



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

## MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

### RAPPORT DE CERTIFICATION

---

## CASH DE NANTERRE - HOPITAL MAX FOURESTIER

403 avenue de la republique  
Direction cash nanterre  
92014 Nanterre



Validé par la HAS en Janvier 2025

---

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 2025

# Sommaire

---

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Préambule                                                                 | 4  |
| Décision                                                                  | 7  |
| Présentation                                                              | 8  |
| Champs d'applicabilité                                                    | 9  |
| Chapitre 1 : Le patient                                                   | 10 |
| Chapitre 2 : Les équipes de soins                                         | 12 |
| Chapitre 3 : L'établissement                                              | 14 |
| Table des Annexes                                                         | 16 |
| Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche | 17 |
| Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025    | 18 |
| Annexe 3. Programme de visite                                             | 22 |

# 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 non-certification de l'établissement.

# Présentation

| CASH DE NANTERRE - HOPITAL MAX FOURESTIER |                                                                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Adresse                                   | 403 avenue de la republique<br>Direction cash nanterre<br>92014 Nanterre FRANCE |
| Département / Région                      | Hauts-de-Seine / Ile-de-france                                                  |
| Statut                                    | Public                                                                          |
| Type d'établissement                      | Centre Hospitalier                                                              |

**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 | 920110020 | CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS DE NANTERRE | 403 avenue de la republique<br>92014 Nanterre FRANCE |

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

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

# Champs d'applicabilité

| Champs d'applicabilité            |
|-----------------------------------|
| Adulte                            |
| Ambulatoire                       |
| Chirurgie et interventionnel      |
| Hospitalisation complète          |
| Maladie chronique                 |
| Maternité                         |
| Médecine                          |
| Pas de situation particulière     |
| Patient âgé                       |
| Patient atteint d'un cancer       |
| Patient en situation de handicap  |
| Patient en situation de précarité |
| Programmé                         |
| Psychiatrie et santé mentale      |
| Soins critiques                   |
| Soins Médicaux et de Réadaptation |
| Tout l'établissement              |
| Urgences                          |

Au regard du profil de l'établissement, [119](#) critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Au centre hospitalier d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) Nanterre- Hôpital Max Fourestier, l'analyse du parcours patient sur l'ensemble des activités de court et moyen séjour (MCO, SSR et psychiatrie) au travers des rencontres avec le patient et les équipes ainsi que les observations effectuées ont montré que le patient est impliqué et associé à sa prise en charge, son consentement est recherché et ses besoins sont évalués. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement et à son âge. Cette information est complétée de supports remis au patient cependant s'agissant de la transfusion l'établissement n'a pas mis en place de support d'information qui soit remis et expliqué au patient. La Charte de la personne hospitalisée est affichée dans la majorité des unités, cependant il n'a pas été retrouvé de chartes ou autres supports s'agissant des prises en charges spécifiques (par exemple pour la personne en situation de handicap, l'enfant...). Les équipes veillent à la préservation de l'autonomie et à la capacité à agir du patient. En maternité les futurs parents discutent du projet de naissance. La désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir est effective et tracée. L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée et respectée. Lorsque les directives anticipées sont rédigées elles sont tracées dans le dossier, une majorité de patients sont informés de la possibilité de rédiger des directives anticipées. L'existence de la CDU, et son fonctionnement sont affichés et délivrés au patient. Une majorité de patients connaissent les modalités pour solliciter des représentants des usagers ou des associations de bénévoles, mais peu d'entre eux savent comment déclarer un évènement indésirable grave ou formuler une réclamation, pour exprimer sa satisfaction, pour communiquer par messagerie sécurisée avec l'équipe médicale. De même, l'information du patient sur l'ouverture de son dossier médical partagé (DMP) et l'alimentation de celui ci sauf opposition n'est pas réalisée. Les professionnels sont attentifs au respect des droits des patients et adaptent leurs pratiques pour garantir l'intimité et la dignité des patients. Cependant, du fait des locaux certaines situations de non respect ont été observées. La présence d'oculus sur l'ensemble des portes des chambres en psychiatrie (unité 4 unités 3), en médecine interne ne permet la préservation de l'intimité des patients. Aux urgences, il a été constaté des locaux extrêmement vétustes, exigus et dégradés (portes cassées, prises arrachées, fils qui pendent). Il n'y a plus d'appel malade dans les boxes d'examen accueillant au moment de la visite des patients couchés et sous surveillance. La salle de déchocage (SAUV) est une salle commune exigüe prévue pour deux postes installés séparés de rideaux coulissants et au moment de la visite il a été constaté que le SAUV est utilisé au delà de cette capacité d'accueil pouvant aller jusqu'à 4 patients alors que les équipements, rideaux de confidentialité, prises murales, chariots de soins, respirateurs...sont prévus pour 2. Du fait de la configuration des locaux et des zones de travaux en cours (condamnant la salle d'attente) les conditions de réalisation de l'examen de tri IAO (infirmier accueil et orientation) ne sont pas remplies. Il n'y a pas de salle d'IAO dédiée, l'IAO partageant le boxe d'accueil administratif. Le tri est réalisé sans confidentialité des échanges ni respect de l'intimité (interrogatoire /examen clinique /prise des paramètres en présence de l'agent administratif) car réalisé par l'IAO dans la même zone exigüe où s'effectue l'accueil par l'agent d'accueil. La porte délimitant cet espace coté patient est entrouverte sur l'espace où attendent les patients, arrivent les ambulanciers.. sans aucune confidentialité . Cet espace ne permet pas l'accueil d'un patient couché et pour un patient debout ou couché, la prise des constantes et l'examen clinique du patient est difficile? : l'IDE doit sortir du box pour passer du côté du patient lui prendre le pouls et la tension et retourner de l'autre côté. Ces conditions ne permettent pas un accueil et une prise en charge dans le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité. Dans l'attente de la reconstruction du nouvel hôpital prévu en 2029, l'établissement a engagé un plan de travaux dont l'achèvement est prévu à l'été 2025. Par ailleurs en psychiatrie, les visiteurs ne sont pas autorisés à accéder aux chambres par règlement de l'établissement et ils n'existent pas de lieu permettant l'intimité et la

confidentialité de la rencontre des patients et de leurs proches. Les bonnes pratiques de contention sont respectées. Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale avec prescription, réflexion bénéfices /risques et réévaluation. La prise en charge de la douleur est effective et tracée dans la plupart des dossiers. L'association des proches aidants est effective. Les conditions de vie et de lien social sont prises en compte. Les professionnels sont attentifs aux vulnérabilités sociales du patient.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Le CASH de NANTERRE-Hôpital Max Fourestier a identifié et structuré ses parcours et ses filières. Les équipes de soins sont investies dans les parcours proposés et se coordonnent pour la mise en place des projets de soin. La prise en charge du patient est coordonnée de manière pluridisciplinaire. Les liens avec la ville sont promus et connus. La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes soit sur la base des protocoles définies au niveau de l'équipe, soit sur la tenue de staff lorsqu'il s'agit de prises en charge complexes. Les demandes d'admission en SSR font l'objet d'une évaluation pluri professionnelle et la pertinence de l'admission, du maintien en SSR est argumentée et évaluée au sein de l'équipe. La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe ; Le recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée. L'équipe applique les bonnes pratiques (BP) d'antibioprophylaxie cependant, il a été constaté un non respect de la durée au regard du protocole de l'établissement et une absence d'audit de pratiques sur ce champ. L'analyse bénéfice risques est assurée avant toute transfusion toutefois, l'établissement n'a pas conduit d'audit de la pertinence des transfusions. Le CASH de NANTERRE-Hôpital Max Fourestier est siège d'un service d'accueil des urgences. La majorité des IDE sont formées à la fonction d'accueil et d'orientation du patient ( 80%). L'organisation prévoit en journée un IAO affecté à ce poste qui réalise le tri avec une échelle validée cependant la nuit il n'y a pas d'IDE dédié (3 IDE 2 AS la nuit). En fonction de l'activité et selon la disponibilité des IDE, l'entretien d'accueil est fait par l'aide soignant qui prendra les paramètres et en informera l'IDE. Les circuits (court, long, ...) ne sont pas définis et organisés. Par ailleurs, les boxes d'examen où sont admis les patients pour prise en charge ne disposent plus d'appel malade (ont été dégradés et non remplacés). Le SAUV prévu pour deux accueils est utilisé au delà de cette capacité ce qui ne permet pas de garantir de bonnes conditions de prise en charge. Le service des urgences est en lien avec les services d'aval, cependant l'équipe des urgences ne connaît pas la disponibilité des lits en temps réel et se fonde sur le point réalisé par l'encadrement 4 fois par jour. Les délais d'attente ne sont pas communiqués au patient. La majorité des services disposent du dossier patient informatisé. L'accès des praticiens au DMP n'est pas effectif et les professionnels n'en connaissent pas les modalités. Les équipes se coordonnent entre elles pour la mise en œuvre du projet de soins et peuvent faire recours à des avis experts en tant que de besoin. Le recours à la télésanté est organisé pour la télé dermatologie et la télé radiologie et également en cardiologie très engagée sur ce champ (dispositifs connectés). Cependant, il n'y a pas de procédure formalisée et les professionnels rencontrés ne connaissent pas les modalités de recours. En psychiatrie, l'examen somatique est réalisé, la prise en charge est coordonnée en interne et en lien avec les partenaires du territoire. Le recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée. La gestion des épisodes de récurrence est anticipée et gérée et un plan de prévention partagé élaboré avec le patient dans la majorité de ces situations. S'agissant de la démarche palliative, l'établissement est autorisé à exploiter 8 lits de soins palliatifs cependant, il ne dispose plus d'équipe mobile soins palliatifs suite au départ du médecin de soins palliatifs et aux difficultés de recrutement (reste uniquement 0.2 psychologue). De ce fait la démarche palliative est portée par l'équipe clinique du patient qui fait appel dans les situations complexes à l'avis des unités de soins palliatifs (USP) du territoire. La sortie du patient est organisée et coordonnée et une lettre de liaison est remise au patient et adressée au médecin traitant. Elle est majoritairement remise le jour même. Les vigilances sont organisées. Les bonnes pratiques d'identivigilance sont respectées ; le patient dispose d'un bracelet d'identification sauf en hôpital de jour( HDJ), l'établissement a réagi en cours de visite et le dispositif a été déployé sur ce secteur avec une procédure qui a été présentée aux experts visiteurs (EV) dont l'application restera à évaluer. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et dans la majorité des services pour l'administration L'analyse

pharmaceutique est effective et les avis tracés dans le dossier. Cependant, elle n'intègre pas les données du dossier Pharmaceutique du patient. La liste des médicaments à risque (MAR) est adaptée au secteur et affichée. Elle est connue des professionnels qui ont été sensibilisés ; les règles de stockage sont définies cependant il a été constaté que dans certains services les chariots de distribution des médicaments contenant certains de ces médicaments n'étaient pas sécurisés (verrous non fonctionnel). L'établissement a été réactif, il a réalisé un état des lieux de tous les chariots dont les serrures dysfonctionnent et un devis signé par la direction a été présenté aux EV pour procéder à leur réparation. La conciliation médicamenteuse est déployée sur deux services (gériatrie et cardiologie) et cible les personnes âgées poly médiquées. Les équipes prennent en compte et mettent des mesures pour prévenir le risque de dépendance iatrogène. Le risque transfusionnel est pris en compte et des mesures sont en place. Concernant le risque infectieux, il existe une EOH avec un médecin hygiéniste (0.6) et une IDE cependant, le poste de l'IDE hygiéniste n'est plus pourvu depuis un an (arrêt travail). Les précautions standard et complémentaires font l'objet d'une prescription. La majorité des équipes connaissent les conduites à tenir et des audits sont réalisés. Toutefois, les protocoles de pose et d'entretien des dispositifs des abords ne sont pas toujours retrouvés et actualisés. La vérification de la préparation opératoire n'est pas toujours réalisée. En maternité, il a été constaté une grande vétusté des locaux, des circuits non conformes et une salle de césarienne non conforme (vétuste, carreaux aux murs, portes manuelles, pas de surpression et fenêtres ouvertes). Les modalités de nettoyage de cette salle ne sont pas définies ni connues des professionnels rencontrés. Le projet de mise en conformité du secteur de naissance a subi de nombreux retards. La note communiquée aux EV en visite fait état d'une échéance à fin 2025. L'établissement réalise une activité d'endoscopie. Le processus de gestion des endoscopes est structuré et organisé. La liste du parc actif des endoscopes est actualisée et disponible. La traçabilité des différentes étapes de désinfection de l'endoscope ainsi que ses références sont retrouvées dans le dossier du patient. Les équipes utilisent une check list adaptée au secteur en endoscopie. En maternité, l'établissement n'utilisait pas la check list adaptée, l'établissement a été réactif et celle-ci a été mise en place en cours de visite. La promotion de la vaccination est portée par l'établissement et une organisation est en place pour faciliter l'accès des professionnels à la vaccination notamment via la médecine du travail, la pharmacie, les correspondants en hygiène hospitalière. Le taux est suivi et une étude des freins est réalisée pour améliorer les résultats. Cependant le taux de couverture par service n'est pas connu responsables des unités. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post partum. Le matériel est vérifié, la procédure est en place et les traçabilités des modalités de la délivrance sont effectives. Le transport intra hospitalier est organisé. La culture de l'évaluation des pratiques n'est pas complètement appropriée et la démarche d'évaluation des pratiques avec mise en œuvre des actions d'amélioration n'est pas mobilisée par l'ensemble des équipes notamment au regard des résultats issus de l'expression du patient, des indicateurs, des EIAS. La prise en compte des données issues de la mise en œuvre de la check list en endoscopie et au bloc obstétrical n'a pas fait l'objet d'évaluation notamment des GO NO GO. L'établissement analyse, exploite et communique la survenue des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Les EIAS sont déclarés et partagés. Ils sont analysés avec la méthode ALARM. Leur analyse est accompagnée par la cellule qualité en associant les professionnels. Cependant, la démarche est inégalement déployée selon les services. Peu de médecins et/ou équipes éligibles au dispositif d'accréditation ne connaissent le dispositif et ses modalités. La promotion du don d'organe est retrouvée au niveau du secteur de soins critiques.

## Chapitre 3 : L'établissement

Le CASH Nanterre-Hôpital Max Fourestier est un établissement à dimension sociale, médicosociale et sanitaire. Il fait partie du GHT dont l'établissement support est le CH Argenteuil. Il est en direction commune avec l'établissement public de santé (EPS) Roger Prévot. Le CASH Nanterre-Hôpital Max Fourestier a identifié ses partenaires pour structurer une offre de soins au regard des besoins de la population du territoire. Il participe aux projets territoriaux de parcours et à leur coordination sur le territoire. L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale (dynamique portée par Nanterre et EPS Roger Prévot) notamment s'agissant de l'identification des points de rupture et de la structuration des parcours dans le cadre du réseau territorial de psychiatrie. Il participe à la déclinaison de la feuille de route portant sur les axes de la prise en charge des adolescents, des urgences psychiatriques et de la réhabilitation psychosociale. Des modalités d'admission directes en unité spécialisée notamment s'agissant des personnes âgées sont définies. Des numéros pour joindre les services directement sont communiqués aux partenaires, correspondants...flyer. Le DMP est alimenté cependant les professionnels ne connaissent les types de documents qui y sont reversés et il n'y a pas de plan d'action spécifique pour en améliorer le taux. Certaines équipes sont engagées dans des études de recherche clinique. L'établissement émerge aux crédits associés (SIGRAPS SIGEPS) cependant, le dispositif de recherche clinique n'est pas structuré avec règlement, responsable identifié, comité de suivi, ressources allouées, ... L'expression du patient est prise en compte, le recueil e satis est effectif en médecine et obstétrique, des questionnaires de satisfaction prenant en compte les spécificités du secteur sont en place dans chacun de services. Leurs résultats sont exploités par la cellule qualité (résultats et verbatim) qui en fait un retour par service. Cependant, les professionnels rencontrés ne mobilisent pas ces résultats pour alimenter leurs actions qualité. L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques (BP) de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage. La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Les BP de lutte contre toute forme de maltraitance et de promotion de la bientraitance (charte de bientraitance) sont partagées et mises en œuvre par les professionnels. Des actions de sensibilisation à la bientraitance sont régulièrement menées, une enquête bientraitance a été conduite de déc. 2023 à juin 2024 sous l'égide des représentants des usagers (RU) et a donné lieu à une analyse en cours de traitement. Il s'agit d'un axe du volet droits des patients du projet d'établissement. Un parcours spécifique est en place s'agissant des violences faites aux femmes. Une procédure de signalement d'une suspicion de maltraitance imputable à un professionnel est formalisée actualisée en février 2024. Cependant, le recensement des cas de maltraitance et l'évaluation du repérage et du suivi ne sont pas effectifs et il n'existe pas de suivi spécifique sur ce champ. La gouvernance n'a pas formalisé les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance et les professionnels ne les connaissent pas toujours. L'accessibilité de l'établissement n'est pas effective pour toutes les formes de handicap (moteur dans certains secteurs, pas de modalités spécifiques en cas de handicap visuel, auditif...). Il n'y a plus de référent handicap au moment de la visite (poste en cours de recrutement). L'accès du patient à son dossier est organisé les modalités sont définies et un suivi des délais est en place. La politique qualité sécurité des soins est définie et validée par les instances. Le projet qualité et gestion des risques est un des volets du projet d'établissement 2023 2027. Le pilotage de la démarche qualité est organisé avec des ressources dédiées et opérationnelles. Le programme d'actions qualité et de sécurité des soins (PAQSS) est formalisé cependant, il n'est pas approprié de toutes les équipes s'agissant des actions concernant leur secteur et de leur participation aux actions qualité sécurité organisées dans l'établissement. Le pilotage de l'adéquation entre les ressources humaines (RH) disponibles et la qualité et sécurité des prises en charge est effectif (maquettes organisationnelles par service, réunion de direction trimestrielle, procédure de recours au remplacement). Les professionnels ayant des missions d'encadrement bénéficient d'un

accompagnement à la fonction et des formations en management sont proposées. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe au travers de moments et d'espaces d'échange collectif (groupe de travail, réunions encadrement, réunions professionnels, réunions de pôle, ...). L'établissement n'a pas structuré de comité éthique. Il n'a pas conduit d'état des lieux des questionnements éthiques et les actions des formations et de sensibilisation n'ont pas encore été déployées. Le projet de création d'un comité d'éthique a été acté et est en phase de mise en œuvre (communication en CME, appel à candidature, ...). L'établissement a créé un groupe de travail pour piloter la démarche QVT qui n'a pas encore été déployée. Un inventaire des actions QVT existantes a été réalisé pour situer l'établissement au regard des dimensions QVT. L'établissement organise le soutien aux professionnels en cas de difficulté (recours à la psychologue du travail, médiateurs interne, médiateur externe en tant que de besoin). L'établissement a identifié les risques pouvant générer des tensions hospitalières et des situations de crise exceptionnelle au travers de son plan de gestion des tensions et situations sanitaires exceptionnelles (PGTH SSE) et de ses annexes. Une cellule de crise est identifiée et des fiches actions sont formalisées pour permettre son opérationnalité dans les 45 minutes. L'établissement a participé à des exercices et des RETEX sont réalisés. Des équipements et des dotations sont disponibles et font l'objet d'un inventaire et d'un suivi régulier structuré. Le plan de sécurisation de l'hôpital est formalisé cependant il n'a pas été actualisé depuis 2019. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. Le pilotage et les objectifs en matière de développement durable sont identifiés. Les priorités sont définies. Le diagnostic carbone n'a pas encore été réalisé. Le tri des déchets est organisé cependant, il n'existe pas de filière adaptée pour chacun des déchets produits par l'établissement. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Il existe un numéro unique affiché dans toutes les unités. Les chariots d'urgence sont vérifiés. Les professionnels sont formés à l'AFGSU, cependant peu des professionnels rencontrés ont participé à des exercices de mise en situation. La procédure de prise en charge des urgences vitales a été récemment actualisée suite à la fermeture de l'USC et n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation pour évaluer son efficacité. Une gestion documentaire est en place cependant, de nombreux documents mobilisés en cours de visite n'ont pas fait l'objet de révision ou d'actualisation conformément aux délais définis par l'établissement. Les résultats des recueils de satisfaction, des IQSS, des EIAS sont exploités. Cependant, les indicateurs et les actions issus de l'analyse de l'expérience patient, des recommandations de la CDU, des IQSS ne sont pas toujours connus des professionnels concernés ni mobilisés par ces derniers. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à : Réaliser les travaux de maintenance des bâtiments et des équipements pour assurer : L'intimité/dignité/confidentialité aux urgences, psychiatrie et médecine interne ; La Sécurité en Maternité ; La sécurisation du stockage des médicaments à risque. Aux urgences, organiser les différents circuits (court, long...) et réaliser toujours le tri par des infirmiers formés à l'accueil et l'orientation notamment la nuit. Finaliser la maîtrise de l'urgence vitale (exercice de mise en situation, évaluation efficacité de la nouvelle procédure). Pérenniser l'utilisation de la check-list pour les césariennes. Développer la culture de l'évaluation et de la pertinence concernant l'actualisation des documents de la gestion documentaire et l'analyse de la pertinence de la transfusion de produits sanguins labiles, des pratiques d'antibioprophylaxie, des modalités de réalisation de la check-list, des résultats cliniques, des événements indésirables. Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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    | 920110020 | CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS DE NANTERRE | 403 avenue de la republique<br>92014 Nanterre FRANCE                            |
| Établissement principal    | 920000577 | HOPITAL MAX FOURESTIER                                | 403 avenue de la republique<br>Direction cash nanterre<br>92014 Nanterre FRANCE |
| Établissement géographique | 920809837 | HOPITAL DE JOUR DE MEDECINE                           | 403 avenue de la republique<br>92014 NANTERRE FRANCE                            |

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

| Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil                                                                                            | Valeur |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Autorisations                                                                                                                                    |        |
| Urgences                                                                                                                                         |        |
| Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation                                                                                               | Oui    |
| 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) | Oui    |
| Existence de Structure des urgences générales                                                                                                    | Oui    |
| 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                                                            | Oui    |
| 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)                                    | Oui    |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte                                        | Oui    |
| 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                                     | Oui    |
| 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       | 1,562  |
| Nombre de passages aux urgences générales                                                    | 32,802 |
| 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                                        | 114    |
| Chirurgie et interventionnel                                                                 |        |

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie                   | 0   |
| Maternité                                                                |     |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique     | 24  |
| Ambulatoire                                                              |     |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine                | 5   |
| 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               | 428 |
| 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                   | 30  |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie               | 0   |
| Urgences                                                                 |     |
| Nombre de lit en UHCD                                                    | 5   |
| Activité Hospitalière SMR                                                |     |
| Soins Médicaux et de Réadaptation                                        |     |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR                         | 40  |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR                     | 0   |
| Activité Hospitalière SLD                                                |     |
| Soins de longue durée                                                    |     |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD                         | 80  |
| 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   | 67  |

|                                                                                       |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 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                   | 67     |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour                      | 20     |
| 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                         | 20     |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie générale                                               | 3      |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile                                       | 0      |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire                                | 0      |
| Nombre Total de CATTP en Psychiatrie                                                  | 3      |
| Nombre de CMP en Psychiatrie générale                                                 | 32,817 |
| Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile                                         | 0      |
| Nombre Total de CMP en Psychiatrie                                                    | 32,817 |
| Sites opératoires et salles d'intervention                                            |        |
| Chirurgie et interventionnel                                                          |        |
| Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)          | 4      |
| Ambulatoire                                                                           |        |
| Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire                                   | 0      |
| Activité Hospitalière HAD                                                             |        |
| Hospitalisation à domicile                                                            |        |
| Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD             | 0      |

### Annexe 3. Programme de visite

| Nb | Méthode         | Sous-méthode | Champs d'applicabilité                                                                                                                      | Description traceur |
|----|-----------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1  | Patient traceur |              | Chirurgie et interventionnel<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement |                     |
| 2  | Patient traceur |              | Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement |                     |
| 3  | Patient traceur |              | Maternité<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement                    |                     |
| 4  | Patient traceur |              | Médecine<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Urgences<br>Tout l'établissement                      |                     |
| 5  | Patient traceur |              | Médecine<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé                                        |                     |

|    |                 |  |                                                                                                                                                       |  |
|----|-----------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|    |                 |  | Tout l'établissement                                                                                                                                  |  |
| 6  | Patient traceur |  | Soins Médicaux et de Réadaptation<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement |  |
| 7  | Patient traceur |  | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement                        |  |
| 8  | Patient traceur |  | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement                        |  |
| 9  | Patient traceur |  | Médecine<br>Ambulatoire<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement                                            |  |
| 10 | Patient traceur |  | Médecine<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Urgences<br>Tout l'établissement                           |  |
|    | Audit           |  |                                                                                                                                                       |  |

|    |                  |  |                                                                                                                                                                        |                                                                                                |
|----|------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | système          |  |                                                                                                                                                                        |                                                                                                |
| 12 | Parcours traceur |  | Médecine<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient atteint d'un cancer<br>Patient en situation de précarité<br>Urgences<br>Tout l'établissement                 |                                                                                                |
| 13 | Parcours traceur |  | Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Pas de situation particulière<br>Urgences<br>Tout l'établissement                                |                                                                                                |
| 14 | Audit système    |  |                                                                                                                                                                        |                                                                                                |
| 15 | Parcours traceur |  | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé<br>Pas de situation particulière<br>Programmé<br>Tout l'établissement |                                                                                                |
| 16 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                                        | Précautions standard et complémentaires                                                        |
| 17 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                                        | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os + un antibiotique |
| 18 | Parcours traceur |  | Médecine<br>Ambulatoire<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Maladie chronique                                                                                     |                                                                                                |

|    |                  |  |                                                                                                                                                                                 |                                       |
|----|------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|    |                  |  | Programmé<br>Tout l'établissement                                                                                                                                               |                                       |
| 19 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                                                 | Antibioprophylaxie et Per opératoire  |
| 20 | Parcours traceur |  | Médecine<br>Soins Médicaux et de Réadaptation<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Pas de situation particulière<br>Programmé<br>Urgences<br>Tout l'établissement      |                                       |
| 21 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                                                 | EI critique ou presque accident       |
| 22 | Parcours traceur |  | Médecine<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé<br>Pas de situation particulière<br>Programmé<br>Tout l'établissement                                             |                                       |
| 23 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                                                 | Endoscopie (digestive et pneumologie) |
| 24 | Parcours traceur |  | Médecine<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé<br>Pas de situation particulière<br>Programmé<br>Urgences<br>Tout l'établissement |                                       |

|    |                  |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
|----|------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                        | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os + un antibiotique     |
| 26 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                        | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable + un antibiotique |
| 27 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 28 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 29 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 30 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 31 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 32 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 33 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 34 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 35 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 36 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 37 | Audit système    |  |                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| 38 | Parcours traceur |  | Médecine<br>Soins critiques<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé<br>Pas de situation particulière<br>Programmé<br>Tout l'établissement |                                                                                                    |

|    |                  |  |                                                                                                                                                      |                                                                                                    |
|----|------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39 | Patient traceur  |  | Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement          |                                                                                                    |
| 40 | Patient traceur  |  | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement                       |                                                                                                    |
| 41 | Patient traceur  |  | Médecine<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement                         |                                                                                                    |
| 42 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                      | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable + un antibiotique |
| 43 | Parcours traceur |  | Chirurgie et interventionnel<br>Maternité<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Pas de situation particulière<br>Urgences<br>Tout l'établissement |                                                                                                    |
| 44 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                      | Prescription PSL                                                                                   |
| 45 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                      | Précautions standard et complémentaires                                                            |
|    | Patient traceur  |  | Médecine<br>Ambulatoire                                                                                                                              |                                                                                                    |

|    |                  |  |                                                                                                                                                                    |                                 |
|----|------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 46 |                  |  | Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement                                                                                    |                                 |
| 47 | Parcours traceur |  | Médecine<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Pas de situation particulière<br>Urgences<br>Tout l'établissement |                                 |
| 48 | Audit système    |  |                                                                                                                                                                    |                                 |
| 49 | Patient traceur  |  | Chirurgie et interventionnel<br>Hospitalisation complète<br>Patient âgé<br>Pas de situation particulière<br>Urgences<br>Tout l'établissement                       |                                 |
| 50 | Patient traceur  |  | Psychiatrie et santé mentale<br>Ambulatoire<br>Adulte<br>Patient en situation de handicap<br>Programmé<br>Tout l'établissement                                     |                                 |
| 51 | Audit système    |  |                                                                                                                                                                    |                                 |
| 52 | Traceur ciblé    |  |                                                                                                                                                                    | El critique ou presque accident |
|    | Parcours traceur |  | Chirurgie et interventionnel<br>Médecine<br>Ambulatoire                                                                                                            |                                 |

|    |               |  |                                                                                                                                     |  |
|----|---------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 53 |               |  | Hospitalisation complète<br>Adulte<br>Patient âgé<br>Pas de situation particulière<br>Programmé<br>Urgences<br>Tout l'établissement |  |
| 54 | Audit système |  |                                                                                                                                     |  |
| 55 | Audit système |  |                                                                                                                                     |  |
| 56 | Audit système |  |                                                                                                                                     |  |
| 57 | Audit système |  |                                                                                                                                     |  |
| 58 | Audit système |  |                                                                                                                                     |  |

---

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

---

