



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

ERASME

143 avenue armand guillebaud
92160 Antony



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	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 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

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

ERASME	
Adresse	143 avenue armand guillebaud 92160 Antony FRANCE
Département / Région	Hauts-de-Seine / Ile-de-france
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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	920804465	ETAB.PUBLIC DE SANTE ERASME	143 avenue armand guillebaud 92160 Antony FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

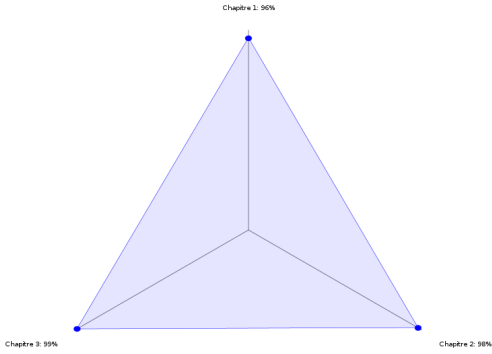
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Tout l'établissement

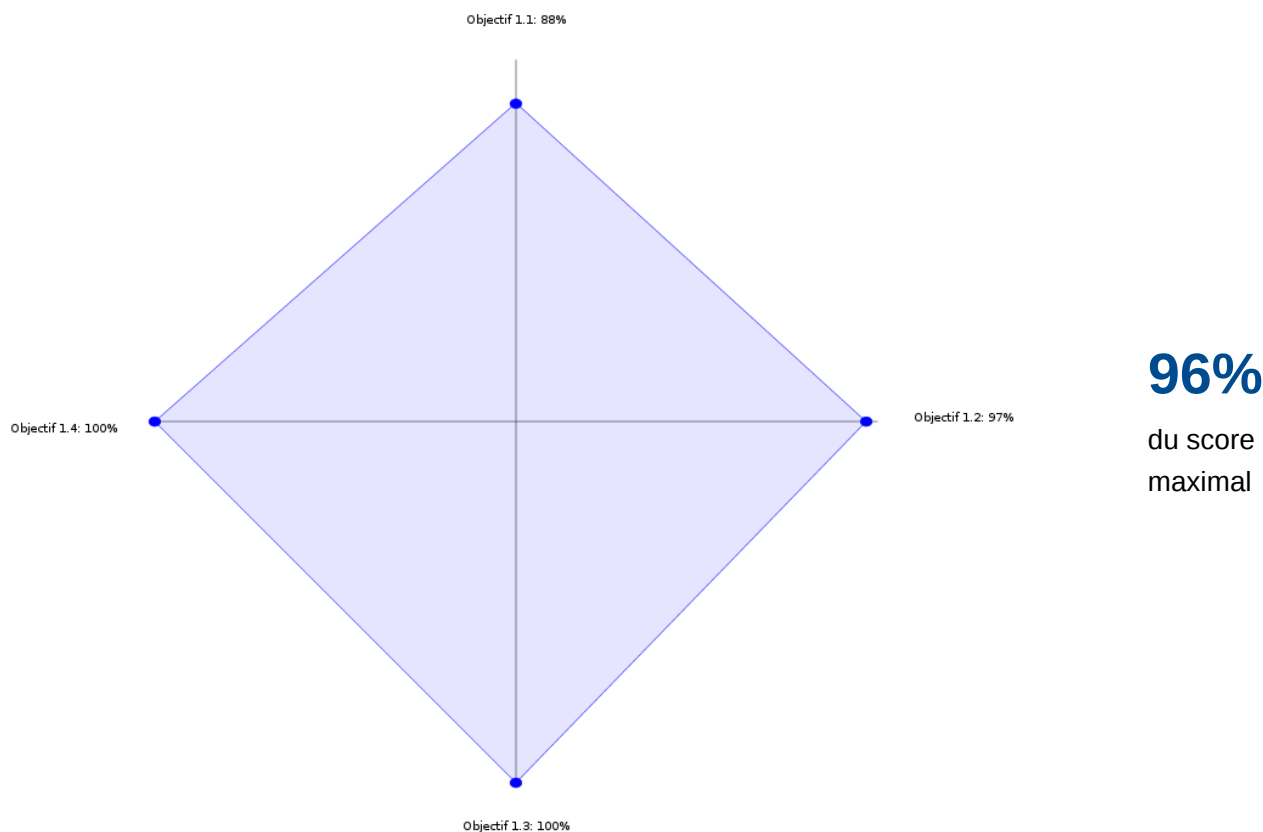
Au regard du profil de l'établissement, [106](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

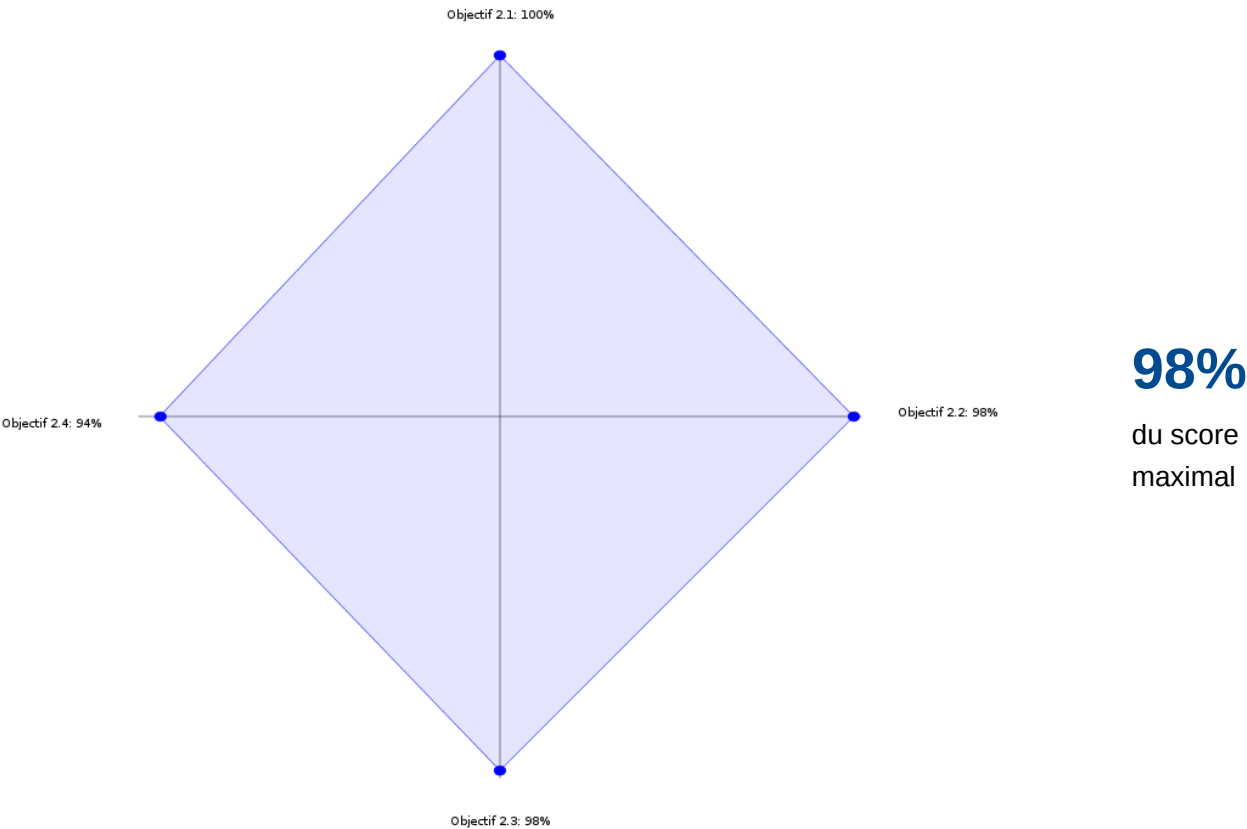


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

La prise en charge du patient au sein de l'Etablissement Public de Santé ERASME répond aux attentes du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé. Le patient reçoit une information claire et adaptée tant sur ses droits (Charte du patient hospitalisé, Charte Romain Jacob, patients sous contrainte, ...) que sur son état de santé. Le livret d'accueil est très largement diffusé avec une information précisant la composition nominative de la Commission des usagers (CDU) et les modalités pour les joindre directement ; néanmoins ces modalités sont peu connues des patients rencontrés. Le patient est impliqué dans toute décision majeure sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques, y compris pour les enfants et adolescents. Son consentement libre et éclairé est recueilli aux différentes étapes de sa prise en charge. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé. Le patient est informé qu'il peut désigner une

personne à prévenir ainsi qu'une personne de confiance. Il en est de même pour la rédaction de directives anticipées et faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs (pour la population concernée). A noter que le droit à rédiger des Directives anticipées ainsi que la possibilité de déclarer un évènement indésirable associé aux soins est méconnu des patients. Le patient vivant avec un handicap, ou âgé, bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour (accès total aux personnes à mobilité réduite). Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner (livret d'accueil, site internet, affichage). Il est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction (questionnaire de sortie, retour sur le vécu en chambre d'isolement, réunions soignants soignés, médiatrice santé pair, éducation thérapeutique, ...). Le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité a été confirmé lors des entretiens avec les patients même si quelques chambres à 2 lits sont encore présentes lesquelles devraient disparaître lors des prochains travaux de réhabilitation du bâtiment principal d'hospitalisation. Les professionnels sont identifiables (tenue professionnelle ou badge). L'établissement dispose majoritairement de chambres seules: cabinet de douche à l'italienne, placard fermant à clé pour les effets personnels, coffre-fort, chambre fermable à clé de l'intérieur, Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté avec une unité dédiée et est très rarement hospitalisé en unité adulte. Toutes les unités adultes de l'établissement sont ouvertes. En cas d'isolement, les unités sont dotées de micro unité spécifique permettant aux patients concernés une relative liberté. Des mesures alternatives à l'isolement comme les espaces de type Snoezelen® existent dans certaines unités. Des espaces d'apaisement sont à l'étude. Tout comme l'isolement, la contention mécanique (peu utilisée au sein de l'établissement) relève systématiquement d'une décision médicale. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur; cependant lors de prescription d'antalgique « si besoin » le niveau de douleur n'est pas toujours précisé (Cet écart a été corrigé par l'établissement en cours de visite). Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants sont impliqués dans la mise en œuvre du projet de soins. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge : offre de soins diversifiée pour son inclusion sociale, actions soignantes, éducatives et scolaires adaptées aux mineurs. Il bénéficie également d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite (soins ambulatoires, réhabilitation psychosociale, éducation thérapeutique, équipes mobiles, ...). Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates (assistantes de service social, partenariat avec le médicosocial, ...). En prévision de sa sortie, notamment en ambulatoire, ses conditions de vie habituelles sont prises en compte et il est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

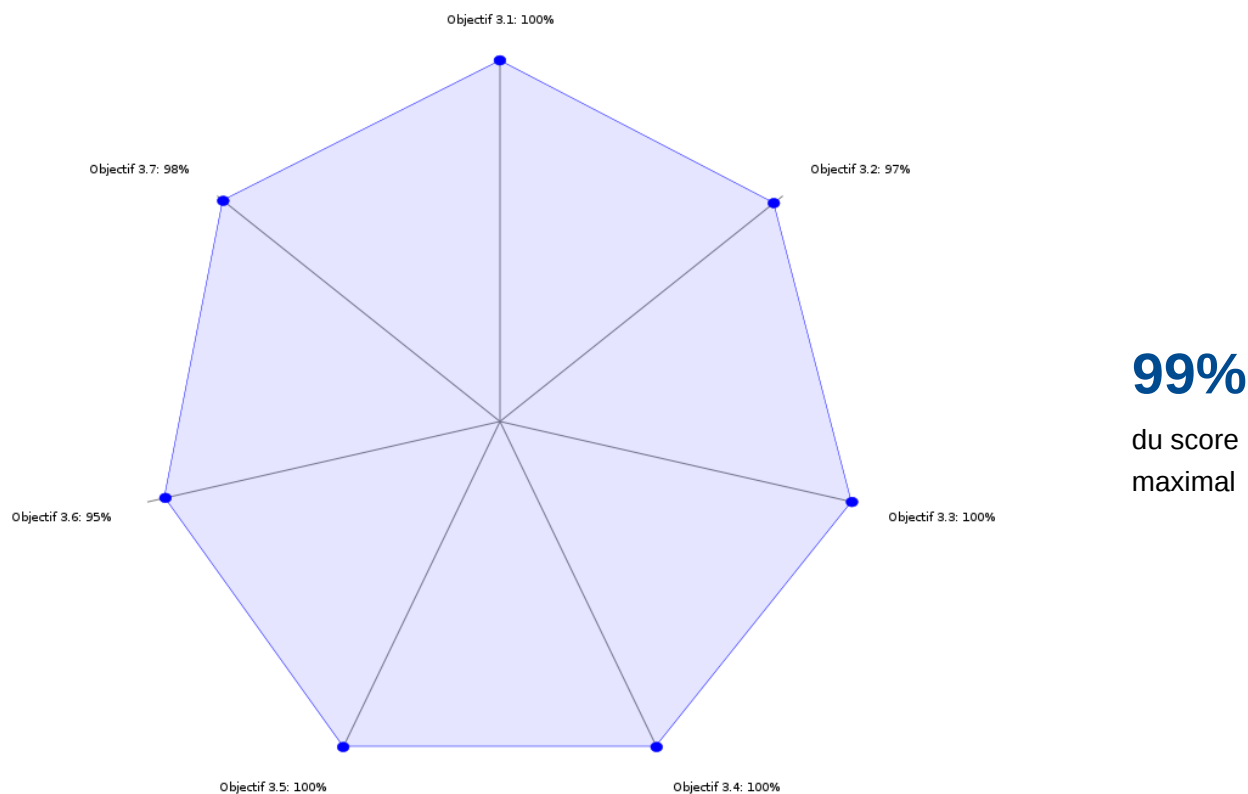


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	94%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe (transmissions orales et écrites, réunions de synthèse, ...) et plus particulièrement pour le recours à des mesures restrictives de liberté qui est argumenté et évalué. La prise en charge médicamenteuse est sécurisée (prescription, stockage, dispensation, transport, administration) et les équipes respectent les bonnes pratiques. Une infirmière référent « Pharmacie » est en place dans chaque unité. Il existe des modalités de contrôle spécifiques pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement (liste, pictogrammes, ...). Le circuit des stupéfiants est sécurisé. Le stockage des produits de santé se fait dans de bonnes conditions de conservation et de sécurité. La prise en charge de l'antibiothérapie per os est assurée (très peu de prescription) avec un référent clairement identifié. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les

plus à risques à l'admission et à la sortie et plus particulièrement le risque de dépendance iatrogène. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de sa prise en charge (accueil, actes thérapeutiques, examen de laboratoire, ...) pour les patients non communicant (bracelet d'identification) et les enfants et adolescents en intra hospitalier (photo du patient dans son dossier). Cependant, ce dispositif d'identification du patient n'est pas généralisé à tout l'établissement mais devraient l'être prochainement. 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, manches courtes, précautions standards et complémentaires,...). La mise en application des vigilances sanitaires est effective et la liste des correspondants affichée et connues. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et l'Équipe Opérationnelle d'hygiène (EOH) sont opérationnels. Les circuits des déchets (ordures ménagères, tri sélectif, Déchets d'Activités de Soins à Risques infectieux ...) sont conformes aux attendus. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient (antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de bilan, allergies, ...) sont intégrés dans le dossier du patient et accessibles rapidement sauf les écrits des psychologues rarement retrouvés. Un bilan somatique est réalisé à toute admission et son suivi assuré. Des infirmières de pratiques avancées complètent le dispositif. Le carnet de santé chez l'enfant est consulté et mis à jour. Le dossier du patient est accessible par les professionnels impliqués et ce quel que soit le lieu où le type de prise en charge. Les équipes se coordonnent pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de la prise en charge du projet de soins. Des Plans de Prévention Partagé pour les situations de récurrence d'épisodes de violence (pour les patients éligibles) sont en place. Les équipes de soins analysent les résultats liés à la qualité et à la sécurité des soins (cliniques, satisfaction du patient, évènement indésirables associés aux soins, ...). Chaque pôle dispose de tableaux de bord, de référents qualité. Pour ce qui concerne les recommandations vaccinales des professionnels de santé, des mesures incitatives sont menées par la Direction des soins, les ressources humaines, la pharmacie, ...Le Service de Santé au Travail propose également la vaccination sur place.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
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	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

L'établissement participe et est acteur des projets territoriaux de parcours (Projet Territorial de Santé Mentale, ...) et a mis en place de nombreuses modalités de collaboration tant avec les autres établissements sanitaires du Groupement Hospitalier de Territoire Psy Sud Paris, mais aussi avec les structures médico-sociales et sociales. Une communication centrée sur le patient promeut toutes les formes d'expression. La gouvernance

veille à la diffusion et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance. L'établissement, promeut la recherche clinique en son sein (médicale et paramédicale). Il assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap, néanmoins l'accès aux personnes malvoyantes est un axe d'amélioration. Il assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients et leur entourage. Un comité éthique est en place. L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement dans les instances (le Président de la CDU est un représentant des usagers) et dans la vie de l'établissement. Les représentants des usagers contribuent à l'élaboration du programme qualité. L'EPS ERASME soutient l'« expertise patient » (médiatrice de santé pair, réunion soignants soignés, retour sur le vécu en isolement...). L'accès du patient à son dossier est organisé et conforme à la réglementation. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe (PACTE, Team building, ...). Elle 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 EIG sont analysés collectivement. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est réalisée mais les revues de pertinence des séjours sont à développer. Les responsables de l'établissement pilotent l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge et ont mis en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits. L'encadrement bénéficie d'une formation au management. Les professionnels disposent d'un plan de formation continue. La gouvernance de l'établissement mène une politique collaborative avec les professionnels pour une démarche de qualité de vie au travail (QVT) avec des actions innovantes (enquête sociale annuelle, boîte à idées, mise en place des 12h sur la base du volontariat, équilibre travail-vie personnelle, ...). En cas de besoin, un soutien psychologique est proposé aux agents avec si besoin une Commission de conciliation au niveau du GHT. La réponse de l'établissement face aux risques auxquels il peut être confronté est adaptée (ex : tension hospitalière, Plan Blanc, situation sanitaire exceptionnelle). Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont maîtrisés : tri des déchets, parc de véhicules électriques et/ou hybrides, suppression des bouteilles d'eau, Les risques numériques sont sécurisés avec des exercices de simulation. Pour ce qui concerne le risque lié à la prise en charge des urgences vitales, chaque unité d'hospitalisation complète est dotée d'un chariot d'urgence et des défibrillateurs sont en nombre dans le bâtiment. Les professionnels sont formés. Pour une urgence au sein de l'unité, un bouton rouge situé dans le bureau infirmier permet de contacter directement un médecin ainsi qu'un appel à renfort. En dehors des unités, un autre numéro d'appel est en place pour appeler un médecin mais également en cas d'incendie (via la personne de la loge à l'entrée de l'établissement). Ces deux dispositifs ne correspondant pas aux attentes du référentiel (appel unique), cette ambiguïté a été levée au cours de la visite (l'établissement a modifié le système d'appel pour ne conserver qu'un seul et unique appel en cas d'urgence vitale). En ambulatoire, certains Centres Médicaux Psychologiques n'étant pas tous équipés de mallette d'urgence, l'établissement a également modifié au cours de la visite son protocole et le matériel d'urgence a été revu (mallette d'urgence, défibrillateur, ...) pour être conforme aux attentes de la Haute Autorité de santé. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée (établissement sécurisé, filtrage à l'entrée de l'établissement, ...). Les professionnels sont équipés de DATI (Dispositif d'Appel pour Travailleur Isolé).

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	920804465	ETAB.PUBLIC DE SANTE ERASME	143 avenue armand guillebaud 92160 Antony FRANCE
Établissement principal	920002177	ERASME	143 avenue armand guillebaud 92160 Antony FRANCE
Établissement géographique	920810868	CMP ENFANTS 2 / SECTEUR VI-CLAMART	18 rue ile de france 92140 Clamart FRANCE
Établissement géographique	920170149	CENTRE JEAN WIER- HOPITAL DE JOUR ADULTES -	5 rue michelet 92150 Suresnes FRANCE
Établissement géographique	920140043	CMP/HOPITAL DE JOUR - SECTEUR 21	79 rue prosper legouté 92160 Antony FRANCE
Établissement géographique	920025160	CATTP / SECTEUR V- CHAVILLE	1713 avenue roger salengro 92370 Chaville FRANCE
Établissement géographique	920025152	CMP ENFANTS-CHAV SEVRES	259 avenue roger salengro 92370 Chaville FRANCE
Établissement géographique	920025145	CMP ENFANTS / SECTEUR V- BOULOGNE BILLANCOURT	41 rue saint denis 92100 Boulogne-Billancourt
Établissement géographique	920813995	CMP/HOPITAL DE JOUR -SECTEUR 20	11 rue des vallées 92290 Chatenay-Malabry
Établissement géographique	920813003	CMP/HOPITAL DE JOUR -CENTRE JOAN RIVIERE	18 rue camille pelletan 92120 Montrouge FRANCE
Établissement géographique	920810678	CMP ENFANTS / SECTEUR VII- BAGNEUX	12 rue monceaux 92220 Bagneux FRANCE
Établissement géographique	920810660	CMP L AUBIER-CENTRE DU TOUT PETIT	121 bis avenue general leclerc 92340 Bourg-La-Reine
Établissement géographique	920810652	CMP ENFANTS/ SECTEUR VI-VANVES	34-36 rue jean bleuzen 92170 Vanves FRANCE

Établissement géographique	920810645	CMP ENFANTS/ SECTEUR VI-LE PLESSIS ROBINSON	27 avenue Léon Blum 92350 Le Plessis-Robinson FRANCE
Établissement géographique	920810637	CMP ENFANTS/ SECTEUR VI-ISSY LES MOULINEAUX	198 avenue de verdun 92130 Issy-Les-Moulineaux FRANCE
Établissement géographique	920810629	CMP ENFANTS 1 / SECTEUR VI- CLAMART	24 avenue du docteur calmette 92140 Clamart FRANCE
Établissement géographique	920800703	CMP ENFANTS / SECTEUR VII- CHATENAY MALABRY	138 avenue division leclerc 92290 Chatenay-Malabry
Établissement géographique	920029477	CMP 92I07 P.P.U.M.M.A	121 avenue du Général Leclerc 92340 ANTONY FRANCE
Établissement géographique	920029485	CMP - CASA 92I06	60 rue du général leclerc 92130 ISSY LES MOULINEAUX FRANCE
Établissement géographique	920029469	CMP 92I07 ENFANTS ANTONY	80 rue pierre vermeir 92160 ANTONY FRANCE
Établissement géographique	920023868	CMP 92I06 ENFANTS ET ADOLESCENTS	5 rue avaulee 92240 MALAKOFF FRANCE
Établissement géographique	920015849	CMP POUR ADOLESCENTS/ JEUNES ADULTES	11, rue de la république 92190 Meudon FRANCE
Établissement géographique	920015898	CMP ODYSSEE	17 avenue de verdun 92330 Sceaux FRANCE
Établissement géographique	920006038	MAISON THERAPEUTIQUE - SECTEUR 20	10 boulevard des pyrénées 92160 Antony FRANCE
Établissement géographique	920014198	CATTP ADULTES-CLUB RIVAGE	14 avenue du general charles de gaulle 92150 Suresnes 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	0
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	113
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	11
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	124
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	47
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	12
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	59
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	3
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	4
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	7
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	44,181
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	60,182
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	104,363
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable (injection de NAP en intra)
6	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	

9	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
13	Audit système			
14	Traceur ciblé			NA
15	Traceur ciblé			NA
16	Audit système			
17	Audit système			

18	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un antibiotique per os
19	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
20	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
21	Audit système			
22	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
23	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
24	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
25	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
26	Audit système			
27	Audit système			
	Patient		Psychiatrie et santé mentale	

28	traceur		Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
29	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
30	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
32	Audit système			
33	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
34	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé	

			Tout l'établissement	
--	--	--	----------------------	--

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

