



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

MATERNITE DES LILAS

12-14 rue du coq francais
93260 Les Lilas



Validé par la HAS en Janvier 2025

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Janvier 2025

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 2025	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 non-certification de l'établissement.

Présentation

MATERNITE DES LILAS	
Adresse	12-14 rue du coq francais 93260 Les Lilas FRANCE
Département / Région	Seine-Saint-Denis / 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	930000815	ASSOCIATION NAISSANCE	12-14 rue du coq francais 93260 Les Lilas 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
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
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, **108** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Le patient à la Maternité des Lilas est informé et son implication est recherchée. Il existe un livret d'accueil sur le site internet. Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins, projet de naissance. La personne de confiance et la personne à prévenir sont retrouvées dans les dossiers. L'information sur les directives anticipées est donnée dans le livret d'accueil cependant elle n'est pas tracée dans le dossier. Les patients rencontrés ne sont pas toujours au courant des modalités pour déclarer les événements indésirables associés aux soins. De même la plupart n'ont pas connaissance des représentants des usagers et de leur rôle bien que cette information soit présente dans le livret d'accueil et sur les affiches situées dans les espaces de circulation. Les prescriptions, administrations et surveillances des produits sanguins labiles sont organisées. Le patient reçoit une information écrite sur la transfusion sanguine, néanmoins celle-ci ne fait pas état de la surveillance immédiate et des conduites à tenir en cas d'incident. Le personnel est formé. La possibilité de délivrer les produits sanguins labiles est assurée 24h/24 et 7 jours sur 7 par convention avec l'hôpital de Tenon. Les procédures et les signes d'une éventuelle complication sont connus des professionnels. Les supports d'information et de communication sur les messages de santé publique et sur la prévention primaire sont présents dans les salles d'attente des consultations et à l'entrée des unités de soins. Le patient bénéficie du respect de son intimité (les chambres doubles sont équipées de paravents ou rideaux) et du respect de la confidentialité des informations le concernant. Cependant la plupart des chambres ne comportent pas de sanitaires (douche et WC) seul un lavabo est présent et les patients en ont fait part lors de leur rencontre. La prise en charge de la douleur est effective et tracée dans le dossier. Plusieurs échelles d'évaluation sont en place. Le patient porteur d'un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Des places de parking sont réservées, les ascenseurs sont équipés d'une information sonore, les numéros des étages sont en braille, une chambre identifiée possède une douche à l'italienne et est spacieuse. L'alimentation en salle de travail est réalisée selon l'avancement de l'accouchement et sous contrôle de la sage-femme et de l'anesthésiste. Les proches et aidants sont associés à la mise œuvre du projet de soins, le lien social du patient et son autonomie sont maintenus. La co parentalité est promue. Pour les patients de chirurgie ambulatoire, les appels à J-2 sont réalisés par l'infirmière de bloc et à J+2 par le secrétariat médical. Pour organiser la sortie, les conditions de vie sociales et environnementales sont prises en compte à l'entrée du patient lors du recueil de données et tracées dans le dossier informatisé.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours est argumentée et réfléchi au sein des équipes. Les prises en charges complexes font l'objet d'une concertation pluri professionnelle et pluri disciplinaire. Des staffs journaliers, hebdomadaires et mensuels sont en place. La Maternité peut faire appel à des équipes de recours au centre hospitalier de Montreuil, Tenon, Port Royal ... L'établissement ne recueille pas la satisfaction et expérience du patient et ne met pas d'action en place. L'antibiothérapie est maîtrisée, la réévaluation à 48h et les justifications des durées supérieures à 7 jours sont tracées dans les dossiers. Le pédiatre a un DU d'infectiologie, toutefois l'évaluation des bonnes pratiques en antibiothérapie n'est pas réalisée et les praticiens ne sont pas formés. La pertinence des transfusions et produits sanguins est argumentée dans le dossier patient. Un médecin anesthésiste est référent et 2 infirmières sont membres du CSTH de l'Hôpital de Tenon. Les protocoles sont accessibles, néanmoins il n'existe pas de protocole de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdème aigu de surcharge post transfusionnelle. L'analyse de pertinence des actes transfusionnels n'est pas réalisée. Les équipes élaborent et mettent en œuvre avec le patient son projet de soins dont le projet de naissance en respectant ses besoins et préférences. Le carnet de santé est ouvert le jour de la naissance et est alimenté au fil des jours. Le dossier patient informatisé (DPI) est accessible de tous les postes informatiques et le dossier papier suit le patient dans ses déplacements. Cependant toutes les pages du dossier papier ne sont pas toujours identifiées au nom du patient. Il n'y a pas eu d'analyse de la qualité des informations transmises entre le bloc et les services. La lettre de liaison et les ordonnances de sortie ont été retrouvées dans les dossiers toutefois il manque des éléments par rapports aux attendus du contenu de la lettre de liaison dans certains courriers (BMR, BHRé, transfusion, évènements indésirables). La check-list est mise en œuvre de façon systématique, elle est adaptée à l'activité de césarienne, et pour les IVG. Elle est accomplie selon les bonnes pratiques pour la césarienne, pour les IVG, les 3 temps sont réalisés en salle de réveil. L'établissement n'a pas d'indicateur de suivi des modalités de réalisation de la check-list, en particulier les Go/No Go et ne mettent pas en œuvre d'actions d'amélioration. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de sa prise en charge et connues des professionnels qui ont été sensibilisés et formés. Le risque HPP (hémorragie du post partum) est maîtrisé, la traçabilité est effective, des EPP (évaluation des pratiques professionnelles) réalisées et les actions suivies par l'équipe. Le personnel est formé. L'ensemble du circuit du médicament est maîtrisé et contrôlé depuis la prescription jusqu'à l'administration. L'analyse pharmaceutique est réalisée sur l'ensemble des traitements, cependant les pharmaciens n'ont pas accès au dossier pharmaceutique. L'utilisation des médicaments à risque est sécurisée, ils sont identifiés dans les pharmacies et connus des professionnels. Les péremptions sont suivies. Le personnel est en partie formé à l'erreur médicamenteuse et à l'utilisation des médicaments à risque cependant la liste des médicaments à risque n'est pas adaptée à chaque service. La pharmacienne arrivée le premier jour de la visite dans l'établissement et la préparatrice ont réagi et rédigé la liste des médicaments à risque par service et affiché la liste des Never events. Le risque infectieux est maîtrisé. Les équipes appliquent les bonnes pratiques d'hygiène des mains, les précautions standard et complémentaires sont connues et mises en œuvre. Les fonctions de professionnels identifiés pour constituer une équipe EOH sont identifiées mais la liste nominative n'est pas formalisée. Le protocole de surveillance des voies veineuses périphériques n'est pas retrouvé, il n'y a pas d'audit des pratiques (hygiène des mains, gestion des excréta, pose de VVP, préparation cutanée de l'opéré, sondage urinaire...) L'antibioprophylaxie liée aux actes invasifs n'est pas réalisée selon les bonnes pratiques elle n'est pas prescrite dès la consultation d'anesthésie. L'évaluation des pratiques de l'antibioprophylaxie n'est pas réalisée. L'autorisation de sortie en chirurgie ambulatoire et salle de réveil est validée par un médecin. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse

collective des évènements indésirables associés aux soins(EIAS). Des CREX (comité de retour d'expérience) sont organisées pour les EIAS de criticité importante, elles sont réalisées de manière pluri professionnelle, elles donnent lieu à des actions d'amélioration qui ne sont pas toujours intégrées au PAQSS. L'analyse des EIAS se fait selon la méthode ALARM. Des RMM (revue morbi mortalité) sont organisées. Les médecins participent aux RMM, connaissent le dispositif d'accréditation mais peu de moyens sont mis à disposition pour développer une culture sécurité à leur niveau.

Chapitre 3 : L'établissement

La Maternité des Lilas a identifié ses partenaires sur le territoire : CH de Montreuil, Robert Debré, Lariboisière, Port Royal, Tenon afin de fluidifier les parcours. Elle a établi des collaborations et conventions. Des réunions ville/hôpital sont organisées. L'établissement adhère au réseau NEF (Naître dans l'Est Francilien). Il contribue au développement de la CPTS et participe aux réunions. La maternité des Lilas n'est pas investie dans la recherche clinique mais participe à 2 études : PREMEX avec l'APHP sur les extrêmes prématurés et sur le décès néonatal à terme. L'établissement a procédé à l'évaluation au regard de ses résultats sur la qualité et la présence de la lettre de liaison et mis en œuvre des actions en collaboration avec le président de CME qui ont permis d'améliorer les résultats (25% en 2022 et 55% en 2024). Il n'y a pas de suivi des délais de délivrance de la lettre de liaison. La bientraitance est une des valeurs portées par l'établissement, une charte bientraitance a été rédigée et affichée. Les équipes sont à l'écoute et font preuve d'empathie envers les patients et leurs proches. Il existe un groupe de travail sur la bientraitance. Des formations ont eu lieu sur « bain enveloppé et massage bébé ». L'établissement lutte contre la maltraitance : un DU « prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance » a été réalisé. Les professionnels savent qu'il existe une ligne d'écoute anonyme disponible 24/24 et 7/7. Les membres du CODIR et les psychologues peuvent intervenir si besoin. La RU (représentant des usagers) participe aux réunions de la commission des usagers(CDU). Elle est informée des plaintes et réclamations, éloges, EIAS, EIG. Elle a réalisé des mini audits (10 critères) auprès de 30 patientes pour partager leur expérience. Après analyse en CME, des actions ont été menées (sensibilisation des professionnels de nuit au bruit, amélioration de la propreté des toilettes communes etc.). Le projet des usagers est écrit et en cours de validation par les instances de l'établissement. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique qualité /sécurité des soins est fondée sur une analyse globalisée des données, risques et connaissances disponibles. La sage-femme coordinatrice a été formée à l'encadrement et la gestion des conflits. Le PAQSS 2024 est accessible dans un dossier partagé cependant les professionnels rencontrés n'en ont pas connaissance et ne savent pas où le trouver. L'établissement n'a pas réalisé d'enquête culture sécurité des soins ni d'activités dédiées à la qualité. Concernant le travail en équipe, il y a des temps dédiés de coordinations, staffs journaliers pour la salle d'accouchement, staffs hebdomadaires médico-psychologiques et mensuels psycho-sociaux. Il n'y a pas d'état des lieux des questionnements éthiques, ni de recours à une ressource externe. Un projet de comité éthique est en cours de réflexion. Les compétences des professionnels sont assurées individuellement et collectivement. Des entretiens annuels sont réalisés avec une évaluation des besoins en formation. Un plan de formation est élaboré et prend en compte les formations obligatoires (incendie, AFGSU, hémovigilance, réanimation néonatale, HPP), les congrès et séminaires et les formations individuelles. Une période de doublure de 2 jours est organisée pour les nouveaux arrivants. La gouvernance a élaboré une politique « qualité de vie au travail » (QVT) La politique QVT est déclinée en actions sur le terrain par des réunions d'équipes trimestrielles, des réunions conviviales informelles plusieurs fois par an où sont abordées des questions sur les conditions de travail. L'encadrement et la gouvernance sont proches des équipes. Un dispositif de médiation avec un membre du CODIR est en place. La gestion des conflits interprofessionnels est maîtrisée. La Maternité des Lilas a un agent de sécurité la nuit. Toutefois, les 2 secteurs à risque, bloc d'accouchement et bloc du 4ème ne sont pas sécurisés. Un ascenseur public et une porte donnant sur l'escalier de secours accessibles à tous, arrivent à ces 2 étages. L'établissement en a pris conscience et va mettre en place un dispositif d'alarme sonore de détection avec renvoi au poste de sécurité. Les 2 portes coupe-feu vont être équipées de groom motorisé et poignée ventouse contrôlé par badge ou digicode et bouton de sortie. L'établissement dispose d'un plan blanc incomplet à ce jour ; il décrit les risques liés à l'afflux massif

de blessés et la grippe A mais n'envisage pas les risques liés aux installations : coupure d'eau, d'électricité, panne téléphonique, défaillance des systèmes d'information et cyberattaque. Il n'y a pas d'exercice de simulation annuel avec retour d'expérience. L'établissement a mis en place un tri des déchets. Concernant la prise en charge de l'urgence vitale, le matériel adulte et enfant est dispersé dans les différents étages, la liste du matériel accessible aux différents étage est affichée dans les salles de soins. Le matériel complet de prise en charge des urgences vitales adulte et pédiatrique est disponible uniquement au 3ème étage. Le chariot d'urgence est vérifié périodiquement, toutefois des ampoules périmées et un matériel défectueux ont été retrouvés. Les professionnels connaissent les signes de détresse vitale, le personnel est formé. Cependant le numéro d'appel n'est pas unique, il n'existe pas de protocole de prise en charge des urgences vitales ni de registre d'utilisation du chariot. L'établissement a réagi en changeant les ampoules périmées et le matériel défectueux, en définissant un numéro d'appel unique et en demandant un devis pour acquérir du matériel supplémentaire afin d'avoir le même chariot d'urgence adulte et pédiatrique sur les 4 étages. Un protocole de prise en charge des urgences vitales a été élaboré et un registre d'utilisation du chariot a été mis en place. Les exercices de mise en situation de l'urgence vitale n'ont pas été réalisés. Certains IQSS (indicateurs qualité et sécurité des soins) sont recueillis par l'établissement comme : la lettre de liaison, l'indicateur de la vaccination, l'ICSHA, la prise en charge de la douleur. La Maternité des Lilas n'a pas participé au recueil de la satisfaction des patients, la démarche est en cours, la responsable qualité s'efforce de recueillir les adresses mails des patients. Un questionnaire de satisfaction pour l'orthogénie et la maternité ont été élaborés en septembre 2024. Les IQSS sont suivis et analysés par le CODIR et mis à disposition des équipes dans un dossier partagé et présentés en réunion de service. La Maternité recueille des indicateurs qualitatifs et quantitatifs liés à l'activité qui sont également accessibles dans le dossier partagé. Un programme d'action qualité sécurité des soins (PAQSS) 2024 intègre des actions sur la lettre de liaison et la prise en charge de la douleur. Les IQSS ne sont pas affichés ni présentés dans les instances qui ont été réactivées en avril 2024 (CLIN, CLUD, CIV, conseil de bloc, COMEDIMS). Les professionnels interrogés dans les différents services ne connaissent pas les indicateurs ni le PAQSS. Ils ne participent pas à l'analyse des indicateurs et la mise en place des actions qui en découlent. La gouvernance souhaite mettre en place des référents qualité afin de développer la culture qualité et sécurité des soins. L'établissement a la volonté de diffuser et analyser les IQSS avec les professionnels, les instances et conduire des actions d'ici la fin de l'année 2024. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à : Développer la maîtrise de l'urgence vitale et (exercice de mise en situation, mise en place d'un numéro unique, compléter les chariots d'urgences avec le bon matériel). Poursuivre la mise en conformité du bâtiment (Sécurisation des fenêtres et des secteurs protégés) Développer la culture de l'évaluation et de la pertinence en son sein en mettant en œuvre : La réévaluation de la prescription d'antibiotique de la 24ème et 72ème heures Une analyse systématique de la pertinence des actes transfusionnels Une analyse de la check-list Les Go/No Go Le suivie des ré hospitalisationS L'évaluation des résultats cliniques L'évaluation du risque infectieux L'évaluation de l'antibioprophylaxie L'analyse des résultats cliniques Le recueil et l'analyse de la Satisfaction et de l'expérience patient Des actions de communication concernant les résultats des IQSS aux équipes Renforcer la formation de ses équipes à l'utilisation des médicaments à risques notamment en établissant une liste des médicaments à risques Compléter le plan blanc Développer sa coordination territoriale Poursuivre la réflexion éthique 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	930000815	ASSOCIATION NAISSANCE	12-14 rue du coq francais 93260 Les Lilas FRANCE
Établissement principal	930150032	MATERNITE DES LILAS	12-14 rue du coq francais 93260 Les Lilas 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	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	30
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	4
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)	2
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	1
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	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Maternité Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Audit système	Représentants des usagers		
4	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours traceur		Maternité Ambulatoire Adulte Maladie chronique	

7			Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
8	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		"Prescription PSL (Si non applicable, garder le traceur ciblé et mentionner NA sur tous les EE)"
9	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
10	Audit système	Coordination territoriale		
11	Audit système	Dynamique d'amélioration		
12	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
13	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Audit système			
15	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
16	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
17	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
18	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
19	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
20	Audit système			
21	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
22	Audit système			
23	Traceur ciblé			prescription antibiotique injectable ou per os
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Patient traceur		Maternité Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Audit système			
28	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable ou per os
29	Audit système			

30	Audit système			
31	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Patient traceur		Maternité Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète	

36			<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>	
37	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</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>	
38	Parcours traceur		<p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</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>	

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

