



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

## **HAD SANTE SERVICE**

88 Rue de Villiers  
92300 LEVALLOIS-PERRET



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	11
Chapitre 3 : L'établissement	13
Table des Annexes	15
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	16
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	17
Annexe 3. Programme de visite	21

# 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 sous conditions de l'établissement.

# Présentation

HAD SANTE SERVICE	
Adresse	88 Rue de Villiers 92300 LEVALLOIS-PERRET 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	920029097	FONDATION SANTE SERVICE	88 rue de Villiers 92300 LEVALLOIS-PERRET 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
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, **103** critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

A la Fondation Santé Service, les patients adultes et mineurs reçoivent une information claire et adaptée à leur degré de discernement sur leur état de santé, leurs soins, leur traitement et ses effets secondaires. Cette information intègre la réflexion bénéfique risquée. Les temps de préadmission donnent lieu à une présentation de l'HAD par les infirmières de coordination hospitalières et alimentent une information ciblée et personnalisée avant l'installation à domicile. Le consentement du patient et celui de ses proches est recherché à l'entrée en HAD, un document spécifique interne définit la fréquence des mises à jour des consentements suivant la nature de la prise en charge (prises en charge répétitives, ré-hospitalisation, interruption de prise en charge), mais il n'a pas été retrouvé lors de chaque séjour en hospitalisation dans certains dossiers. Le projet personnalisé de soins (PPS) est élaboré, dans un premier temps, conjointement entre les infirmières de coordination hospitalière et les équipes médicales et paramédicales de l'établissement hospitalier. La mise à jour du PPS est assurée par les équipes de l'HAD tout au long de la prise en charge mais intègrent peu les dimensions médicales et pluridisciplinaire. La traçabilité de l'information du patient sur son PPS n'est pas retrouvée dans les dossiers. Ses besoins et préférences ainsi que ses conditions de vie sont évalués et permettent une prise en charge personnalisée associant les proches et/ou les aidants. La sortie est souvent anticipée, elle est organisée et planifiée. Malgré des dispositifs structurés d'informations sur l'ensemble de leurs droits inscrits notamment dans le livret d'accueil remis et commenté par les infirmières de l'HAD, plusieurs patients ne connaissent pas l'existence des représentants des usagers, leur possibilité d'exprimer leur satisfaction ou expérience comme la déclaration d'un événement indésirable ou la possibilité de soumettre une réclamation. L'établissement accompagne de nombreux patients en fin de vie, ils peuvent faire valoir leur décision de pouvoir accéder aux soins palliatifs. Dans ces situations, les équipes travaillent en pluridisciplinarité, le recours aux spécialistes est possible. L'information du patient sur la possibilité de formuler des directives anticipées est peu tracée dans les dossiers et lorsqu'elles ont été formulées, elles n'ont pas été toujours retrouvées. Les patients et leurs familles savent comment contacter l'établissement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en suivant les consignes figurant sur le dossier domicile. Un médecin ou une infirmière peut leur répondre en cas de besoin et intervenir au domicile : en journée, une secrétaire oriente les appels vers la personne pouvant répondre à la demande du patient ou de son entourage et la nuit, un cadre reçoit les appels, peut solliciter un des 21 infirmiers en poste pour intervenir au domicile et joindre un médecin coordonnateur d'astreinte. Les droits des patients sont respectés dans l'ensemble de leur composante. Les pratiques des soignants empreintes d'une grande dignité permettent le respect de l'intimité, de la confidentialité, le maintien de l'autonomie et les besoins d'une patientèle qu'elle soit mineure ou adulte. Lorsque le patient est porteur d'un handicap, âgé ou en situation de précarité, les modalités de prise en charge sont adaptées et les carences en soins recherchées. Les soignants intervenant dans la filière pédiatrique sont formés à cette spécialité (puéricultrices, pédiatres). Le recours à la contention mécanique relève d'une prescription médicale argumentée mais la réévaluation de la pertinence de son maintien n'a pas toujours été retrouvée. L'évaluation et le soulagement de la douleur morale ou physique sont recherchées; toutefois, la traçabilité dans les dossiers n'est pas exhaustive. Il existe des échelles douleur adaptées à la typologie du patient. Les prescriptions d'antalgiques si besoin sont laissées à l'appréciation des infirmiers sans échelle objective et intervalles de prises précisés. L'implication du patient comme partenaire de soins tout comme celle de ses proches est recherchée. Les professionnels sont attentifs au moindre signe d'épuisement des aidants, organisent des visites à domicile de l'assistante sociale, de la psychologue et le cas échéant proposent des hospitalisations de répit, du balluchonnage. Après le décès d'un proche, un suivi de deuil est proposé aux familles

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Lors d'une demande d'admission en HAD, l'hospitalisation est argumentée et relève de critères bien spécifiques. Les médecins sont sollicités par les cadres pour des prises en charge complexes mais ne donnent pas un avis pour toutes les entrées. La pertinence des admissions et les durées de séjours sont analysées. Les équipes questionnent leurs pratiques, s'appuient sur des protocoles conformes aux recommandations et intègrent le bénéfice risque. Le lien avec les partenaires libéraux est étayé par des temps de rencontres, de concertation pour répondre aux besoins du patient. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée. La réévaluation entre 48h et 72h est effective. Les prescripteurs peuvent s'appuyer sur des expertises en interne ou en externe et ont bénéficié de formations au bon usage des antibiotiques. Le dossier du patient est informatisé pour les professionnels salariés, complété d'un dossier papier au domicile afin de permettre à l'ensemble des intervenants un accès aux données des patients et une traçabilité de leurs actes et observations. Le dossier médical partagé est alimenté. Les éléments du carnet de santé des enfants ne sont pas intégrés au dossier à l'entrée ni mis à jour à la sortie de l'enfant. Les équipes se réunissent à des moments définis : des temps de transmissions quotidiens, des rencontres hebdomadaires entre cadres et médecins et des réunions pluriprofessionnelles mensuelles. Les comptes rendus de ces réunions pluridisciplinaires ne sont pas toujours retrouvés dans les dossiers, de même que l'identification des participants. La coopération avec les libéraux est effective, cependant le protocole de soins n'est pas systématiquement communiqué aux médecins traitants. La coordination de la démarche palliative est assurée par une équipe experte associant les professionnels support de soins ainsi que des partenaires externes favorisant une prise en soins respectueuse des volontés exprimées par le patient. La continuité des soins est assurée de façon permanente 24 h sur 24, 7 jours sur 7. La nuit, deux cadres et une infirmière assurent la régulation des appels, 21 infirmiers de nuit peuvent intervenir au domicile et un médecin de l'HAD est d'astreinte pour l'ensemble des patients. Un pharmacien assure également une astreinte. Il existe des trousse d'urgences dédiées à la gestion de symptômes sévères imprévus chez des patients en soins palliatifs ainsi que des prescriptions anticipées personnalisées. Suite aux échanges avec les experts durant la visite, une réflexion sera menée par la CME sur le recours possible à certains antidotes comme le NARCAN. La lettre de liaison en sortie d'HAD n'est pas toujours retrouvée et n'intègre pas le bilan thérapeutique. L'identitovigilance est assurée par les professionnels à toutes les étapes de la prise en charge : contrôles d'identité à l'admission, intégration de la carte d'identité dans le dossier, mise en œuvre de la qualification de l'INS, étiquettes patients sur l'ensemble des pièces du dossier papier ainsi que sur les différents contenants au domicile (boîtes de médicaments, piluliers...). Les équipes maîtrisent les vigilances sanitaires. Les médicaments et dispositifs médicaux stériles sont délivrés de manière nominative et hebdomadaire par la PUI et livrés chez les patients par un prestataire. La fondation fait rarement appel à des officines de ville. Les prescriptions réalisées par le médecin hospitalier ou le médecin traitant sont récupérées lors de la préadmission par les infirmières de coordination hospitalières ou depuis le domicile par une infirmière de soins et transmises à la PUI en les scannant dans le dossier informatisé par une application mobile. Les prescriptions sont validées par un pharmacien qui réalise l'analyse pharmaceutique a priori du traitement. Lors des visites à domicile, les experts ont constaté que les pharmaciens ne disposaient pas toujours de l'intégralité du traitement personnel des patients. L'analyse pharmaceutique n'est pas reliée au dossier pharmaceutique à ce jour inaccessible à l'établissement. Les prescriptions sont ensuite traitées par un préparateur réalisant le découpage de chaque ligne de l'ordonnance en étiquettes collées sur un support de prescription et d'administration édité au moment de la délivrance des médicaments. Un bon de préparation est établi et le colis contenant les médicaments suit une chaîne de dispensation soumises à plusieurs contrôles avant la livraison à domicile par un prestataire extérieur respectant les dispositions spécifiques de sécurisation

lors du transport. Une unité de reconstitution des cytostatiques (URC) est adossée à la PUI. La prescription de chimio est adressée par l'IDE de coordination hospitalière à la PUI pour validation et analyse pharmaceutique. La prescription est reprise dans le logiciel de chimiothérapie et une fiche de préparation ainsi qu'un plan d'administration sont émis. Une fiche navette de programmation est adressée au secrétariat des secteurs à J-2 de l'administration par l'URC pour validation du « feu vert » requis pour la livraison du traitement. La chaîne de préparation est conforme en termes de contrôles avant dispensation. Le colisage est réalisé en trois contenants pour éviter les fuites de produits durant le transport et l'élimination des résidus restants après administration est organisée. Les infirmières vérifient la plupart du temps la conformité de la livraison des médicaments au domicile mais il peut arriver lors d'un changement de prescription qu'un patient autonome reçoive un nouveau traitement sans accompagnement par une infirmière. Lorsque le patient et/ou son entourage sont autonomes, l'évaluation de leur capacité à l'auto-administration doit être réalisée à l'admission par une grille dédiée à cet effet dans le dossier informatisé mais elle n'a pas été retrouvée pour tous les patients. Le support de prescription et d'administration précise qui prépare et qui administre les traitements. Tous les originaux des ordonnances sont dans le dossier papier du domicile afin de vérifier la conformité du traitement avec les étiquettes avant administration. Les experts ont pu constater des corrections manuscrites sur les étiquettes. La traçabilité de l'administration des médicaments est irrégulière ainsi que la non administration. S'agissant des patients autonomes pour la prise de médicaments, la traçabilité est réalisée a posteriori par une infirmière conformément à la procédure. Le médecin coordonnateur n'ayant pas accès au dossier papier domicile n'a pas la vision de l'observance des traitements. Il a seulement accès aux ordonnances et aux transmissions infirmières dans le dossier informatisé. Une liste des médicaments à risque est disponible, elle est connue des professionnels qui ont été sensibilisés aux risques induits par ces médicaments. Les mesures barrière permettant de sécuriser les étapes du circuit ne sont pas systématiquement respectées : pas d'identification de ces médicaments sur le support de prescription et d'administration, règles de stockage à domicile pas toujours conformes (chimiothérapie per os non sécurisée au domicile d'un enfant, coffre à morphine accessible à l'entourage d'un patient, absence de contrôle de la température pour un médicament thermosensible). L'établissement a immédiatement mis en place des mesures correctives et a rappelé les bonnes pratiques aux équipes. Une équipe opérationnelle d'hygiène intervient sur les différents pôles. Les soignants ont été formés au respect des précautions standard et complémentaires ainsi qu'à la gestion des excréta. Des audits portant sur l'hygiène des mains type « quick audit » ont été effectués ainsi que des audits sur le respect des pratiques de branchement et débranchement sur des abords veineux et des évaluations relatives au respect des précautions complémentaires. Les professionnels rencontrés se sont appropriés les bonnes pratiques d'hygiène des mains et connaissent le taux de consommation du SHA. Les patients sont également sensibilisés au risque infectieux et au respect des précautions complémentaires. Les actions d'amélioration issues des différentes évaluations sont en place. L'établissement a mené une campagne de sensibilisation aux vaccinations recommandées et a donné la possibilité d'accès sur site à la vaccination notamment pour la COVID 19 et la grippe. Les professionnels ont connaissance des taux de vaccinations et une enquête sur les freins à la vaccination antigrippale a été réalisée. La démarche d'évaluation continue de la qualité de la prise en charge repose sur une analyse des pratiques dans le cadre d'évaluation des pratiques professionnelles et sur le recueil d'indicateurs de pratiques cliniques. Les indicateurs Qualité Sécurité des Soins sont suivis et donnent lieu à des actions d'amélioration lorsqu'ils sont inférieurs au seuil de conformité. Des visites de risques sont réalisées au domicile. La satisfaction du patient est recueillie, des actions d'améliorations sont définies et connues des professionnels. L'évaluation et l'exploitation de l'expérience patient sous toutes ses formes sont en place. Le dispositif de déclaration des événements indésirables associés aux soins est effectif et connu des professionnels. A l'appui de méthodes d'analyses systémiques des causes, des CREX sont réalisées en associant les équipes, les résultats et les plans d'actions sont communiqués aux professionnels et aux représentants des usagers.

## Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire d'intervention en proposant une offre de soins adaptée aux besoins de la population. Le maillage territorial développé par la Fondation Santé Service permet d'assurer la coordination des parcours de soins en partenariat avec des établissements de santé sanitaires mais également avec des structures dans le champ médico-social. Une politique « d'aller-vers » certains partenaires comme des équipes mobiles (équipe mobile en soins palliatifs, équipe mobile gériatrique) est mise en œuvre. La Fondation a pris contacts avec plusieurs CPTS et dispositifs d'appui à la coordination. Un circuit a été organisé avec les différents établissements partenaires pour éviter un passage par les urgences aux patients devant être hospitalisés avec la plupart du temps un accès direct dans un service spécialisé. Par ailleurs, L'HAD assure une astreinte de nuit dans plusieurs EHPAD du territoire pour éviter des hospitalisations pour des urgences relatives et pour les patients les plus à risques, les équipes médicales ont ouvert un « dossier dormant » permettant une prise en charge rapide en HAD si l'état de santé du résident se dégradait évitant ainsi un passage aux urgences. Il existe un pôle innovation et recherche visant à participer à des publications autour de la prise en charge des patients à domicile (étude observationnelle sur l'état de santé du patient en HAD par exemple). La Fondation participe également à des essais de matériel en collaboration avec des fournisseurs et est en soutien des centres hospitaliers pour les suivis d'essais cliniques de patients admis en HAD. Les modalités de communication de l'HAD sont accessibles et permettent aux différents acteurs du territoire de les contacter (site internet, présence des infirmières de liaison dans les hôpitaux...). Une messagerie sécurisée permet aux médecins des échanges de données de santé avec d'autres professionnels, le DMP est alimenté. La satisfaction du patient est évaluée par un questionnaire en fin de prise en charge et un questionnaire annuel. L'évaluation et l'exploitation de l'expérience patient sont réalisées par les Représentants des Usagers formés à cet effet, ils ont communiqué les résultats aux équipes. Les patients traceurs réalisés en interne complètent le dispositif. Des formations sur la communication centrée sur les patients et les particularités des relations au domicile sont proposées aux professionnels (accompagnement en soins palliatifs, relation avec les aidants, communication thérapeutique dans le soin...). Lors de la visite, les experts ont constaté que les professionnels intervenant au domicile n'étaient pas identifiables, l'établissement a pris en compte ce constat et va doter chaque salarié d'un badge avec photo, nom, prénom et métier. La gestion des plaintes et réclamations est en place, elles sont suivies et font l'objet d'une communication en CME, en CDU et aux équipes concernées. L'accès du patient à son dossier est organisé. Les représentants des usagers sont associés à la vie de l'établissement, ils disposent des informations utiles à leurs missions et leur avis est pris en compte. Ils participent à différentes instances (CLUD, CLIN...). Le projet des usagers ayant été finalisé récemment, il n'a pu être articulé au projet médical de 2021- 2025 mais il a été diffusé. L'établissement promeut la bientraitance et prévient la maltraitance en son sein : une charte de bientraitance est rédigée, les professionnels ont été sensibilisés par des vidéos montrant des pratiques pouvant glisser vers de la maltraitance ordinaire. Il existe une procédure de signalement de maltraitance, le dispositif est connu. Les cas de maltraitance sont suivis dans le PMSI ainsi que dans les bilans d'activité des assistantes sociales. L'accès aux soins aux personnes vulnérables est facilité, des ressources sont à leur disposition tout au long de leur hospitalisation. Les ressources paramédicales sont adaptées à l'activité. S'agissant des effectifs médicaux, le ratio actuel est de 1 ETP médecin pour 60 patients voire davantage selon les pôles et en cas d'absences. L'objectif de la gouvernance est de renforcer la médicalisation pour une meilleure adéquation des affectifs au regard de la file active ainsi qu'une meilleure régulation et coordination médicales des prises en charge. C'est un axe prioritaire du projet stratégique et des recrutements sont en cours. Les compétences sont disponibles : un parcours de formation est proposé aux nouveaux arrivants avec un tutorat, une période de doublure et une

planification de soins complexes progressive. Les nouveaux médecins assurent une astreinte au bout de 4 à 6 mois. Plusieurs professionnels sont dotés de formations diplômantes tels que des DU (soins palliatifs, douleur, plaies et cicatrisation). Les responsables de service peuvent bénéficier de soutien dans l'exercice de leurs missions. Ils bénéficient de formations en management (parcours socle de 6 jours pour les nouveaux managers, parcours expert pour les managers chevronnés, espaces de rencontres, coaching individuels). Le travail en équipe est facilité par des temps de synchronisation médicaux et paramédicaux organisés à périodicité régulière (staffs, temps de transmissions). Des temps d'échanges collectifs en lien avec l'organisation du travail sont organisés. Une démarche spécifique de travail en équipe PACTE a été menée par le pôle Est. Les organisations de travail ont été interrogées, l'objectif de ce travail était de passer d'une équipe d'experts à une équipe experte. Une communication sur la démarche a été menée et sera déployée prochainement sur l'ensemble des pôles. Un comité éthique permet d'aborder les questionnements identifiés par les équipes (arrêts de traitement, sédation profonde). Les médecins de l'HAD peuvent également faire appel à des ressources externes ayant une expertise dans le domaine éthique. Des enquêtes triennales relatives à la démarche QVT sont réalisées en concertation avec les instances du personnel. Un COPIL QVT est en place avec des actions initiées (véhicules de fonction, sac à dos pour les soignants, travail sur la sécurité routière, les TMS...). L'HAD n'est pas un établissement de premier recours mais la gestion de la crise COVID et les tensions hospitalières ont démontré la mobilisation de la Fondation dans la collaboration avec les établissements partenaires pour réduire et raccourcir les hospitalisations. Le plan blanc identifie différentes catégories de risques pouvant générer des situations sanitaires exceptionnelles. Une cellule de crise à 3 niveaux est opérationnelle. Le risque numérique est maîtrisé : les mesures de prévention sont connues des utilisateurs (changement de mot de passe à périodicité définie, procédure dégradée, exercice de phishing,). Une simulation de crise cyber a été organisée, un autre exercice est prévu en avril 2024. Des audits sont réalisés afin d'assurer la sécurité du système d'information. L'établissement est attentif aux enjeux du développement durable, un groupe de travail est en place, des actions issues d'un diagnostic ont été définies et communiquées aux équipes sous forme d'affichage. Une filière est en place pour les différents types de déchets. La collecte de DASRI est organisée, les cartons sont collectés au domicile et à la PUI par un prestataire. Les analyses des événements indésirables associés aux soins à forte criticité sont analysés collectivement et communiqués. Lors des traceurs ciblés EIG, l'information des patients ou de leurs représentants sur le dommage lié aux soins n'a pas été retrouvée dans les dossiers. La gouvernance encourage les équipes à s'impliquer et à s'orienter vers une culture de la sécurité et de l'amélioration des soins. L'ensemble des professionnels rencontrés se sont approprié l'exploitation des indicateurs, des évaluations, des événements indésirables. Lors de la visite, tous les constats des experts ont été analysés par la gouvernance et ont été inscrits dans le PASQSS, l'établissement a fait preuve d'une grande réactivité. Les actions issues du recueil de l'expérience patient alimentent le programme qualité en associant les RU. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :? Améliorer la traçabilité de la douleur dans le dossier patient ; Améliorer l'exhaustivité du carnet de santé de l'enfant ; Revoir le circuit du médicament et notamment la sécurisation des médicaments à risque au domicile du patient, le contrôle de la température et la traçabilité de l'administration ; Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois

# 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	920029097	FONDATION SANTE SERVICE	88 rue de Villiers 92300 LEVALLOIS-PERRET FRANCE
Établissement principal	920813623	HAD SANTE SERVICE	88 Rue de Villiers 92300 LEVALLOIS-PERRET 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)	Oui
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	Oui
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	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	1,618

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			EI et EIG
4	Traceur ciblé			NA
5	Audit système			
6	Traceur ciblé			EI et EIG
7	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Traceur ciblé			Antibiotiques injectables ou per os
9	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
10	Traceur ciblé			Médicaments à risque injectables ou per os
11	Traceur ciblé			NA
12	Audit système			
13	Traceur ciblé			Chimiothérapie
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Audit système			
18	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires

19	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
21	Audit système			
22	Traceur ciblé			Médicaments à risque injectables ou per os
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

27	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Adulte</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
28	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
29	Audit système			
30	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
31	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
32	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
33	Traceur ciblé			Antibiotiques injectables ou per os
	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p>	

34			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	



39	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
40	Traceur ciblé			Médicaments à risque injectables ou per os
41	Traceur ciblé			Médicaments à risque injectables ou per os

---

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

---

