



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ


**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

HOPITAL FOCH

40 rue worth
92150 Suresnes



Validé par la HAS en Février 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 – Février 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	23
Annexe 3. Programme de visite	27

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

| Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

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

Présentation

HOPITAL FOCH	
Adresse	40 rue worth 92150 Suresnes FRANCE
Département / Région	Hauts-de-Seine / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	920150059	HOPITAL FOCH	40 rue worth 92150 Suresnes FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

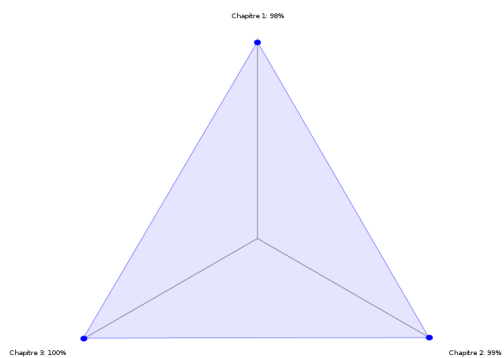
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Soins critiques
Tout l'établissement
Urgences

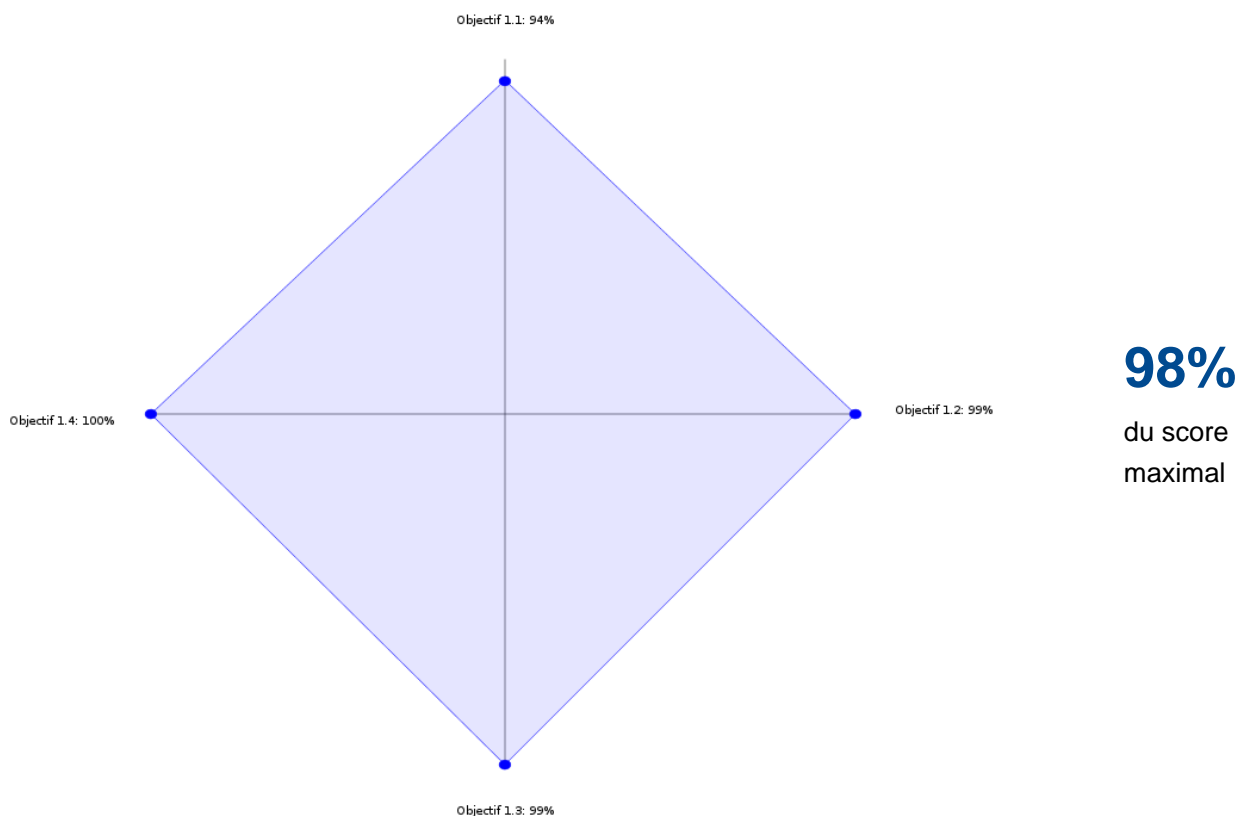
Au regard du profil de l'établissement, [122](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

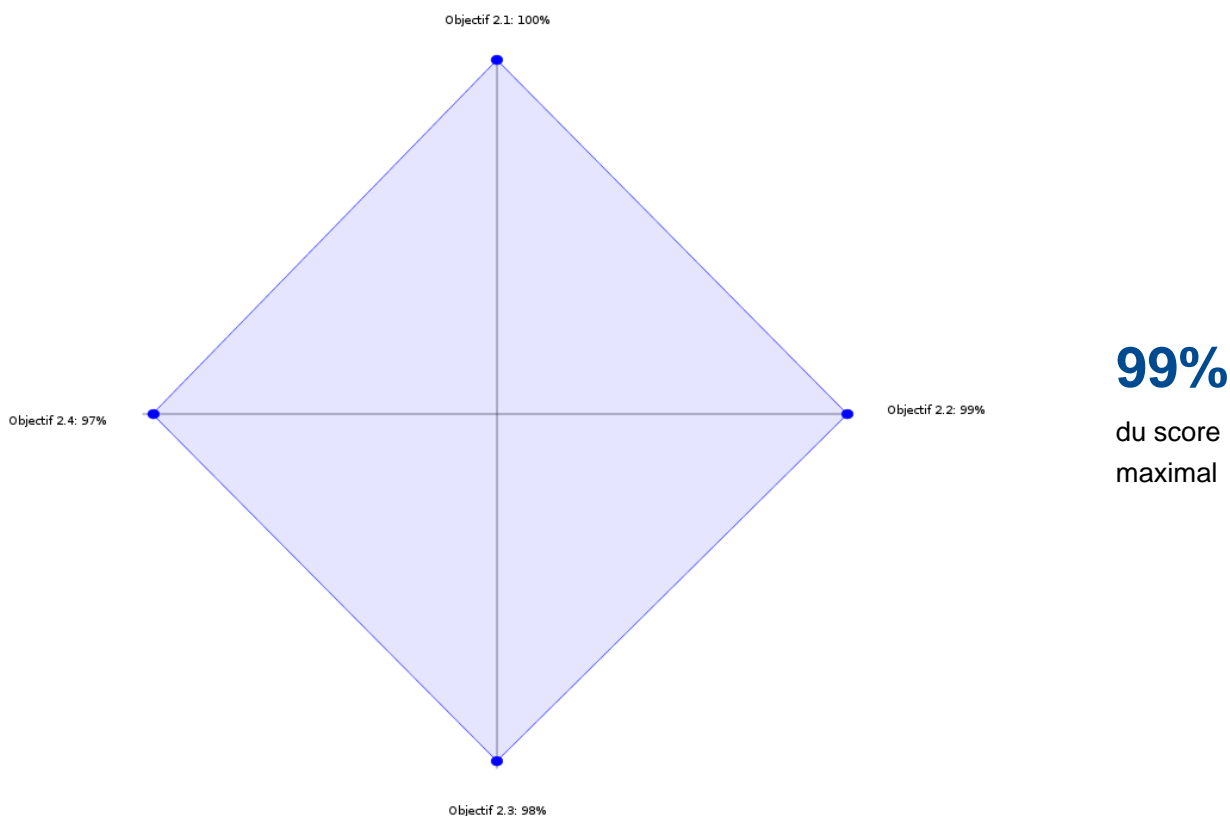


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	99%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Objectif 1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée Le patient reçoit une information adaptée sur les modalités de sa prise en charge lors d'entretiens médicaux, par des IDE sur un temps dédié et de nombreux supports soit papier soit dématérialisés : chirurgie, parcours PMA, endocrinologie, parcours ambulatoire... Il est associé à son projet de soins et exprime son consentement libre et éclairé qui est numérisé dans le dossier patient informatisé (DPI). Il est également informé sur son parcours via une application dédiée « Follow-me ». Le patient bénéficie de messages de santé publique, d'actions spécifiques pour l'impliquer dans sa prise en charge comme par exemple un livret d'activité physique du patient hospitalisé ou le recueil d'un projet de naissance pour les futurs parents. Le patient désigne la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix qui sont consignés dans le DPI. Il est informé du suivi pour sa prise en charge le plus tôt possible dans son parcours en chirurgie (ORL par exemple, planifiant les consultations de suivi dès la consultation préopératoire), comme en

médecine (parcours AVC informant du post hospitalier et des consultations de suivi pour plusieurs mois). Le patient est également informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés ou des produits sanguins labiles qui lui sont administrés par les intervenants et des supports informatiques dédiés. Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées dans de nombreux secteurs et notamment réitérées par une IDE à l'entrée du patient en UAPO (unité accueil pré opératoire). Il peut, en situation de fin de vie, solliciter des soins palliatifs. Le patient est sollicité pour recueillir son expérience et sa satisfaction via un livret d'accueil, les différents soignants, la chaîne de TV interne. L'information n'est pas toujours assimilée par certains patients concernant par exemple : les représentants des usagers, les modalités pour déclarer un EIAS ou le fait de n'échanger avec l'équipe soignante que par une messagerie sécurisée. Objectif 1.2 Le patient est respecté Même si des chambres doubles sont présentes dans de nombreux secteurs et 2 chambres triples en néonatalogie, le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité des informations le concernant grâce aux pratiques des soignants et l'utilisation de nombreux rideaux et paravents dans les secteurs concernés. Le patient âgé ou vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour par une évaluation précoce, une équipe de kinésithérapeute et des équipements dédiés. Le recours à la contention mécanique est exceptionnel, relève d'une décision médicale tracée dans le DPI et réévaluée. Il reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur celle-ci étant évaluée de façon régulière et répétée. Objectif 1.3 Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient Les proches et aidants s'impliquent dans la mise en œuvre du projet de soins, leur présence est facilitée en consultation, secteurs d'hospitalisation, y compris en soins critiques et en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite. Objectif 1.4 Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge Le patient en situation de précarité bénéficie d'un accompagnement par les assistantes sociales de l'établissement ainsi qu'un secteur dédié pour les personnes étrangères. La présence physique d'un interprète pour les langues étrangères les plus fréquemment utilisées dans l'établissement permet d'aider à formaliser le dossier administratif et social. Les patients vivant avec un handicap ou atteints de troubles psychiques bénéficient de soins adaptés, incluant la prise en compte de leurs conditions de vie afin d'anticiper et d'organiser le retour à domicile.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	97%

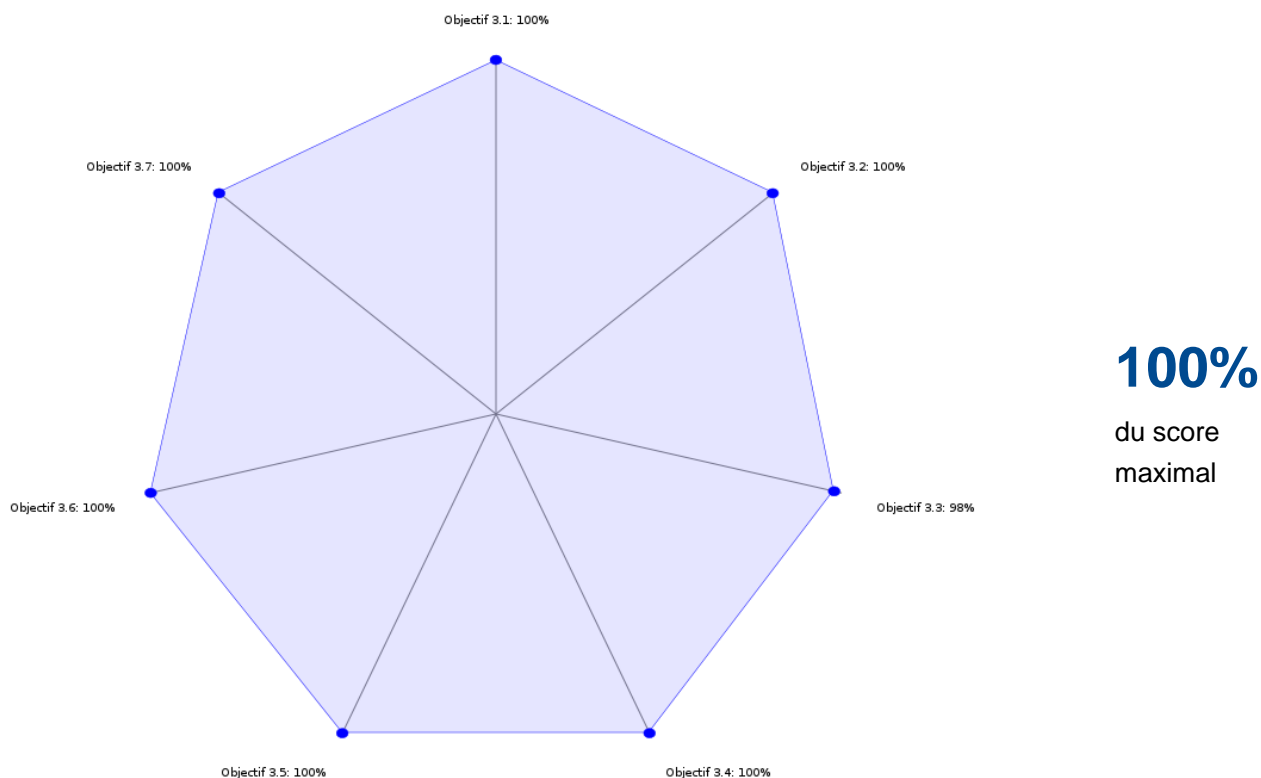
Objectif 2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe La pertinence des actes, des prescriptions, des décisions de prise charge ou des modalités de sortie d'hospitalisation (telles que la sortie en HAD) sont discutés et argumentés lors de staffs réguliers au sein de chaque secteur de soin ou dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). En parallèle, des optimisations de parcours (greffe pulmonaire, parcours PMA...) sont appliquées régulièrement selon les retours des patients, les remarques des équipes et l'analyse des événements indésirables. Les équipes argumentent, réévaluent et tracent dans le DPI la pertinence des prescriptions d'antibiotiques, de transfusions de produits sanguins labiles (PSL) ou encore du recours à des mesures restrictives de liberté dans certains contextes infectieux. Objectif 2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge Au sein de l'hôpital Foch, l'équipe médicale des urgences a récemment été

réorganisée et assure ainsi au patient une orientation adaptée au décours de son accueil. Les équipes de l'établissement se coordonnent pour mettre en œuvre un projet de soins individualisé. En cas de besoins spécifiques des équipes de recours transversales sont disponibles comme par exemple pour un avis infectieux ou la mise en place d'un projet de soins palliatif. Lors de pics d'activités, les équipes se coordonnent pour assurer des hébergements dans d'autres secteurs avec un médecin référent identifié. Un gériatre est présent aux seins des urgences ou dans une des 2 unités contiguës d'hospitalisation de durée courte (UHCD et UPHPU) afin d'orienter et fluidiser les parcours, éviter si possible une hospitalisation conventionnelle ou anticiper la sortie. Au sein de l'établissement, le matériel informatique est entretenu et le DPI répond aux attentes des soignants et utilisateurs, assurant un accès aux informations du patient en temps utile. Concernant le circuit du médicament, la conciliation médicamenteuse est initiée dans quelques secteurs. Le plateau technique comporte différents blocs opératoires dont certains dédiés à une activité telle que césarienne, endoscopie, radiologie interventionnelle... Il existe une programmation opératoire et une coordination au sein du bloc central qui est assurée par un infirmier de bloc opératoire (IBODE) et un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) permettant de prioriser les urgences telles que les circuits AVC, infarctus ou la chirurgie carcinologique. Certains locaux sont anciens mais conformes et actuellement utilisés dans l'attente de la mise en service d'un nouveau bloc opératoire commun prévue en 2025. Les transmissions et prescriptions entre bloc opératoire, SSPI et service d'aval sont assurées au sein du DPI qui est commun à tous ces secteurs. La check-list est utilisée de manière efficace avec des grilles adaptées aux spécialités (endoscopie, chirurgie, radiologie interventionnelle...) et des étapes bloquantes pour les soignants afin de renforcer la sécurité du patient pris en charge au bloc opératoire. Lors de la sortie d'un secteur de soins, les médecins remettent au patient une lettre de liaison. Le carnet de santé est complété en maternité et néonatalogie. Le dossier médical partagé de Mon espace santé (DMP) est mis à jour de manière synchronisée à partir des documents édités par le DPI (lettre de liaison, courrier de sortie...). Les équipes réalisent un examen somatique aux urgences pour tout patient admis dans l'unité de psychiatrie qui n'accueille que des patients volontaires. L'établissement ne dispose pas d'activité de psychiatrie en hôpital de jour ou ambulatoire, mais travaille avec la psychiatrie de liaison et ou le secteur libéral en aval de son unité d'hospitalisation. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluri-professionnelle est mise en œuvre pour les patients en fin de vie, coordonnée par une équipe mobile dédiée.

Objectif 2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques Concernant l'identité-vigilance, les équipes respectent les bonnes pratiques depuis l'accueil dans l'établissement, (attestation d'identité, qualification de l'identité nationale de santé, INS), l'admission dans une unité de soins (bracelet apposé à chaque admission dans un nouveau secteur) ou lors des soins (transport internes, bilan sanguin, passage au bloc opératoire...) avec vérification du système d'identification du patient et utilisation de questions ouvertes. Les équipes de l'hôpital Foch signalent et appliquent les directives issues de vigilances sanitaires sous la coordination du comité de vigilance et de gestion des risques (COVIRIS) qui se réunit 3 à 4 fois par an assurant le bilan des alertes ascendantes et descendantes transmises. Pour le circuit du médicament, les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, de dispensation, stockage et d'administration des médicaments en particulier pour les médicaments à risques qui sont bien identifiés à toutes ces étapes. Il n'y a pas à ce jour d'alimentation du dossier pharmaceutique. Les sorties sont anticipées dans de nombreux secteurs et certains, comme par exemple en chirurgie ambulatoire, remettent l'ordonnance de traitement post-opératoire avant l'intervention afin de prévenir le risque de discontinuité de traitement. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle, depuis le dépôt qui est conforme à la réglementation, la dernière inspection ARS datant de 2018. La prescription est informatisée ainsi que la délivrance (légale) et la traçabilité. La formation continue du personnel de l'établissement est assurée lors d'une semaine dédiée (« the room »). Les équipes appliquent les bonnes pratiques d'hygiène des mains, les précautions standard et complémentaires dans le cadre de sensibilisation et d'audits pilotés par l'Equipe de Prévention du Risque Infectieux (EPRI). Les équipes maîtrisent le risque infectieux dont le recours à l'antibiothérapie, notamment grâce à une équipe d'infectiologues transversale présente et connue des soignants. Elle assure la formation régulière des internes et séniors (présentation de cas cliniques, durée et impacts des traitements...), répond aux besoins, intervient auprès des prescripteurs en cas d'alerte (fiche d'avis complétée dans le DPI), réalise des audits réguliers. Les équipes maîtrisent l'antibioprophylaxie liée aux actes invasifs, ainsi que les recommandations concernant le risque infectieux pour les dispositifs médicaux invasifs ou les pratiques

peropératoires. Les soignants maîtrisent le risque de dépendance iatrogène grâce à des fiches dédiées et des sensibilisations, en particulier au sein de l'équipe de gériatrie. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé qui sont coordonnées par un groupe vaccination et promues par l'établissement via des affichages, podcast, newsletters. Les campagnes de vaccination saisonnières sont assurées dans les unités, dans un lieu dédié près du self 2 fois par semaine ou par le service de santé au travail (SST). Les informations sont centralisées par les SST, permettant l'analyse du taux de couverture vaccinale par service afin de proposer des actions d'amélioration spécifiques. Les équipes exposées appliquent les bonnes pratiques liées à l'utilisation de rayonnements ionisants : protections, port de dosimètre et formations régulières. Les équipes sont formées et entraînées afin de maîtriser les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) : un chariot d'urgence est rapidement accessible, une procédure connue des agents, un support de suivi chronologique disponible pour chaque salle et des séances de simulation assurées de façon régulière. En chirurgie ambulatoire, l'autorisation de sortie du patient est validée par un médecin en charge de la salle de surveillance post-interventionnelle. Le transport des patients en intra hospitalier est assuré dans des délais adaptés par un dispositif de priorisation et une sectorisation (hospitalisation, bloc, imagerie et service d'accueil des urgences). Une cellule de régulation est en place, organisant le brancardage, mais également des transports assis ou debout dans de nombreux secteurs. Objectif 2.4 Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques (par exemple (e.g.) temps de prise en charge à chaque étape de la procédure AVC, temps d'attente aux urgences obstétricales), des IQSS (e.g. amélioration de la conformité de la lettre de liaison), de la satisfaction et l'expérience de leurs patients (e.g. difficultés de stationnement, organisation d'un parcours isolé pour les grossesses avec activité cardiaque fœtale arrêtée), des événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (attente prolongée, défaut de convocation, intérimaires ne répondant pas aux attendus après formation...). Les équipes des secteurs de réanimation ou soins continus améliorent leurs pratiques en analysant la prise en charge de leurs patients comme par exemple : la durée de séjour, la définition de profils de patients restant plus de 6h en SSPI ou encore l'anticipation des étapes du parcours de greffe pulmonaire... Au bloc opératoire, les équipes interventionnelles améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list qui est adaptée au secteur d'intervention et disposent d'étapes bloquantes sur le DPI. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats de biologie médicale sont mises en place, ayant récemment abouti à la mise en place de biologie délocalisée en secteur naissance. En imagerie médicale, des actions d'amélioration sont identifiées et mises en places dans différents secteurs (IRM, radiologie interventionnelle...). Les radiographies standards réalisées dans le cadre des urgences sont lues par les médecins en poste dans le secteur (urgentiste ou médecin généraliste). Des outils d'intelligence artificielle sont appliqués pour les aider à l'interprétation : dépistage des fractures et luxations. En cas de doute diagnostique, les médecins en poste dans le secteur peuvent joindre 24h/24 le radiologue de garde pour avis. L'hôpital Foch est le 1er centre français de greffe pulmonaire avec environ 80 patients greffés par an et un temps moyen d'attente inférieur à 2 semaines. Les activités de prélèvement et de greffe d'organes sont régulièrement évaluées (indicateurs nationaux) et suivies par l'agence de la biomédecine, donnant lieu à des plans d'actions.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Objectif 3.1 L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours. La cellule de coordination de l'hôpital Foch met à jour de façon quotidienne le répertoire national de l'offre et des ressources (ROR) de l'ARS. L'établissement dispose de plus de 180 conventions qui sont réévaluées de façon régulières, couvrant notamment le retour à domicile (HAD, PRADO...), des filières territoriales (gériatrique, endométriose). Il dispose également d'accords-cadres de

complémentarités comme par exemple en cancérologie (instituts Gustave Roussy ou Curie) ou neurochirurgie (fondation Rothschild). L'hôpital Foch participe à l'alliance hospitalière de l'ouest parisien et favorise les partenariats inter-établissements via la mise à disposition d'expertise médicale (urologie, néphrologie, pneumologie...), des staffs et RCP communes (chirurgie thoracique, neurochirurgie...) ou des mutualisations des fonctions supports / transversales (laboratoire, PUI, équipe EPRI). L'hôpital Foch participe à la coordination des parcours sur le territoire, mettant en place des solutions innovantes pour fluidifier les parcours en aval de l'hospitalisation comme par exemple des séjours temporaires en EHPAD, l'HAD, le recours à un hôtel hospitalier (via des conventions pour l'hébergement temporaire non médicalisé) ou l'utilisation d'une plateforme de retour à domicile. Il anime en particulier la filière gériatrique 92 incluant notamment des services de gériatrie aiguë, des SSR gériatrique ; des SSIAD, l'HAD ou encore 2 équipes mobiles gériatriques extrahospitalières (EMGE). Il est impliqué dans le développement de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Suresnes, contribuant par exemple à la création d'une nouvelle maison médicale de garde portée par les CPTS de Suresnes, Nanterre et Rueil au sein des urgences de l'hôpital Foch. L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison et propose des plans d'actions associés comme par exemple l'amélioration de l'identification du médecin traitant. L'unité de psychiatrie de l'hôpital Foch assure les missions d'aval du service d'accueil des urgences, d'hospitalisation libre et de psychiatrie de liaison dans les secteurs d'hospitalisation. L'établissement participe à la commission spécialisée santé mentale chargée de suivre le PTSM dans le cadre du Conseil Territorial de Santé. L'hôpital Foch ne dispose pas de service ambulatoire de psychiatrie, mais contribue par exemple à assurer l'aval des urgences ou des hospitalisations en collaboration avec les CMP, via la cellule de régulation d'orientation des suicidants de l'Hôtel Dieu ou le dispositif Vigilans. Pour les admissions en urgence, les spécialistes sont accessibles via des numéros directs ou une application dédiée aux médecins de ville permettant d'organiser des admissions en urgence dans les unités spécialisées. Il existe des circuits spécifiques comme par exemple pour les alertes AVC ou les patients de cardiologie arrivant par SMUR. L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales via différentes modalités telles que : la prise en charge des résidents en EHPAD sur place par l'EMGE, une ligne directe de l'équipe mobile intra-hospitalière à destination des médecins traitants, une coordination avec d'autres services d'unité gériatriques aiguë (UGA) ou SSR gériatrique. Cette organisation a permis 95 admissions directes dans l'UGA de l'hôpital Foch en 2023. L'établissement anticipe les tensions saisonnières pour l'accueil des personnes âgées, via des échanges réguliers avec l'ARS basés sur les tensions aux urgences. Les coordonnées des services sont précisées pour les usagers sur les courriers des différents secteurs. En parallèle, l'établissement développe des moyens directs de prise de rendez-vous via doctolib®, des formulaires de contact propres à l'établissement ou la plateforme d'appel Thelem®. Un accès direct est organisé pour les professionnels de ville via des téléphones de fonctions avec des numéros dédiés, l'application Foch Pro ou des messageries sécurisées génériques pour chaque service. L'envoi vers les correspondants est géré par envoi global numérisé par LIFEN : Usage de Apicrypt, MSSANTE ou à défaut envoi papier. L'imagerie est transmise aux unités hyperspécialisées d'un autre établissement recours par le système ORTIF. Le DMP est alimenté automatiquement, avec un suivi statistique des types de documents dont les lettres de liaison et ordonnances. La recherche et l'innovation sont des axes principaux du projet stratégique de l'établissement. La structure de recherche clinique a été labellisée en 2011 par la DGOS, suivi par la mise en place d'un centre de ressources biologiques (CRB) et un entrepôt de données en 2018. L'hôpital encourage toutes les équipes à développer des activités de recherche avec notamment une aide au dépôt de lettre d'intention au conseil scientifique de l'hôpital Foch ou d'autres appels à projet, des statuts ou du temps dédiés à la recherche (Statut de research docteur ou recherche en soins paramédicaux) ; le développement de la recherche en soins (activité de coordination de recherche en soins débuté en 2023, portée par 2 infirmiers en 2024) ou la valorisation des activités de recherche (SIGAPS et SIGREC) pour les services, les fonctions de promotion ou d'investigation. Objectif 3.2 L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement L'établissement organise le recueil de l'expression du patient via e-Satis, un questionnaire de satisfaction institutionnel, mais surtout des audits ciblés (chirurgie, urgences...) et la mise en place depuis plusieurs années d'un « Living Lab », lieu d'écoute et de recueil de l'expérience patient. Il mobilise les actions d'expertise des patients : il dispose depuis 2022 de 12 patients experts.

Il a créé en juin 2024 une « Communauté de pratique autour de l'éducation thérapeutique » incluant les patients experts et les professionnels impliqués dans les programmes d'ETP où qui souhaiteraient l'être. Elle vise à partager les difficultés, réussites et mettre en communs les outils. L'hôpital Foch anime des ateliers collaboratifs au Living Lab impliquant patients, soignants et médecins. L'établissement a reçu le 16 septembre 2024 le trophée de la qualité décerné par l'ARS Ile de France pour La pair-aidance (Tomo) en collaboration avec la Fondation Santé Service et l'Institut mutualiste Montsouris. L'établissement a une communication centrée sur le patient et dispose d'une maison des usagers avec un planning de présence des associations de patients. Une association de patient est présentée tous les 15 jours dans la newsletter à destination du personnel. L'hôpital Foch a créé en 2019 une chaîne de podcasts qui compte en 2024 244 podcasts d'information sur des pathologies, des prises en charges chirurgicales, le parcours patient, des témoignages patients. Le site internet à destination des patients a été récemment actualisé avec près de 90000 visites en octobre 2024. Des actions de formation à la communication avec le patient sont déployées au sein de l'établissement ; telles que : « communication thérapeutique », « formation à l'annonce d'un dommage associé aux soins » ou « organiser et améliorer la pratique des annonces en cancérologie ». L'établissement veille à la bientraitance, lutte contre la maltraitance et assure la prise en charge des maltraitances éventuelles par des formations institutionnelles, des démarches participatives, la création d'une charte de bientraitance. Une cartographie des risques de maltraitance est initiée. L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier via le service juridique de l'établissement afin d'assurer son accès dans les délais réglementaires. L'établissement informe les patients, notamment via le livret d'accueil, que son DMP (Mon espace santé) va être alimenté et qu'il pourra le consulter. La mention expliquant au patient qu'il peut refuser l'envoi des courriers est difficile à comprendre pour certains patients. L'établissement propose à près de 2000 patients par an de participer à des études cliniques innovantes qui peuvent être : interne à l'établissement, en lien avec les centres de compétences ou de référence des établissements ou encore dans le cadre d'études nationales ou internationales. Deux représentants des usagers et des associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement via leur participation dans de nombreux groupes de travail, la prise de connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS. Le projet des usagers 2023-2024 a été écrit en collaboration avec les RU, les associations de patients, les bénévoles et les représentants des cultes. Il fait l'objet d'un suivi par la responsable de l'expérience patient et de retours réguliers en commission des usagers.

Objectif 3.3 La gouvernance fait preuve de leadership

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont élaborées à partir des résultats de la dernière visite de certification, du nouveau référentiel qualité HAS V2020, des objectifs du CPOM et du CAQES (parcours patients, coordination ville-Hôpital, pertinence des pratiques), des résultats des indicateurs qualité, des questionnaires de satisfaction patients et des premiers retours d'expérience patient. La CME, l'encadrement, les professionnels, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins structurée autour de 6 axes, comprenant par exemple l'implication des usagers, la maîtrise des risques, la pertinence des soins ou la qualité de vie au travail. Les orientations prioritaires sont déclinées chaque année en actions concrètes dans le programme qualité risque de l'année en cours. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins. La gouvernance s'implique directement dans les actions du programme de qualité et de sécurité des soins via l'organisation de 2 séminaires annuels, un COSTRAT qualité/risque ou encore des « grand oraux » organisés pour chaque service avec le directeur général, permettant des bilans d'étape présentés par les Comités Qualité Risques de chaque service. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la sécurité des soins. Les effectifs de chaque service sont déterminés sur la base de maquettes organisationnelles élaborées à partir des méthodes ANAP par la DRH en concertation avec la Direction des soins pour les services de soins et les cadres supérieurs de santé. Ces maquettes sont soumises au CSE chaque fois qu'il y a une modification organisationnelle. Une adaptation conjoncturelle est assurée par des réunions hebdomadaires, une cellule de remplacement et une équipe de soignants polyvalents « pool ». En cas de nécessité, le recours à des heures supplémentaires est priorisé et si nécessaire des vacataires fidélisés ayant bénéficié d'un doublage dans les services. A défaut des lits sont fermés dans certains secteurs afin d'assurer une qualité des soins optimale pour les patients accueillis (comme par exemple, actuellement lits en réanimation,

neurochirurgie, salles au bloc opératoire ou postes de dialyse). Les responsables médicaux de l'hôpital de Foch bénéficient d'un module de formation au management à l'ESSEC et les non médicaux de formation de manager organisée régulièrement. En parallèle, des actions ponctuelles sont organisées, notamment sur la gestion des conflits ou la prévention de l'épuisement professionnel. Des partages d'expérience sont réalisés lors de séminaire, ateliers de co-développement ou démarches participatives. Objectif 3.4 L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences Plusieurs leviers d'amélioration du travail en équipe sont mis en œuvre par l'établissement : des team building autour des objectifs de l'hôpital entre cadre et chef de service, des formations institutionnelles « Process Com » destinées à améliorer la communication interpersonnelle, des démarches participatives inspirées du concept « Hôpital magnétique ». Certains services ont engagé des actions pour mieux synchroniser le travail des équipes, soit ponctuellement, soit globalement. Le management de l'établissement organise l'évaluation des compétences des équipes, en lien avec les secteurs d'activité, de manière à mettre en œuvre les actions utiles de formation, de développement professionnel continu (éducation thérapeutique, infirmières de pratique avancée, recherche...). Cependant, le service des urgences récemment réorganisé et en phase de recrutement médical, ne dispose pas encore d'un pool complet de médecins urgentistes. Le département d'éthique et intégrité scientifique de l'hôpital Foch, coordonne deux comités traitant, respectivement, des aspects de la recherche (comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Foch, CERF) et des soins (groupe de réflexion éthique de l'hôpital Foch, GREF). Dans la continuité du GREF, a été développée une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de crise. Le département dispose enfin d'une activité de recherche en bioéthique. Objectif 3.5 Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT) basée sur des retours de professionnels, un questionnaire de satisfaction (étude annuelle) et validée en CSE. De nombreuses actions issues de la politique QVT sont déclinées sur le terrain sous forme de challenges avec sélections et financement de projets (« Equipe mobile de bien-être au travail », « Furie room », bar à smoothie...) ou la création d'un « Centre Prévention & Travail », premier centre en France dédié aux professionnels de santé et aux étudiants fréquentant l'établissement. L'établissement organise des formations à la gestion des conflits pour les managers. Le dispositif de conciliation de l'hôpital Foch repose sur un processus gradué comprenant : signalement anonymisable sur une plateforme dédiée ou auprès des référents harcèlement moral ou sexuel ; entretien avec le manager direct ; intervention, sur demande de la direction, de la psychologue du travail de l'hôpital. Pour le personnel médical il existe une charte de conciliation. Objectif 3.6 L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles a été actualisé en 2024. L'établissement a identifié les catégories de risques auxquelles il peut être exposé, mettant en adéquation ses Plan Blancs avec les plans ORSAN. L'organigramme de la cellule de crise est défini, sa mise en place dans des délais courts est testée régulièrement lors d'exercices réalisés de façon autonome ou en lien avec l'ARS. L'activation de la cellule de crise, même restreinte comme par exemple en cas de coupure de réseau informatique, fait l'objet de retour d'expérience (RETEX). L'établissement dispose d'aménagements permettant un isolement pour risques infectieux ou biologique allant de l'organisation des flux au SAU à la réquisition d'une unité de soins permettant de placer les patients contaminés en isolement. L'état de disponibilité des lits est suivi en temps réel grâce à un logiciel et permet d'alimenter le ROR quotidiennement. En cas de tensions, l'utilisation en interne des lits d'unité de Chirurgie de Courte Durée ou à défaut de chirurgie ambulatoire permet à l'établissement de faire face à un besoin d'urgence en attendant la disponibilité de lits d'hospitalisation dans les services. Le SAU dispose d'un local plan blanc dans lequel sont stockés des équipements de protection individuelle et des tenues de protection nucléaire-radiologique-biologique et chimique (NRBC). La mobilisation d'éventuelles ressources supplémentaires se fait en lien avec la direction départemental 92 de l'ARS. Le plan de sécurisation de l'établissement est actualisé régulièrement, basé sur des scénarios quotidiens, l'analyse d'EI et une projection de risques exceptionnels. Les accès à l'établissement et en particulier aux secteurs sensibles sont sécurisés via des systèmes de badges, des digicodes ou la présence d'un vigile 24h sur 24 pour le service d'accueil des urgences. Chaque patient dispose d'un coffre ou d'un placard individuel sécurisé par un digicode. Certaines situations à risque fréquentes (fugues, prévention et gestion de l'acte suicidaire...) font l'objet d'une conduite à tenir accessible à tous dans la gestion

électronique documentaire. Les responsabilités sociétales et le développement durable sont un des axes du projet d'établissement et sont intégrés au programme qualité de l'établissement. Ils sont notamment portés par un COPIL développement durable, animé par un référent (la directrice qualité risques et logistique) et relayé par des ambassadeurs développement durable au sein des unités. L'établissement dispose d'un bilan des émissions des gaz à effets de serre (BEGES) suivi de façon régulière et permettant d'objectiver les efforts réalisés par l'établissement. De nombreux axes sont développés : projet de régulation de la consommation énergétique en lien avec la ventilation régulée par IA, analyse du gaspillage alimentaire pour optimiser les menus, vaisselle réutilisable en verre au self, campagnes de préventions auprès des agents et des usagers... L'établissement a obtenu la labélisation THQSE® en mars 2023. Quarante filières de déchets sont identifiées. Les outils permettant le tri et le recyclage sont en place. La plupart des filières de déchet bénéficient de suivi d'indicateurs permettant d'évaluer les mesures mises en place et de proposer de nouveaux axes d'amélioration. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement grâce à un numéro d'appel unique (2222) permettant de déclencher simultanément un réanimateur, un interne et un IDE. Un mode dégradé permet de maintenir l'appel en urgence vitale en cas de panne du serveur téléphonique. Des évaluations du dispositif sont menées et ont par exemple permis d'optimiser le temps d'intervention dans les secteurs les plus éloignés de la réanimation. Objectif 3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques via la diffusion de recommandations par les référents (CLUD, CLIN...) et des relais au sein des unités de soins. Les documents supports sont accessibles dans la gestion électronique des documents (GED) et actualisés de façon régulière. L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité via des questionnaires quantitatif et qualitatif, des audits (urgences), le projet des usagers et l'expérience patient issue du « Living Lab ». Il analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) et la survenue d'événements indésirables liée aux soins via les comité qualité et risques de chaque secteur, des tableaux de bords affichés dans les salles de repos des secteurs. Des objectifs d'amélioration sont définis à partir de ces résultats. L'établissement contribue à optimiser le parcours du patient en aval des urgences. Il a accès aux besoins journaliers en lits d'aval via le portail SESAME de l'ARS. Un « bed manager » est dédié aux urgences, relayé par la cellule de coordination des lits le week-end. En cas de tension sur les lits, un plan de gestion des hospitalisations en aval des urgences définit le schéma de recherche en lits via une charte d'hébergement. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue et suivie dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement lors des entretiens professionnels ou de présentations régulières en CME. Les secteurs ayant une spécialité ou une activité à risque ont au moins un médecin ou une équipe accréditée, certaines depuis de nombreuses années, entamant leur 2ème cycle.

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	920150059	HOPITAL FOCH	40 rue worth 92150 Suresnes FRANCE
Établissement principal	920000650	HOPITAL FOCH	40 rue worth 92150 Suresnes 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	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
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	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
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	Oui
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Oui
Autorisation d'Activité de greffe	Oui
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	5,803
Nombre de passages aux urgences générales	54,947
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	298
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	139

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	55
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	83
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	18
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	6
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	17,610
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	14
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	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)	26
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	14
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	14
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)	26
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (chimiothérapie)
2	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et un antibiotique
3	Patient traceur			
4	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
7	Audit système			
8	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
9	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires

10	Audit système			
11	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Médecine Ambulatoire	

16			Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Maternité Médecine Soins critiques	

21			Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
22	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
23	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
24	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
25	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière	

			Urgences Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
27	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
28	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur			
	Patient		Chirurgie et interventionnel	

32	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Traceur ciblé			Prescription PSL
36	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Audit système			

39	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
40	Audit système			
41	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
42	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
43	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
44	Audit système			
45	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
46	Audit système			
47	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

48	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
49	Audit système			
50	Audit système			
51	Audit système			
52	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
53	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Audit système			
55	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
56	Audit système			
57	Audit système			
58	Audit système			
	Patient		Médecine	

59	traceur		Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
60	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
61	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
63	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
64	Audit système			
65	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
66	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
67	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
68	Audit système			
69	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
70	Audit système			
71	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
72	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
73	Audit système			
74	Audit système			
75	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
76	Audit système			
77	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
78	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
79	Audit système			
80	Parcours traceur		<p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	

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

