	SARL MIDI GASCOGNE	1487 Avenue du Languedoc 82500 Beaumont De Lomagne FRANCE
Établissement principal	820002350	CENTRE DE READAPTATION FONCTIONNELLE MIDI GASCOGNE	1487 avenue du languedoc 82500 Beaumont De Lomagne FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	72
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	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	Audit système	Représentants des usagers		
2	Audit système	Maitrise des risques		
3	Audit système	Coordination territoriale		
4	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
5	Audit système	Engagement patient		
6	Audit système	Dynamique d'amélioration		
7	Audit système	Leadership		
8	Audit système	QVT & Travail en équipe		
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits		/

12		de santé		
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
16	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/

19	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Novembre 2023