



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE MEDICAL ET  
PEDAGOGIQUE DE  
RENNES BEAULIEU**

41 avenue des buttes de coësmes  
35700 Rennes



Validé par la HAS en Janvier 2024

---

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Janvier 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	20
Annexe 3. Programme de visite	24

# 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 avec mention.

# Présentation

CENTRE MEDICAL ET PEDAGOGIQUE DE RENNES BEAULIEU	
Adresse	41 avenue des buttes de coësmes 35700 Rennes FRANCE
Département / Région	Ille-et-Vilaine / Bretagne
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non 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	750720575	FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE	8 rue Deutsch de la Meurthe BP 147 75664 Paris Cedex 14 FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

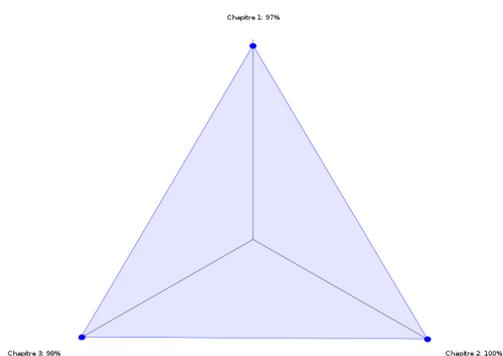
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient 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

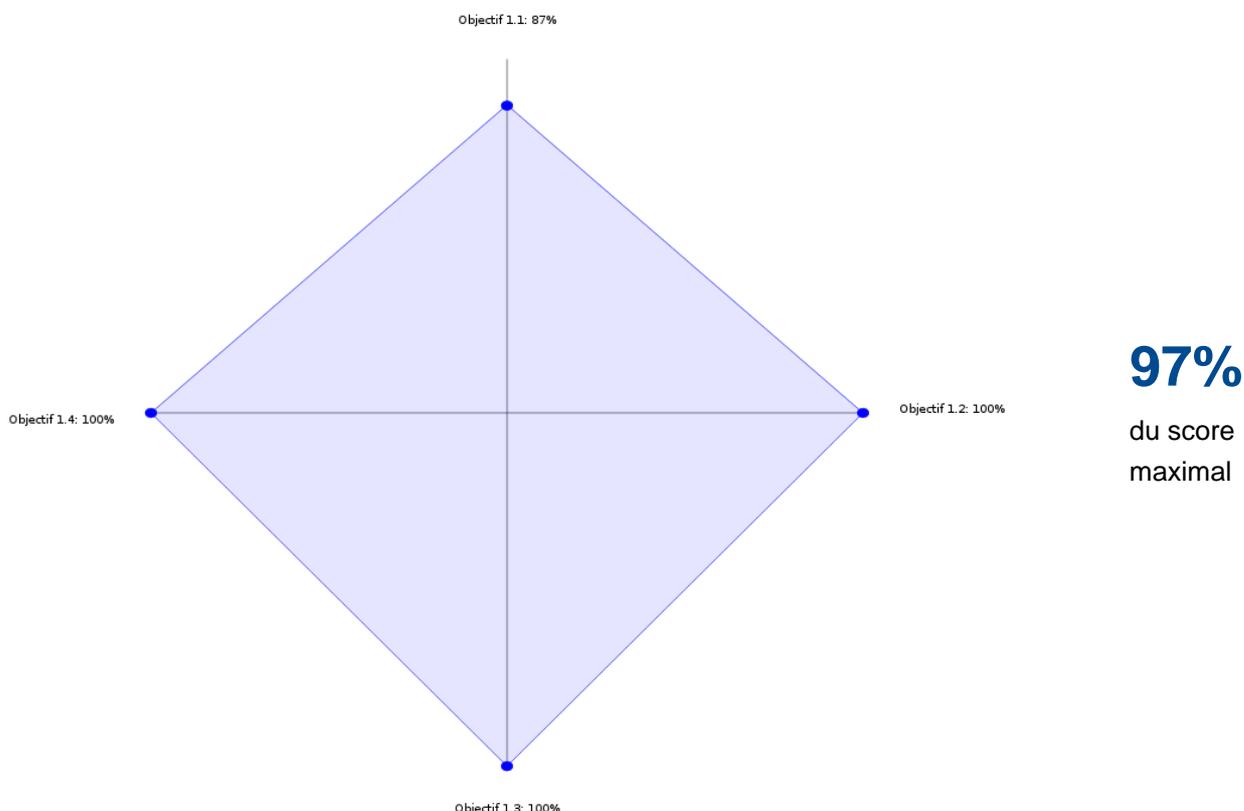
Au regard du profil de l'établissement, [105](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

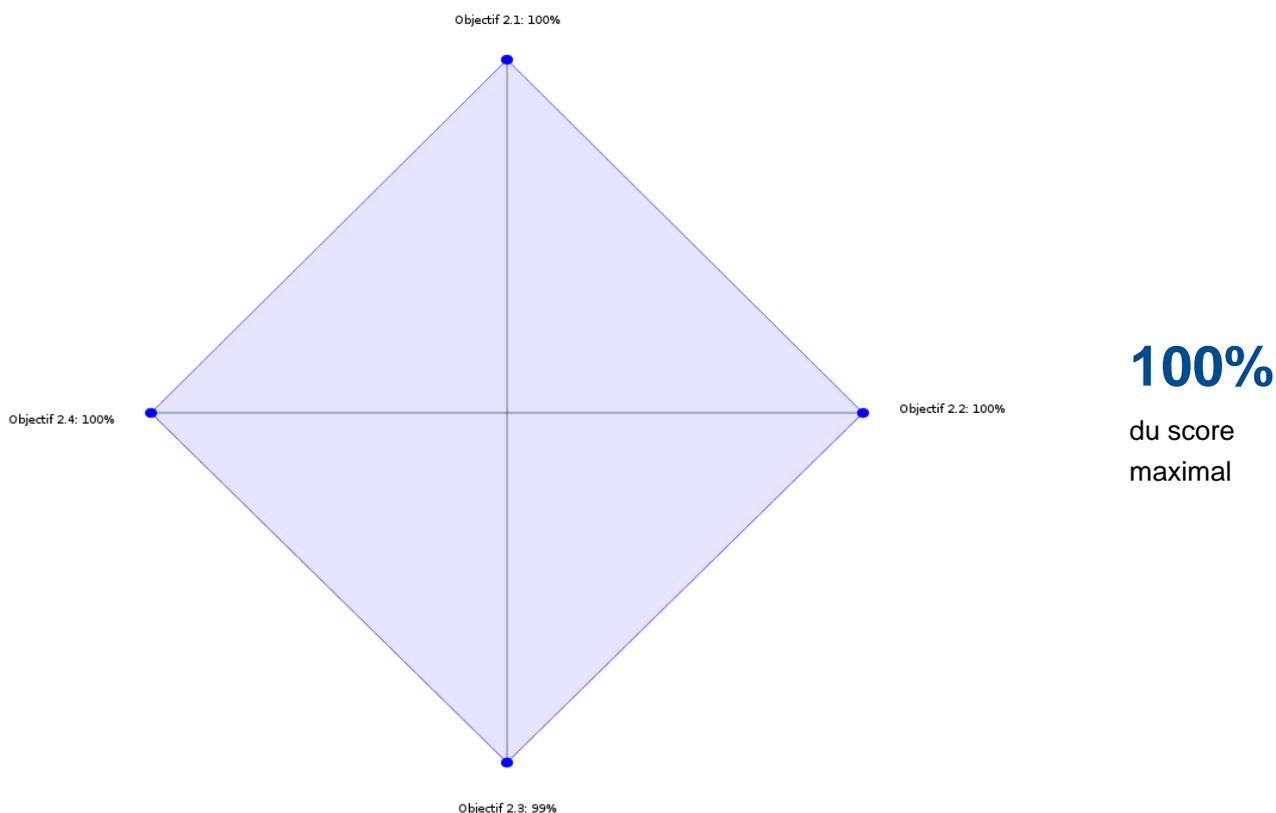


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	87%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

La clinique FSEF de Rennes Beaulieu est un établissement privé à but non lucratif qui assure une activité de psychiatrie et de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour pour adolescents et jeunes adultes. L'information du patient mineur ou adulte est assurée dans l'ensemble des secteurs d'activité de SMR et de psychiatrie pour des modalités de prise en charge en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Pour l'unité de psychiatrie, deux rencontres préalables à l'hospitalisation de semaine avec le patient et sa famille puis avec le patient seul permettent d'apporter une information complète sur les modalités du séjour. Pour le SMR, une information à l'arrivée sur le fonctionnement de l'unité est donnée au patient. L'information délivrée est adaptée au degré de discernement et aux handicaps. Cependant, certains patients expriment un manque d'information notamment concernant les représentants des usagers et sur la possibilité de déclarer des événements indésirables. Pour l'ensemble des unités, un livret d'accueil est disponible

et regroupe les informations utiles selon les différentes prises en charge. Cependant, pour les hôpitaux de jour, le patient ne dispose pas de document spécifique type passeport. Les chartes du patient hospitalisé (enfant, adulte) sont disponibles. De nombreux affichages de prévention et d'information sont ciblés par unité pour répondre aux préoccupations des adolescents et des adultes accueillis. Un affichage apporte une information sur les représentants des usagers. Le consentement du patient sur son projet de soins est recherché et signé, y compris pour les mineurs. Les informations délivrées permettent au patient d'être acteur de sa prise en charge et de préparer sa sortie d'hospitalisation. Plusieurs programmes d'éducation thérapeutique renforcent la capacité d'agir du patient dont un sur la douleur chronique et un sur l'obésité. Des informations spécifiques sont apportées aux adolescents (Sexualité, addictions). Une information pour la rédaction des directives anticipées est disponible dans le livret d'accueil mais devrait être complétée par un accompagnement permettant son appropriation par le patient. Une personne de confiance est désignée pour les patients adultes et pour les adolescents les parents sont les interlocuteurs privilégiés. Le patient participe à la construction de son projet de soins personnalisé et à son évolution au cours du séjour. Son expression est recueillie via des enquêtes de satisfaction biannuelles, les questionnaires de satisfaction de fin de séjour et des groupes de paroles. Le maintien de l'autonomie des patients s'inscrit dans les pratiques soignantes et également dans l'adaptation des locaux notamment pour les personnes en situation de handicap (chambres équipées en domotique...). Les pratiques et les locaux respectent la dignité des mineurs et des adultes. Les patients sont hébergés dans des chambres seules et spacieuses qu'ils peuvent fermer de l'intérieur. Des espaces de vie partagés répondent aux besoins des mineurs (salon, salle de détente, pièces d'activité). Le respect du patient est une préoccupation constante des équipes. La douleur est évaluée et réévaluée en cours de séjour selon trois échelles (standard, dyscommunicant ou non communicant). La prise en charge médicamenteuse est graduée et des alternatives à la prise en charge médicamenteuse sont proposées (Music Care, relaxation, électrostimulation). Une infirmière coordonnatrice référente douleur accompagne l'ensemble des démarches préconisées par la clinique. Les équipes soignantes associent, avec l'accord du patient, les proches ou les aidants à la mise en œuvre du projet de soins. Pour les mineurs en SMR, les parents peuvent passer la nuit auprès de leur enfant. Pour les patients en situation de handicap sévère, les proches bénéficient d'un accompagnement personnalisé durant la période d'hospitalisation jusqu'au retour au domicile. Dans l'ensemble des unités, les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge et pour la préparation de sa sortie. La poursuite de la scolarité est assurée du collège à la terminale par la présence d'un établissement scolaire au sein de la clinique. Les étudiants en études supérieures sont également accompagnés par un tutorat. Par ailleurs, des services supports renforcent l'inclusion sociétale, l'unité d'insertion socio-professionnelle « Comète France » pour le SMR et « HANDISUP » services d'accompagnement à la vie sociale et professionnel pour l'unité de psychiatrie. Ces deux unités participent à l'élaboration des projets individualisés et aux projets de sortie.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

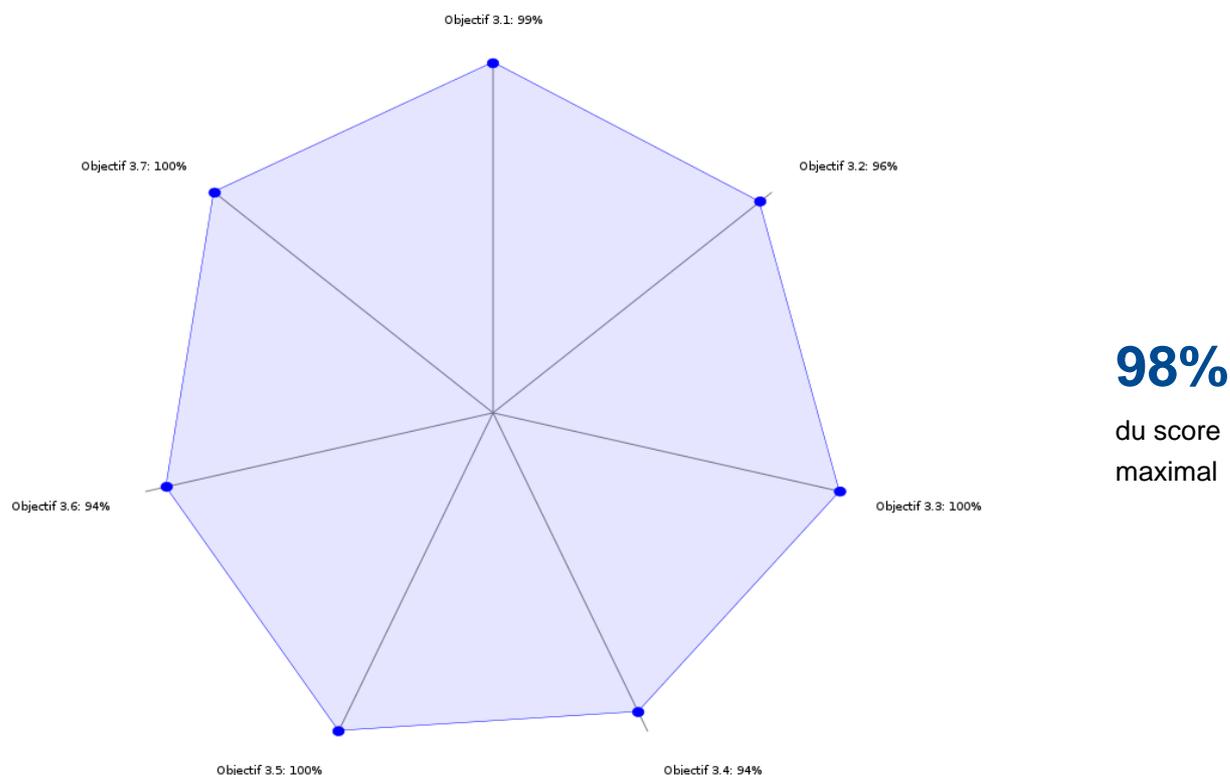


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Des réunions de concertation pluridisciplinaires régulières se tiennent dans l'ensemble des unités. Elles contribuent à une approche globale et concertée des patients au cours desquelles sont validées la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. L'ensemble des hospitalisations en psychiatrie et en SMR sont programmées. Toutes les demandes font l'objet de concertation pluri professionnelles au sein de chaque unité et d'un passage en commission d'admission hebdomadaire pour garantir la cohérence de la prise en soins avec la poursuite d'une scolarité ou d'un projet professionnel. La pertinence du maintien en SMR est réévaluée et une date de sortie est programmée dès l'admission. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et réévaluées, et revues, le cas échéant par le médecin pédiatre référent antibiotique formé à l'antibiorésistance. Le dossier du patient informatisé permet l'échange des informations utiles à la mise en œuvre du projet de soins et à la coordination des équipes. Il est mis régulièrement à jour ainsi que le carnet de santé des enfants. La coordination

pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes est effective dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins. Elle se réalise au cours des staffs et des réunions de synthèse qui se tiennent dans l'ensemble des unités. Cette coordination des équipes permet la gestion de la transition enfant adulte pour les patients le nécessitant. L'établissement réalise la conciliation médicamenteuse pour tout patient avec une prescription de médicament à risques. De plus, pour tous les patients, un bilan médicamenteux infirmier est réalisé au moment de l'admission. Les équipes de soins peuvent en interne recourir à l'expertise des référents nommés au sein de la clinique (hygiène, douleur, antibiothérapie, prise en charge nutritionnelle) et en externe pour des réponses spécialisées (addictions, diabétologie, anorexie...). L'examen somatique d'entrée est systématiquement réalisé dans les 24h suivant l'hospitalisation pour l'unité soins études de psychiatrie. Une convention avec un cabinet médical de proximité permet, autant que de besoin, l'accès à un généraliste pour les patients hospitalisés. Une lettre de liaison est remise au patient lors de sa sortie et adressée au médecin traitant. Le dossier patient informatisé permet l'envoi des documents nécessaires à la continuité de la prise en charge de façon sécurisée. En SMR, la sortie est préparée en amont, si besoin, un accompagnement à domicile est mis en œuvre par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes pour l'adaptation du domicile au handicap. Les bonnes pratiques relatives à l'identitovigilance sont connues et appliquées. Les patients en SMR sont munis d'un bracelet d'identification et leur photographie est intégrée à leur dossier. Pour l'unité de psychiatrie, la photographie du patient est dans son dossier. D'une façon générale, les vigilances sanitaires sont connues et leurs préconisations mises en œuvre. L'ensemble des étapes du circuit du médicament est maîtrisé. Les prescriptions bénéficient d'une analyse pharmaceutique. Les médicaments à risques sont identifiés et les professionnels sensibilisés à leur conservation et utilisation. L'approvisionnement et le transport de tous les types de médicaments sont sécurisés. Les médicaments à risques sont maîtrisés et chaque unité a une liste adaptée à son secteur d'activité. A la sortie un comparatif entre le traitement d'entrée et de sortie est réalisé, le patient est informé. Un soutien à la préparation et à la prise du traitement au domicile peut être proposé. Le dossier pharmaceutique n'est pas utilisé suite à une décision argumentée et partagée au sein de la clinique. Le risque infectieux est caractérisé pour l'ensemble des secteurs, les précautions standard et complémentaires en matière d'hygiène sont diffusées, connues et appliquées. Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont disponibles auprès des professionnels. Lors des rencontres avec les professionnels et les différents circuits d'investigation, il a été constaté que les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques (hygiène des mains, précautions standard et complémentaires, absence de port de bijoux, ...). Les circuits des déchets (infectieux, ordures ménagères, tri sélectif, ...) sont conformes aux attendus. L'hygiène des locaux est tracée. Plusieurs audits ont été réalisés, notamment sur l'hygiène des mains. La clinique promeut la vaccination auprès des professionnels par de la sensibilisation et un accès gratuit aux vaccins en son sein. Le transport des patients en intra hospitalier est organisé et maîtrisé. Un brancardier est formé aux conditions d'hygiène, de confort et de sécurité du patient. Les équipes de soins déclarent et analysent les résultats liés à la qualité et à la sécurité des soins (événements indésirables associés aux soins, CREX avec une méthode d'analyse des causes, ...). Des évaluations de résultats cliniques sont mises en œuvre et certaines intègrent des programmes de recherches (revue de pertinence, double évaluation, potentiel d'amélioration...). Ces démarches aboutissent à des plans d'actions par unité.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
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	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

La clinique FSEF de Rennes Beaulieu articule son offre de soins avec celle du territoire, grâce à sa forte implication sur son territoire de santé. La gestion des tensions hospitalières est structurée. C'est un établissement de référence pour la prise en charge de la santé des adolescents et jeunes adultes. Le positionnement de la clinique sur son offre de soins en psychiatrie et en SMR est identifié, au niveau départemental, régional et interrégional par l'ensemble des acteurs des différents territoires. Une coordination territoriale dynamique est

développée, impulsée par la gouvernance. Des nombreuses conventions sont formalisées avec des établissements de santé, des associations, des libéraux, du médico-social et l'éducation nationale pour fluidifier les parcours : CHU Rennes, CHU de Brest et Centre hospitalier Guillaume Régnier, notamment pour renforcer la complémentarité médicale entre les établissements, l'université de Rennes pour l'accompagnement universitaire, le comité départementale handisport 35 pour la promotion sport-santé, convention avec les SAVS pour le développement de l'offre en faveur des personnes en situation de handicap... De nombreux échanges et recours sont mis en place avec des unités spécialisées du CHU de Rennes ou des cliniques du territoire : pédiatrie, douleur, neurologie, anorexie, maladies rares, chirurgie escarres, oncologie, épilepsie... La clinique contribue aux projets territoriaux de santé avec une participation au contrat local de santé de Rennes agglomération, au PTSM 35 sur les thématiques jeunes et jeunes adultes et à la CPTS Nord de Rennes. Les modalités de communication permettent aux usagers de contacter les médecins et l'établissement aisément. Soutenue par la fondation qui a créé un pôle hospitalo-universitaire, la clinique FSEF de Rennes Beaulieu participe à plusieurs travaux de recherche et des publications à titre d'exemple « La prise en charge des troubles du comportement et des émotions chez les patients cérébraux lésés » ; « Traitement de la spasticité chronique sévère ». La clinique est par ailleurs engagée dans un projet innovant, MY KER, d'accueil et d'accompagnement des adolescents et jeunes adultes présentant des troubles de l'humeur, avec une perspective de déploiement de ce modèle en région Bretagne voire au plan national. Une convention avec SOS médecin et le Centre Hospitalier Guillaume Régnier permet d'assurer la continuité de la prise en charge médicale psychiatrique de l'USEP. Le recueil de l'expression du patient relève d'enquêtes de satisfaction dans l'ensemble des unités dont le SMR où les retours des questionnaires e-satis sont très faibles. Par ailleurs, les Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) sont utilisés pour évaluer l'impact de programme d'éducation thérapeutique sur la santé des patients participant. Les résultats sont analysés et des actions d'amélioration en découlent. Plusieurs actions mobilisent l'expertise des patients. Ainsi dans l'établissement deux patients dits « émulateurs » interviennent : un à la promotion des activités sportives et l'autre à l'approche des activités artistiques. Trois patients experts sont présents dans la clinique, un au comité éthique, un accompagne l'acceptation de la sonde urinaire, un participe au Rehab lab en créant des aides techniques. Des formations à la communication avec le patient sont en place (droits des patients, bientraitance...). La clinique assure la promotion de la culture de la bientraitance. Elle participe également à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients. Le circuit de signalement des actes de maltraitance est connu. Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance, notamment pour les personnes fragiles ou potentiellement exposées (violences conjugales, enfants...) pour favoriser leur détection. Les actes de maltraitements repérés ne sont pas enregistrés dans le PMSI. L'accessibilité des locaux est assurée pour les personnes atteintes de toute forme de handicap. La clinique est organisée pour permettre au patient d'accéder à son dossier. Les délais de remise du dossier sont conformes aux attendus et le suivi est présenté en CDU. Le Dossier Médical Partagé (DMP) est alimenté. Les représentants des usagers présents sont impliqués au sein de la clinique, ils participent à l'analyse d'évènements indésirables, à la commission des usagers, tiennent une permanence mensuelle. Cependant, ils ne sont que deux représentants et les démarches engagées par la direction de la clinique pour augmenter leur représentation n'ont pas abouties. De ce fait, les actions auprès des patients et des professionnels, si elles sont favorisées, restent difficiles à mettre en place et le projet des usagers n'a pas pu être formalisé. Par ailleurs, ils n'ont pas été sollicités pour participer à la réflexion éthique de la clinique. La gouvernance fait preuve de leadership et fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Un Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est en place (PAQSS). Les évènements indésirables graves sont analysés collectivement. Les IQSS (Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins) sont diffusés au sein de la clinique et les actions d'amélioration basées sur les résultats de ces IQSS sont connues de tous les professionnels des secteurs concernés. La gouvernance pilote l'adéquation des compétences et des ressources disponibles nécessaires à la qualité et la sécurité des soins. Les modalités de remplacements sont formalisées et les professionnels intervenant pour la première fois à la clinique sont accompagnés et disposent d'un livrable sur leurs activités. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées et les participations aux colloques sont favorisées, les praticiens les partagent au sein des équipes. La gouvernance impulse le travail en équipe et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en

équipe. La commission de réflexion éthique se réunit tous les deux mois pour répondre aux saisines des professionnels. Un référent éthique fait le lien entre les professionnels et la commission pour recueillir les questionnements. Des avis sont publiés par la clinique mais également par la fondation. Une politique Qualité de Vie au Travail (QVT), impulsée par la gouvernance, est déployée. Les professionnels bénéficient, en première intention, d'une écoute par l'encadrement leur permettant de prendre du recul face à des difficultés interpersonnelles ou des situations de soins complexes. Ils peuvent à leur initiative appeler un psychologue ou un assistant de service social extérieur à l'établissement. Les responsables de service bénéficient de formations managériales. Le programme de formation est suivi. Les compétences individuelles sont développées en lien avec les pathologies prises en charge. La synchronisation des temps des équipes médicales et paramédicales est effective. Dans le domaine spécifique des risques et des menaces auxquels l'établissement peut être confronté, des plans de prévention sont établis. Les conduites à tenir face aux situations critiques et aux risques numériques sont diffusées. Un exercice de crise sur ce risque a été réalisé en 2023, ainsi que des exercices quotidiens sur le phishing. Le plan de sécurisation des personnes et des bâtiments est formalisé, cependant des professionnels soignants de nuit ont relaté des difficultés de gestion des allées et venues en fin de soirée (21H-22H30). Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont maîtrisés. Un référent est nommé. Un plan d'action suit, les filières de tri des déchets (papier, masques, piles, bio-déchets...), les mesures de maîtrise des consommations énergétiques et l'ensemble des actions en faveur du développement durable. En revanche, le bilan carbone de la clinique n'a pas été réalisé. Les équipes connaissent la prise en charge des urgences vitales et disposent de matériels adaptés et contrôlés, ainsi que d'un numéro d'alerte direct. La formation aux gestes de première d'urgence est organisée. La clinique réalise des exercices de mise en situation. Une démarche est en cours pour la mise en place d'un sac de premières urgences pour des interventions en proximité à l'extérieur des bâtiments.

# 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	750720575	FONDATION SANTE DES ETUDIANTS DE FRANCE	8 rue Deutsch de la Meurthe BP 147 75664 Paris Cedex 14 FRANCE
Établissement principal	350002234	CENTRE MEDICAL ET PEDAGOGIQUE DE RENNES BEAULIEU	41 avenue des buttes de coësmes 35700 Rennes 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	44
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	27
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	10
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	10
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	10
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	10
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			Non applicable
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
5	Audit système			
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte	

			Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Psychiatrie et santé mentale	
11	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaire
15	Traceur ciblé			Transport interne assis ou couché entre 2 services par un brancardier ou personnel de soins
16	Audit système			
17	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
18	Audit système			

19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
20	Traceur ciblé			El critique
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
22	Audit système			
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
25	Audit système			
26	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaire

27	Audit système			
28	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
29	Audit système			

---

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

---

