



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**SOCIÉTÉ
PHILANTHROPIQUE**

2 rue gaston paymal
92110 Clichy



Validé par la HAS en Février 2024

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 – Février 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	28

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 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, 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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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

SOCIETE PHILANTHROPIQUE	
Adresse	2 rue gaston paymal 92110 Clichy FRANCE
Département / Région	Hauts-de-Seine / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	750720492	SOCIETE PHILANTHROPIQUE	15 rue de bellechasse 75007 Paris 07eme FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

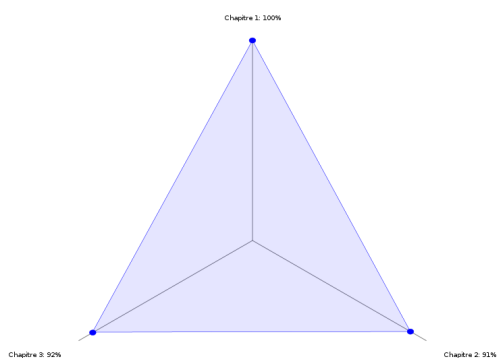
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
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
Psychiatrie et santé mentale
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

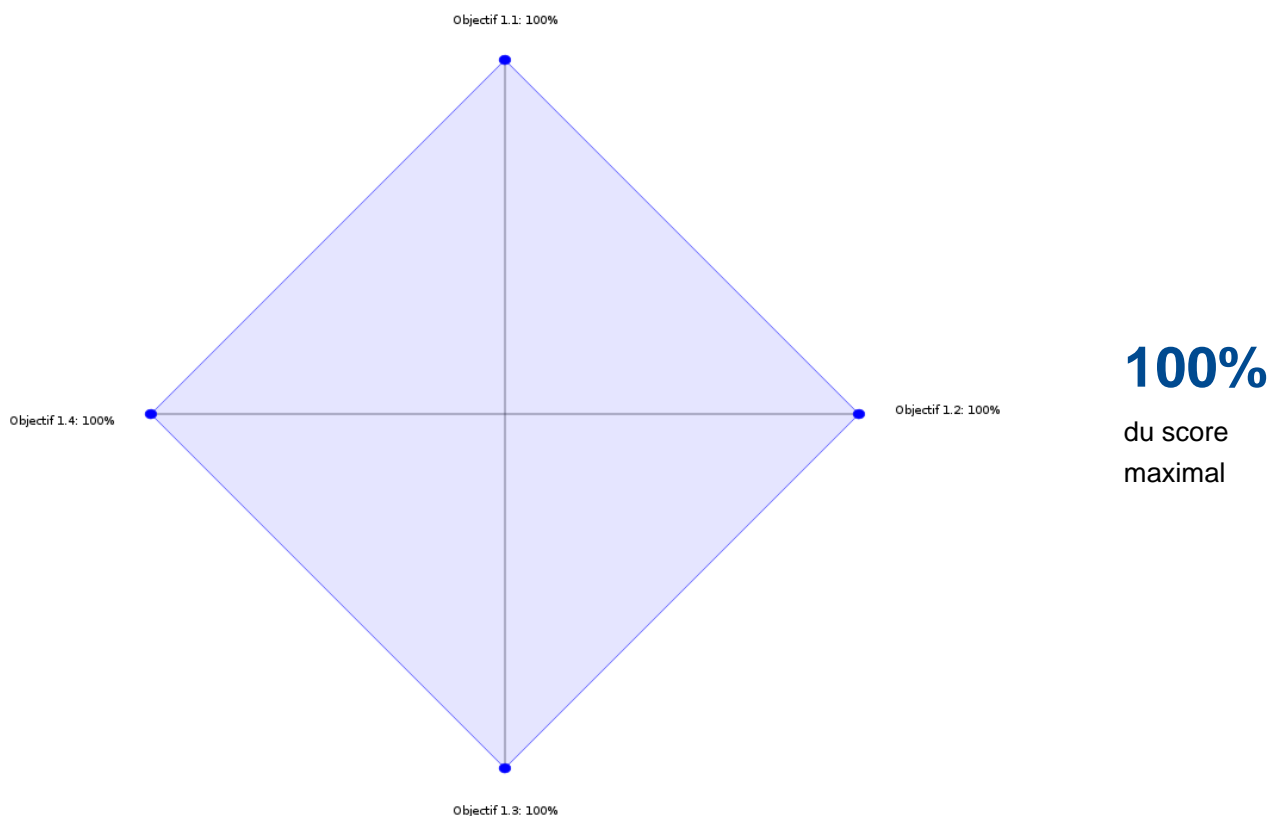
Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



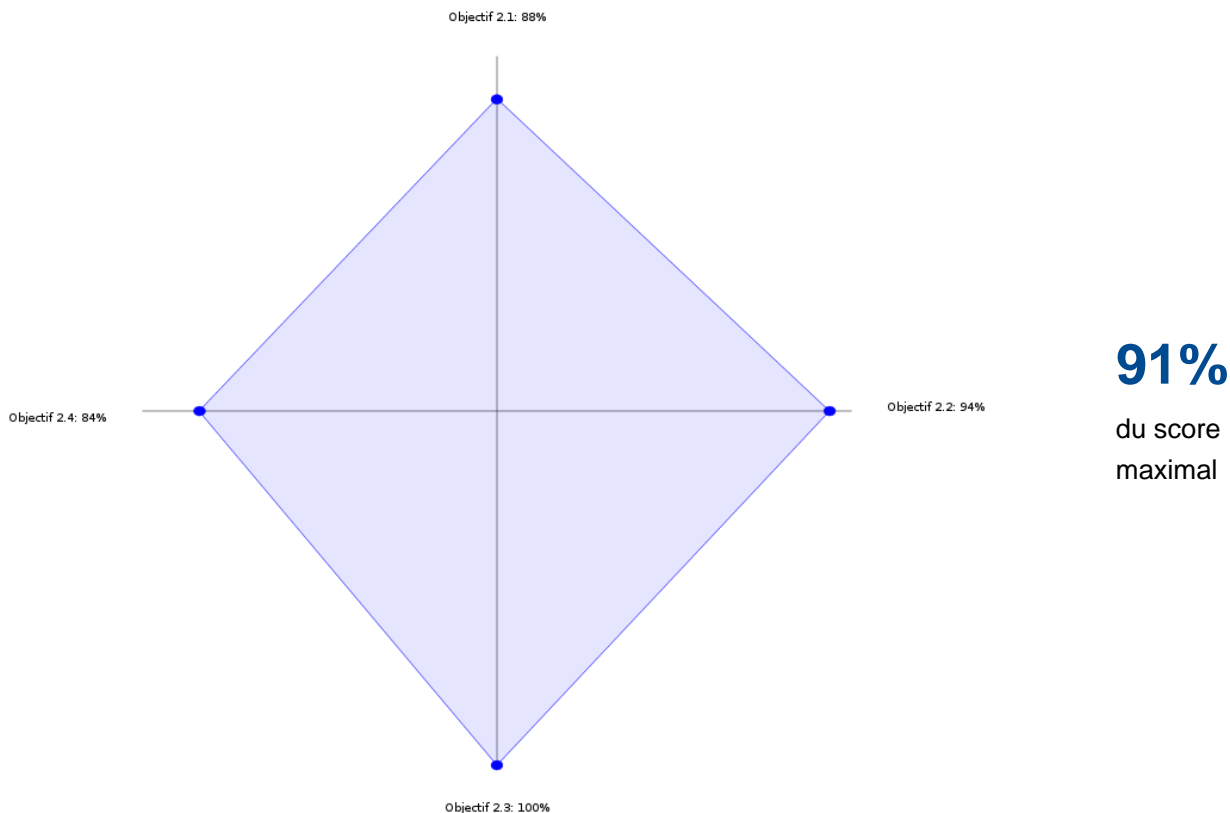
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Les valeurs portées par la Société Philanthropique affirment sa volonté de garantir à chaque personne un accompagnement bienveillant, de promouvoir l'engagement des usagers tant au niveau individuel que collectif, de proposer un accompagnement adapté aux besoins de chacun. Ces valeurs sont déclinées dans les projets d'établissement de l'Hôpital Goüin (HG) et du centre médico-psychologique (CMP) et mises en œuvre par l'ensemble des professionnels de ces structures. Dans chacune d'elle, le patient (ou ses parents) est informé sur son diagnostic, son état de santé, ses traitements et est impliqué tout au long de son séjour, de son entrée à sa sortie. L'information est adaptée à ses caractéristiques (âge, présence de troubles cognitifs, capacité de compréhension, évolution de l'état de santé...) et à la prise en charge dont il bénéficie. A l'HG, la personne soignée se sent impliquée dans sa prise en charge. Elle connaît les bénéfices et les risques liés à sa prise en charge. Son consentement, son engagement et l'expression de son point de vue sont recherchés. Il en est de

même avec l'enfant et ses parents au Centre Médico-Psychologique (CMP) Le patient, son entourage après accord de ce dernier, participe à l'élaboration et à l'évaluation du projet de soins. Son consentement à la mise en œuvre de ce projet est tracé dans son dossier médical. AU CMP, l'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur son projet de prise en charge qui pourra comporter, en fonction des besoins identifiés, des consultations médicales, psychologiques, des séances d'orthophonie, de psychomotricité, d'art thérapie, de musico thérapie... Les parents ou titulaires de l'autorité parentale sont impliqués dans ce projet. Le patient est informé sur ses droits au travers du livret d'accueil qui lui est remis systématiquement à l'entrée. Son contenu est, au besoin, commenté au patient par les soignants. Le patient peut consulter dans les services les affichages qui complètent l'information délivrée (charte du personne hospitalisée, charte de l'enfant, charte Romain Jacob, coordonnées des représentants des usagers ou des représentants des cultes). L'usager est sensibilisé aux messages de santé publique par le biais d'affichages (diététique, tabac, addictions...) et de flyers disponibles dans les circulations ou de conseils relayés par les soignants. Concernant plus particulièrement sa prise en charge ou sa maladie, le patient est informé par les professionnels de santé des actions et des auto-soins qu'il peut mettre en œuvre pour faciliter le retour de son autonomie. Il peut être invité, le cas échéant, à participer à des ateliers d'éducation thérapeutique tels que celui à destination des patients stomisés ou celui « autour du médicament », atelier qui permet au patient d'avoir des informations favorisant le bon usage et l'observance de son traitement. Le patient peut s'investir également dans des ateliers d'activité physique adaptée. Le patient a la possibilité de désigner une personne de confiance et une personne à prévenir. Le formulaire signé par le patient et la personne désignée est scanné dans le dossier informatisé du patient avant d'être archivé dans le dossier rassemblant les éléments qui doivent être concernés sous format papier. Il reçoit, de la part du médecin, des explications sur ses médicaments au moment de leur prescription ou de la modification de l'ordonnance. Cette information est renouvelée ou adaptée par les infirmier(e)s lors de l'administration des traitements. Le patient est également éclairé sur les précautions à prendre à sa sortie et sur les éléments permettant de détecter ou d'éviter la survenue de complications. Avant toute transfusion, le patient est informé des bénéfices et risques liés à cet acte. La remise du document « lettre d'information patient avant une transfusion » et son consentement sont tracés dans son dossier médical. À sa sortie d'hospitalisation, le patient reçoit des explications sur la nécessité de faire effectuer le suivi post-transfusionnel par son médecin traitant. Les patients rencontrés ont connaissance de la possibilité de rédiger des directives anticipées. La recherche de leur existence est tracée dans le dossier médical du patient. Le patient en situation de fin de vie est informé précocement de la possibilité d'être accompagné par l'équipe mobile en soins palliatifs de l'établissement voisin ou d'être orienté vers un service spécifique. Les patients rencontrés déclarent être informés sur le rôle des représentants des usagers (RU) ou connaître les modalités pour les contacter afin d'être écoutés, soutenus, aidés dans la préparation de leur sortie d'hospitalisation. Il en est de même concernant les modalités pour déclarer un événement indésirable associé aux soins via le portail mis à disposition sur internet par l'Agence régionale de santé (ARS) ou faire une réclamation auprès de la direction. À l'hôpital Goüin le patient est invité à faire part de son point de vue en complétant le questionnaire de satisfaction qui est lui remis avant sa sortie par les soignants ou en répondant à l'enquête e-satis. Au CMP, les enfants et les parents sont sollicités périodiquement pour répondre à un questionnaire d'enquête. Les patients rencontrés estiment que leur dignité, leur intimité, la confidentialité des informations qui les concernent et leurs libertés individuelles sont respectées. Cela lors de tous les actes et déplacements. Les attitudes des professionnels et relations avec eux sont ressenties comme empreintes de bienveillance. Certains évoquent le respect par les soignants de leur rythme par exemple lors des mobilisations physiques ou lors de leurs hésitations pour accepter les soins. Les conditions d'hospitalisation, même pour les patients admis en chambre double au SMR ou de prise en soins au CMP sont jugées satisfaisantes.. À l'hôpital Goüin, le souhaite du patient que la porte de sa chambre reste ouverte est tracé dans le dossier du patient. Au CMP, les mineurs bénéficient d'un environnement adapté à leur sécurité et leur protection Les professionnels sont formés spécifiquement. Les locaux sont adaptés à l'accueil de l'enfant et de ses parents. L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite et des aides sont prévues pour les handicaps sensoriels. Le patient dépendant, porteur de handicap ou âgé bénéficie du maintien de son autonomie. Ses besoins sont pris en compte tout au long du séjour. Le recours à la contention est très exceptionnel. Lorsqu'elles sont nécessaires, leur prescription est concertée avec le patient ou ses proches. Les

patients rencontrés témoignent de leur satisfaction quant à la prise en charge de la douleur. Les plaintes et doléances à ce sujet sont quasi inexistantes. Dès l'entrée et tout au long du parcours de soins, le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles de mesure adaptées à sa compréhension. Les résultats de ces évaluations sont tracés dans son dossier médical. Le patient algique bénéficie de soins médicamenteux et non médicamenteux (kinésithérapie, activité physique) visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur. Des prescriptions "si besoin" sont possibles et permettent de soulager plus rapidement le patient. La présence des proches et aidants est recherchée et facilitée par l'aménagement des horaires de visite par exemple. Les proches sont associés, avec l'accord du patient, notamment lorsqu'une difficulté de compréhension est identifiée ou lors de situations telles que la fin de vie. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dès l'entrée du patient dans le dispositif de soins tant à l'hôpital Goüin qu'au CMP. Le patient, selon sa situation, peut bénéficier de l'accompagnement de l'assistante sociale pour une aide à l'accès aux droits, une aide à la recherche de structure ou pour évaluer ses conditions de vie habituelle. L'orientation vers une structure d'aval est anticipée autant que possible dans le projet de soins. Pour ce faire, des partenariats sont établis avec des structures d'aval (structures sociales ou médicosociales du territoire, établissements de la société philanthropique, Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)...).

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	88%
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	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	100%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	84%

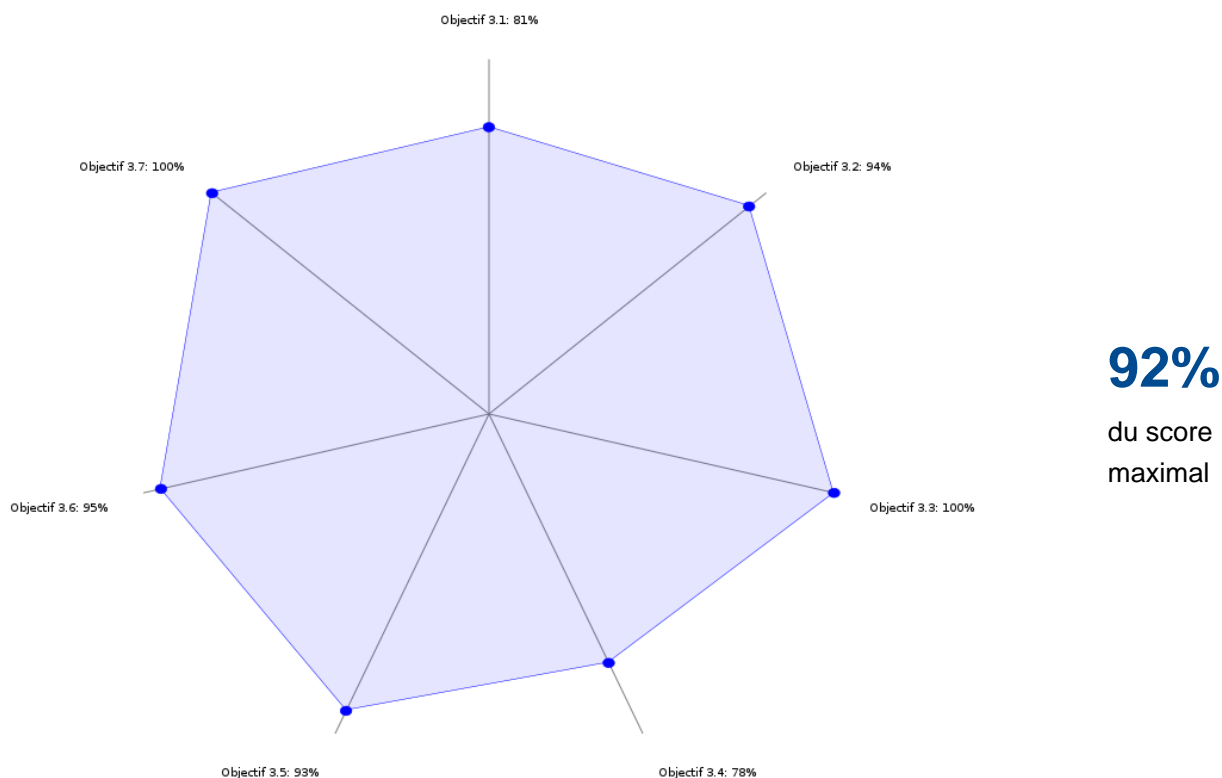
Pour l'ensemble des professionnels de l'hôpital Goüin et du CMP, la recherche de l'efficacité, de la sécurité et de la pertinence des soins est un objectif partagé. L'évaluation de la pertinence des admissions est réalisée par le médecin, le pharmacien, la secrétaire du service au vu de la demande formulée sur la plate-forme « Via Trajectoire ». Le service adresseur est contacté en cas de besoin d'informations complémentaires. Le cadre du service est sollicité sur la charge en soins et l'organisation de l'admission en aval de la commission d'admission. L'admission du patient est préparée en amont avec le service adresseur ou directement avec le patient s'il vient du domicile. Les décisions de prise en charge sont argumentées et retrouvées dans le dossier du patient. La pertinence du séjour est évaluée, en cours d'hospitalisation, en équipe pluri professionnelle (médecins, paramédicaux, rééducateur, psychologue, assistante sociale). A l'hôpital Goüin, dans de très rares situations, le médecin prescrit des mesures restrictives de liberté. Ces restrictions sont argumentées, réévaluées

régulièrement. Elles associent un plan de surveillance infirmière (points de compression ou surveillance du comportement). Le médecin argumente la prescription d'antibiotique. Une alerte sur le logiciel de prescription, informe le médecin de la nécessité de réévaluer sa prescription initiale dans les délais. L'ensemble des praticiens, formés au bon usage des antibiotiques, peut se référer à des recommandations sur l'antibiothérapie et peut faire appel à un avis spécialisé en externe. Le pharmacien réalise un suivi de la traçabilité de cette réévaluation ainsi que des évaluations de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure. En cas de nécessité, il sensibilise les médecins. Cent quarante-quatre transfusions sanguines ont été réalisées en 2022. L'indication de la transfusion fait systématiquement l'objet d'une analyse bénéfice/risque pour chaque patient. Le Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) organise des audits afin de s'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques : traçabilité de l'information délivrée, conformité des prescriptions, complétude du dossier transfusionnel... Cependant, l'établissement n'a pas réalisé d'étude de pertinence de cette pratique. Le dossier patient est accessible, son informatisation est complète sur l'hôpital de Goüin comme sur le CMP. Les équipes médicales, paramédicales et les autres intervenants (psychologue, assistante sociale...) ont accès à ce dossier selon leurs habilitations. Chaque professionnel assure la traçabilité de sa prise en charge en temps réel dans le dossier patient. Ce dossier intègre en temps utile les éléments de suivi et de traçabilité (évaluations des besoins, de la douleur, observations, actes, prescriptions, synthèse sociale, bilan diététique...). Des outils de transmission (par exemple : fiche de liaison infirmière inter établissements) favorisent la continuité des soins sur le parcours de soins du patient. La coordination et la continuité de la prise en charge sont soutenues par des organisations de soins et de travail en équipe. Les équipes sont coordonnées pour la mise en œuvre des projets de soins et de vie. Des temps de concertation en équipe pluridisciplinaire sont organisés dans chaque service tout au long des prises en charge. Au SMR, un staff a lieu dans chaque service tous les 15 jours pour tous les patients. Une feuille de staff recense les éléments de prise en charge de chaque intervenant. Dans les deux établissements, ces échanges pluri-professionnels permettent une prise en charge coordonnée, collégiale et adaptée aux besoins des patients. Au CMP, des staffs communs peuvent être organisés avec les structures d'hébergement, l'éducation nationale ou la PMI. Les conclusions de ces échanges sont tracées dans le dossier du patient. Le projet de soins est formalisé, réévalué et prend en compte les aspects médicaux, psychologiques, sociaux, financiers, environnementaux, familiaux et éducatifs. La conciliation des traitements médicamenteux n'est pas encore mise en place. Toutefois, les situations cliniques et les profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux ont été définis par le pharmacien en lien avec la CME. Cette conciliation sera mise en œuvre dans un délai encore non précisé. En cas de besoin, les professionnels peuvent avoir recours à des avis spécialisés. Ils ont accès à des compétences transversales ou spécialisées soit en interne soit en externe auprès des établissements de santé situés à proximité, des réseaux, des filières ou des structures d'appui. Des liens privilégiés sont établis avec le centre de santé Chagall Goüin, situé dans les locaux de l'Hôpital Goüin. L'équipe du CMP se coordonne avec les équipes de secteur du 18^{ème} arrondissement pour organiser la continuité des soins des jeunes ayant atteint l'âge adulte. Les professionnels vérifient en début de prise en charge les éléments consignés dans le carnet de santé de l'enfant. Les données utiles, comme les vaccinations, ne sont pas toujours reprises ou scannées dans son dossier patient informatisé. De plus, ce document n'est pas actualisé en fin de prise en charge. Les professionnels du CMP sont organisés pour répondre à toutes les demandes de prise en charge en urgence. Des consultations médicales ou psychologiques permettent la réalisation de bilans, l'entrée précoce dans les soins et l'orientation des enfants vers les structures de prise en charge les plus adaptées. Compte tenu des missions de l'établissement, les équipes ne prennent pas en charge fréquemment des patients en fin de vie. Quand la situation le nécessite les soignants (médecins ou paramédicaux) peuvent faire appel à l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs de proximité. Les médecins rédigent la lettre de liaison, la remettent au patient en amont de sa sortie et l'adressent au médecin traitant, lorsque le patient en dispose, par voie postale. Les observations réalisées sur le terrain sont confirmées par les valeurs de l'indicateur Qualité et Sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » de 2022 (89 %) et de 2023 (93%) Dans l'ensemble des services de l'hôpital Goüin et au CMP, les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques et maîtrisent les risques liés aux actes dispensés. Les professionnels connaissent et appliquent les règles d'identivigilance. La création d'identité dans le système d'information est

réalisée à partir de documents officiels lorsque le patient en possède. A défaut, l'identité créée est signalée comme provisoire. En SMR (Soins médicaux et de réadaptation) le patient porte un bracelet d'identification tout au long de sa prise en charge. Son refus est tracé dans son dossier médical. Les professionnels s'assurent de l'identité du patient avant tout acte diagnostic ou thérapeutique. Au CMP, la pièce d'identité est demandée lors de la création du dossier. Dans cette structure qui a uniquement une activité de consultation, les enfants sont pris en charge soit en individuel soit en petit groupe par les mêmes intervenants (rééducateurs, psychologues, médecin). De plus dans cette structure, aucun acte à risque n'est réalisé. C'est pourquoi, aucun dispositif d'identification du patient n'est mis en place. Les professionnels savent identifier les correspondants locaux pour toutes les vigilances concernées par l'établissement (pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance...). Ils connaissent les circuits des alertes sanitaires ascendantes et descendantes ainsi que les actions à mettre en œuvre. Le circuit des médicaments est totalement informatisé. Il est organisé et sécurisé dans l'ensemble de ses composantes. L'hôpital Goûin a signé une convention avec un établissement de proximité afin que ce dernier assure la permanence pharmaceutique la nuit et le week-end. Il a mis en place un mode dégradé d'approvisionnement en urgence permettant d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse (dotations dans les unités et prêts inter-établissements). Le pharmacien réalise une analyse pharmaceutique de niveau 2, ses avis sont suivis par les médecins. Les bonnes pratiques de dispensation sont en place, le bilan thérapeutique est retrouvé dans la lettre de liaison. La dispensation est nominative hebdomadaire pour les formes orales sèches et globalisée par les autres formes. La conciliation médicamenteuse n'est pas, à ce jour, mise en œuvre. Dans l'attente, le pharmacien, un médecin et une préparatrice ont été formés, les supports de traçabilité ont été créés et le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient et la lettre de liaison. Les médecins respectent les règles de prescription, les infirmiers mettent en œuvre celles d'administration. Les modalités de stockage, y compris pour les besoins urgents, d'approvisionnement et de transport des produits de santé sont conformes et répondent aux besoins des équipes de soins. Le pharmacien en lien avec les médecins a défini une liste institutionnelle de médicaments à risque. Elle est affichée sur les chariots de distribution des traitements. Ces médicaments à risques sont identifiés par logo sur le logiciel de prescription / validation de l'administration, sur l'emballage du produit, dans l'armoire à médicaments et le réfrigérateur. Les professionnels sont sensibilisés aux mesures de sécurisation de l'utilisation de ces médicaments. Une fiche accrochée au chariot à médicament informe des conduites à tenir en cas d'évènement indésirable. Ceux-ci sont déclarés, analysés avec les personnes concernées et suivis d'un plan d'action. Par exemple, suite à un EIG il a été défini que l'infirmier qui administre les traitements porte un brassard "Stop à l'interruption de tâche". Au CMP, le médecin fait de très rares prescriptions ambulatoires. L'enfant et ses parents sont alors sensibilisés aux risques de survenue d'un effet secondaire. Les protocoles internes « actes transfusionnels » et « incidents transfusionnels » sont connus et appliqués. Le CSTH suit le nombre annuel de produits sanguins labiles (PSL) prescrits et est informé par l'Établissement français du sang de Beaujon (EFS) du taux de destruction des poches. Des audits réguliers permettent de s'assurer de la conformité des pratiques notamment de la traçabilité de l'information et du consentement du patient, des prescriptions, des surveillances. Le risque infectieux est globalement maîtrisé. L'Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est très impliquée auprès des soignants, des personnels assurant l'entretien des locaux (ASH), des patients, des bénévoles et des RU. Les soignants bénéficient d'une formation systématique en hygiène dès leur arrivée dans les établissements. Les précautions standards et complémentaires sont connues et appliquées par les professionnels rencontrés. La date de pose des dispositifs invasifs est reportée dans le dossier du patient. Les professionnels tracent la désinfection des dispositifs médicaux réutilisables du service, ainsi que la désinfection des locaux de stockage sales (DASRI, déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) et linge). Les soignants rencontrés connaissent les résultats de l'indicateur « consommation des solutions hydroalcooliques » du service et les actions mises en place pour en pérenniser les bons résultats (123% en 2022 et 110 % en 2023) L'EOH en lien avec les correspondants en hygiène des services, réalise de nombreux audits de pratique tels que « respect des précautions standard en période COVID », tri des déchets, bio nettoyage, surveillance des dispositifs intravasculaires de longue durée... L'EOH intervient également auprès des patients pour les sensibiliser à l'hygiène des mains et à l'utilisation de solutions hydroalcooliques (SHA) ou pour renouveler l'information sur leur isolement septique et les mesures associées.

L'hôpital Gouïin est depuis un an à la recherche d'un médecin hygiéniste. Une réflexion sur un recrutement partagé avec un hôpital de proximité est en cours. Les équipes de soins recherchent les facteurs de risque de dépendance iatrogène liés au processus de soin dès l'admission du patient. Les kinésithérapeutes, la diététicienne, les infirmiers effectuent les évaluations initiales et continues à l'aide notamment d'échelles standardisées comme par exemple, échelle de Braden permettant d'objectiver le risque escarre. Les actions à mettre en œuvre en cas de risque avéré sont intégrées au projet de soins du patient. Les professionnels respectent les recommandations et obligations vaccinales. Ils sont sensibilisés à l'importance de la vaccination et peuvent se faire vacciner gratuitement par la médecine du travail. L'établissement suit le taux de couverture antigrippale pour ses personnels (32% en 2021 et 28% en 2023) et analyse les freins à la vaccination. Un brancardier effectue les transports internes des patients vers le plateau technique. Il est formé à l'hygiène, à la gestion de l'urgence vitale, aux gestes et postures. Son action est planifiée par les kinésithérapeutes. Ses pratiques sont respectueuses de la confidentialité des informations, de la dignité, de la sécurité des patients. Le matériel de transport est contrôlé et désinfecté. Les horaires sont respectés. Les équipes de soins évaluent leurs pratiques en réalisant notamment des audits ciblés, des patients et parcours traceurs. Néanmoins, la mesure des résultats cliniques n'est pas structurée à ce jour. Il n'y a pas de démarche engagée sur un échantillon de patients ou sur une prise en charge spécifique. Les équipes de l'hôpital Gouïin ou du CMP s'appuient sur l'analyse des réclamations, les résultats des questionnaires ou enquêtes de satisfaction, sur les résultats de e-satis pour définir des actions d'amélioration de leurs pratiques. Le SMR, en complément, recueille et analyse l'« expérience patient vis-à-vis de douleur ». Aucune démarche de ce type n'est, à ce jour, initiée au CMP. Elles connaissent les résultats des indicateurs qualité et de sécurité des soins (IQSS) qui sont affichés dans les services et partagés lors des « calé qualité » mensuels. De ce fait, elles sont parties prenantes dans les démarches permettant d'identifier les actions à mener pour améliorer ou maintenir ces résultats. Les professionnels impliqués dans un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) sont systématiquement associés à la recherche, selon la méthode ALARM, des causes racines et à la définition des actions d'amélioration. Le service qualité suit la mise en œuvre de ces actions et déclare à la tutelle les EIAS graves. Les interfaces avec le laboratoire d'analyse médicale sont opérationnelles. Le dossier du patient (DPI) et le logiciel du laboratoire sont interopérables : prescriptions connectées, résultats intégrés directement dans le DPI. Une réunion annuelle est organisée avec le laboratoire pour aborder leur coopération et prévoir des actions d'amélioration. L'établissement dispose d'un équipement de radiologie conventionnelle. L'équipe de la radiologie respecte les conditions de réalisation des examens de radiologie. Le radiologue fait ses interprétations sur place lors de ses vacances. Une coopération avec un établissement voisin permet d'assurer une permanence des examens durant les jours ouvrés. En dehors de ces jours, les radiologies urgentes sont effectuées dans les hôpitaux de proximité. Les praticiens précisent que le délai d'obtention d'un rendez-vous et de rendu des résultats sont satisfaisants. Le compte rendu d'examen précise la quantité de dose reçue par le patient. Un bilan annuel de la mise en œuvre de la convention permet d'étudier les problèmes rencontrés. Toutefois, les imageurs de l'hôpital Gouïin ne participent pas aux réunions de concertation pluridisciplinaires organisées par exemple par les services d'oncologie des hôpitaux d'amont.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	81%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

La gouvernance favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et du médico-social. 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 des usagers et association de bénévoles. L'hôpital Goüin et le CMP ont défini leurs orientations stratégiques en cohérence avec leur territoire. Ils participent activement aux projets de ce dernier sans toutefois contribuer directement au développement des Communautés

professionnelles territoriales de santé (CPTS). Le CMP s'inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM), participe activement aux semaines d'information sur la santé mentale. Les partenaires du SMR et du CMP sont identifiés, des conventions sont formalisées et évaluées à périodicité définie. De nombreux liens visant à fluidifier les parcours des patients sont effectifs, tant en amont qu'en aval des prises en charge, avec les établissements de santé de proximité : Louis Mourier, George Pompidou, Tenon, clinique Turin... L'hôpital Goüin s'est organisé pour que la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation soit transmise au médecin traitant dans les délais. Le CMP quant à lui, n'a pas à ce jour défini les modalités d'information du médecin généraliste sur les prises en charges proposées à leur patient. Les admissions directes de personnes âgées sont facilitées, après échanges avec les adresseurs, notamment les EHPAD de la Société Philanthropique ou les médecins traitants environnants. Une permanence téléphonique 24/24h est organisée pour accéder à l'hôpital Goüin. Les modalités de communication avec la ville permettent un contact aisé avec la structure. Les numéros d'appel direct des services sont communiqués aux usagers et aux professionnels externes. Une messagerie sécurisée entre les professionnels de l'établissement et les correspondants de ville est en place. Mais elle rencontre des problèmes techniques : les messages peuvent être reçus mais il est impossible d'en envoyer. L'alimentation du DMP n'est pas promue auprès des professionnels des établissements, la CME n'a pas à ce jour débattu sur le sujet. L'hôpital Goüin s'est investi dans un programme de recherche clinique. Il participe à une cohorte de patients porteurs de stomie. Celle-ci n'est pas promue par le CMP. L'établissement a mis en place une organisation pour recueillir le point des patients sur les prestations et sur leur prise en charge. Les résultats globaux du questionnaire de sortie développé en interne sont présentés en Commission des usagers (CDU), en Commission médicale d'établissement (CME) en Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico Technique (CSIRMT) puis diffusés globalement et par service aux professionnels. Les résultats de l'enquête E-satis sont inexploitable faute de taux de retour assez important. L'expérience patient est recherchée en lien avec des groupes de patients d'association, en addictologie principalement ou au décours d'une enquête flash « Expérience patient vis-à-vis de la douleur ». L'hôpital Goüin mobilise l'expertise du patient au décours de ses ateliers d'éducation thérapeutique notamment ceux spécifiques à l'alcoologie. Il est à la recherche d'un patient expert appartenant à une association concernant l'addictologie qui pourrait intervenir dans un atelier théâtre Le CMP n'a pas engagé d'actions en ce sens. Les établissements mettent à disposition des patients ou des parents de nombreux outils facilitant la communication avec les équipes de soins : flyers, affichage, livret d'accueil... A l'hôpital Goüin, les tenues de travail permettent d'identifier les intervenants par catégorie professionnelle. Les pratiques en matière de communication avec les patients sont transmises au travers des tutorats pour les nouveaux professionnels, de formations telles que « Pleurs et plaintes » L'hôpital Goüin et le CMP ont mis en place une organisation pour recueillir et suivre les plaintes et réclamations ; au SMR, celles-ci font l'objet d'analyses avec les équipes et avec les membres de la commission des usagers. Le SMR est engagé dans l'amélioration de la traçabilité des plaintes orales et de leur traitement. Il assure une prévention des situations difficiles en matière de communication en facilitant le recours des patients, des proches et des équipes au médiateur. Au CMP, en l'absence de CDU, les réclamations sont uniquement analysées et traitées en équipe. La bientraitance fait partie des priorités de l'établissement. Les professionnels rencontrés sont sensibilisés à la bientraitance, à la lutte contre la maltraitance ordinaire et connaissent les facteurs de vulnérabilité spécifiques aux populations qu'ils accueillent. Cet engagement est soutenu par l'insertion, dans le livret d'accueil du nouvel arrivant, de la charte de bientraitance, et par des sensibilisations, des formations sur la bientraitance ou des analyses de pratiques. Les établissements ont organisé la déclaration ascendante des cas de maltraitance. La gouvernance met en œuvre une organisation pour identifier, détecter, signaler les situations de maltraitance (formation, procédure de signalement, espace identifié pour évoquer les situations avec l'encadrement médical et paramédical). Toutefois, la gouvernance ne recense pas les cas de maltraitance dans le PMSI. L'accessibilité des locaux aux personnes vulnérables ou porteuses de handicap est prise en compte. Des recours internes ou externes sont organisés pour mieux repérer et prendre en charge ces populations. L'accès aux soins pour les personnes démunies est favorisé par la mobilisation de compétences (bilan social réalisé systématiquement dès l'entrée) et par une organisation pour répondre à la précarité (vestiaire social, gratuité du téléphone ou de la télévision...). L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier. Il en suit les délais de remise et en informe les membres de la CDU. L'hôpital Goüin fournit

aux représentants des usagers toutes les informations utiles à la réalisation de leurs missions. Ceux-ci indiquent avoir un bon niveau de dialogue et de communication avec l'établissement. Ils sont impliqués dans la vie de l'établissement, pour l'analyse des événements indésirables graves et dans les actions de communication à destination des Usagers comme par exemple la semaine de sécurité des soins. A ce jour, ils n'ont pas formalisé un projet des usagers articulé avec le projet médical et soignant. La gouvernance a inscrit son pilotage dans un management par la qualité et la sécurité des soins. Les orientations de la politique qualité sont inscrites au projet d'établissement. Elles sont déclinées, en concertation avec les représentants des Usagers, en actions prioritaires dans un programme d'amélioration qualité sécurité des soins (PAQSS). Celui-ci est global, unique et construit sur la base d'une analyse exhaustive des événements indésirables, des risques identifiés, des résultats des audits, de la réglementation, des retours des enquêtes de satisfaction, des plaintes et réclamation, etc. Les professionnels rencontrés indiquent que les objectifs sont partagés, qu'ils se sentent impliqués dans la mise en œuvre des actions. Au SMR, les « cafés qualité » organisés tous les mois dans les services permettent un retour d'information sur les événements indésirables, le partage d'informations sur la vie de l'établissement et le suivi de l'avancée de la démarche qualité. Un compte rendu de ces rencontres est affiché en salle de soins à destination du personnel absent lors de celle-ci. Un projet d'enquête auprès de l'ensemble des équipes a été conduite pour mesurer le niveau de culture sécurité des soins des professionnels n'a pas abouti du fait de la survenue de la crise COVID. Elle sera conduite dans les prochains mois. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des soins. Le SMR a recours à un pool de vacataires réguliers pour pallier les absences. Lors de la visite des experts de la HAS, une unité de dix-huit lits était fermée du fait d'un manque de médecin. Les responsables ont bénéficié de formations à la méthode DISC® (lecture des relations avec l'équipe) organisées par la Société Philanthropique avec notamment pour objectif une harmonisation des pratiques managériales et l'amélioration de la gestion des conflits et du harcèlement. Des séances de coaching individuel ont suivi cette formation. Ils ont également participé à des temps d'échanges d'expérience avec les autres managers de l'association ou à des formations sur les bonnes pratiques de management en CMP. Les établissements favorisent le travail en équipe par l'organisation des temps de travail et des temps de transmissions. Au SMR un travail est en cours pour revoir les maquettes organisationnelles afin de diminuer la durée des temps où il n'y a qu'une seule infirmière dans le service. L'hôpital Goüin avait adhéré à un programme PACTE. Il avait commencé à travailler sur les défauts de communication entre les ASH et les aides-soignantes. Cette démarche a été interrompue par la survenue de la crise COVID. L'établissement envisage de la poursuivre dès que la situation sera plus favorable. Les entretiens professionnels bisannuels permettent le recensement des besoins des personnels en formation et participent au développement des compétences par l'intégration des demandes dans les plans de formations. Des formateurs sont identifiés en interne parmi les professionnels de l'établissement (diététicienne, infirmière stomathérapeute, hygiéniste, médecins, pharmacienne...) Les problématiques éthiques sont identifiées et débattues au décours des situations de soins dans les services. Les questionnements éthiques sont rapportés au CLUDe. Pour autant, il n'y a pas d'état des lieux global concernant l'ensemble des activités du SMR et du CMP. De plus, les représentants des usagers ne sont pas associés aux réflexions éthiques. Une réflexion est en cours pour organiser un espace éthique, elle est portée par une psychologue formée sur le sujet. L'établissement a élaboré, en lien avec les instances représentatives du personnel, sa politique de qualité de vie au travail. Elle est basée sur l'analyse des indicateurs ressources humaines et sociodémographiques. Le plan d'actions qualité de vie au travail (QVT) comporte notamment un volet attractivité. Pour autant, les établissements n'ont pas construit leur démarche à partir d'un questionnaire de satisfaction ou d'un recueil des avis sur la QVT auprès des professionnels. En cas de besoin les professionnels peuvent avoir recours à un soutien en interne, connu et identifié par les professionnels des services. Les établissements proposent des solutions de soutien en cas de conflits interpersonnels : médiation ou accompagnement psychologique. Les établissements ont recensé les risques auxquels ils sont exposés. Au SMR comme au CMP, la gestion de crise est organisée, une cellule est constituée. Elle est opérationnelle dans les délais requis. Le plan blanc a été récemment réactualisé, conformément au guide des situations sanitaires exceptionnelles, avec des volets spécifiques sur les principaux risques pouvant survenir : risque épidémique, environnemental, etc. Ce plan blanc a fait l'objet d'un retour d'expérience. Le risque numérique est maîtrisé et

formalisé dans les deux établissements. Les professionnels sont sensibilisés à ce risque et connaissent les actions à mettre en œuvre en cas de cyberattaque. Les établissements se sont dotés d'une solution dégradée pouvant être déployée en d'indisponibilité de son système d'information. La sécurité des biens et des personnes est assurée dans chacune des structures. Leur plan de sécurité (PSE) est actualisé régulièrement et est opérationnel. L'établissement prend en compte les risques environnementaux et les enjeux du développement durable. Un référent développement durable a été récemment désigné. Les établissements sont accompagnés sur le sujet par la Société Philanthropique pour la politique à mener et le plan d'actions. Certaines d'entre elles sont d'ores et déjà en place (suivi des consommations, sensibilisation des professionnels, tri sélectif). Le dispositif de réponse à l'urgence vitale est opérationnel. Des chariots d'urgence et des DSA sont disponibles dans les services et vérifiés périodiquement. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence et à l'évaluation du degré d'urgence. Au CMP, le dispositif prévoit que le « 15 » soit appelé en cas d'urgence vitale AU SMR, en journée et en semaine les équipes doivent composer un numéro interne dédié à l'urgence vitale et « 15 » le soir ou le week-end. Ce dispositif est connu des professionnels rencontrés. La gouvernance met à disposition des équipes des ressources adéquates telles que recommandations de bonnes pratiques ou nouveautés réglementaires. Une gestion documentaire informatisée permet une large diffusion des protocoles, des procédures et autres documents qualité. L'adéquation des pratiques à ces recommandations est vérifiée régulièrement notamment par la réalisation d'audits. Les Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) sont analysés et suivis dans le cadre des campagnes nationales. Les résultats sont communiqués à l'ensemble des responsables de service, des professionnels et aux instances, notamment la CDU. Des audits sont menés pour s'assurer de l'amélioration des résultats. L'établissement propose régulièrement des formations aux professionnels sur les risques a posteriori. Un bilan de risques incluant les signalements d'événement indésirables, est présenté annuellement aux instances, dont la CDU et aux professionnels. Le dispositif de déclaration des événements indésirables est opérationnel, connu et utilisé par les professionnels. Ces derniers connaissent les actions correctrices menées suite aux analyses des causes profondes. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :?? Encourager les professionnels à l'amélioration de leurs pratiques en fonction des résultats cliniques ; Réaliser des analyses de pertinence des actes transfusionnels ; Consolider et standardiser la prise en charge des urgences vitales.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	750720492	SOCIETE PHILANTHROPIQUE	15 rue de bellechasse 75007 Paris 07eme FRANCE
Établissement principal	920150018	HOPITAL GOUIN	2 rue gaston paymal 92110 Clichy FRANCE
Établissement géographique	750802316	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE SOCIETE PHILANTHROPIQUE(75/I/12)	20 rue championnet 75018 Paris 18eme FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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	94
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	5,668
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	5,668
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	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
3	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
5	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI et EIG
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque et antibiotiques injectables ou per os

8	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
9	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Brancardage
10	Audit système	Représentants des usagers		
11	Audit système	Dynamique d'amélioration		
12	Audit système	Leadership		
13	Audit système	Maitrise des risques		
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent	

18			Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
19	Audit système	QVT & Travail en équipe		
20	Audit système	Coordination territoriale		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Audit système	Engagement patient		

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

