



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE MARCEL SEMBAT

105 avenue victor hugo
92100 Boulogne



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 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	14
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	26
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	27
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	28
Annexe 3. Programme de visite	32

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

CLINIQUE MARCEL SEMBAT	
Adresse	105 avenue victor hugo 92100 Boulogne FRANCE
Département / Région	Hauts-de-Seine / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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	920000767	S.A.S. CLINIQUE MARCEL SEMBAT	105 avenue victor hugo 92100 Boulogne-Billancourt FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

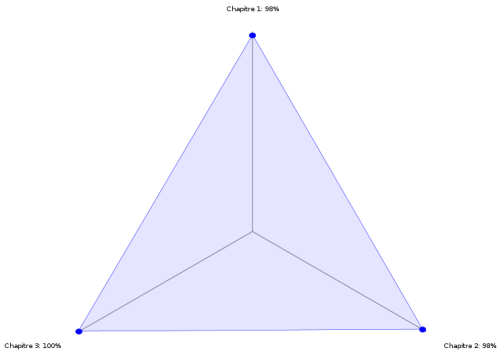
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins critiques
Tout l'établissement

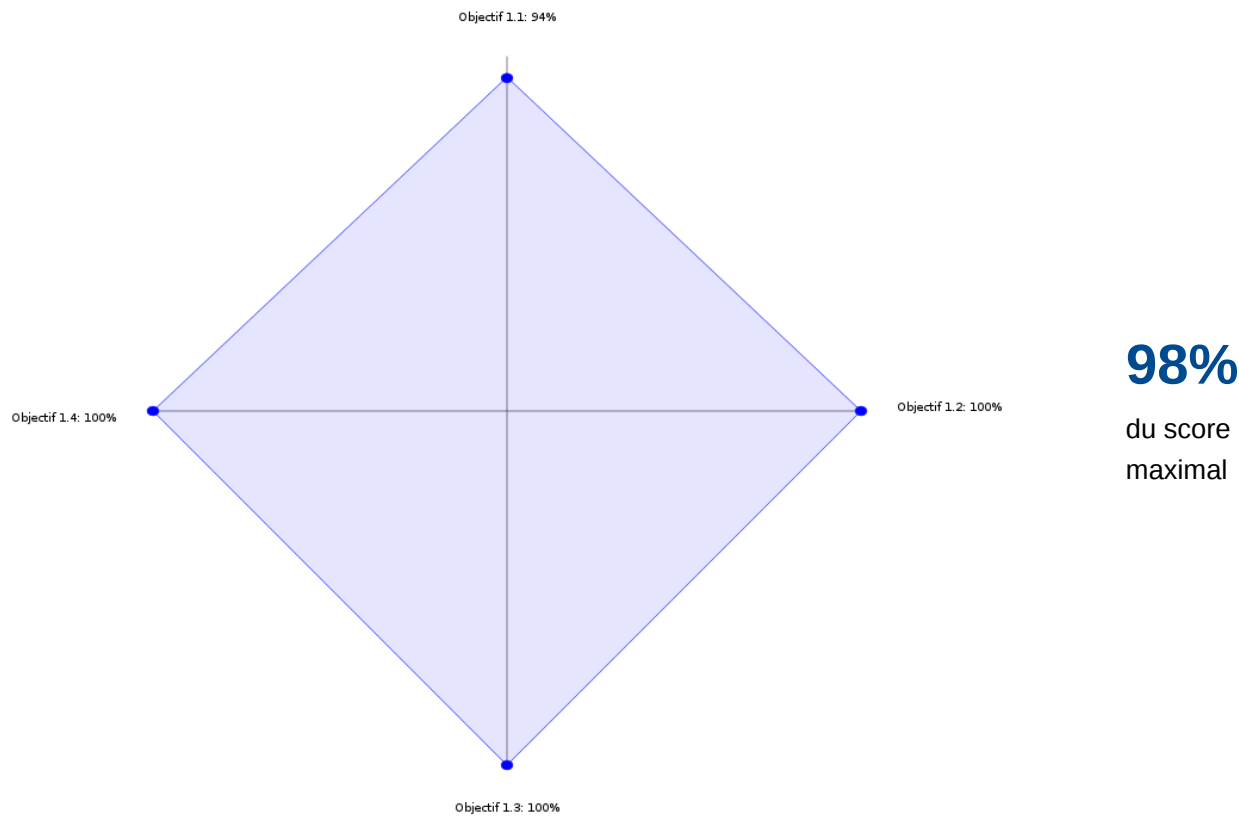
Au regard du profil de l'établissement, [110](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



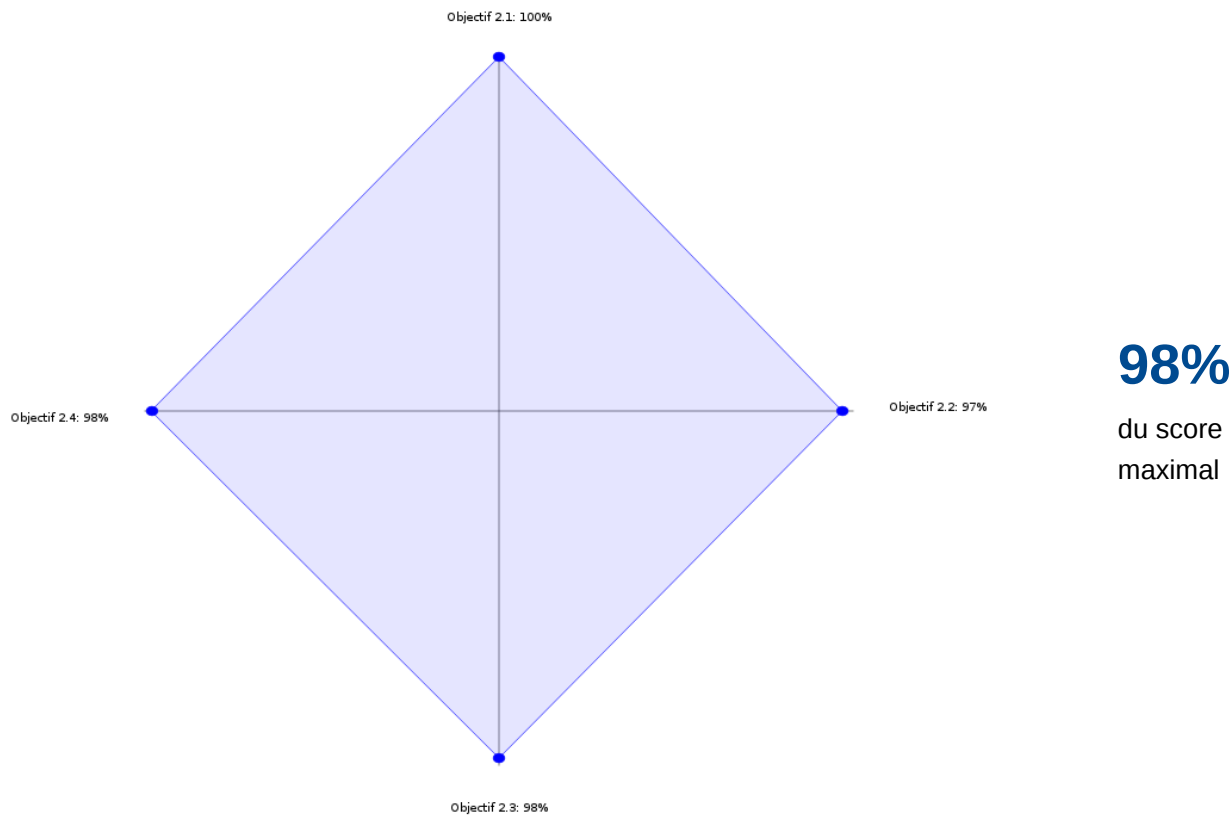
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Dès l'admission, le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé, sur ses droits et devoirs et sur les conditions spécifiques de son séjour. Préalablement, le patient est invité à prendre connaissance des informations sur son futur séjour et à préparer sa demande de préadmission en ligne sur un portail dédié. Cette préadmission est possible suite à la consultation et l'annonce d'une intervention ou lors de la consultation de pré anesthésie. Ces informations sont complétées par la remise, selon la prise en charge prévue, d'un livret d'accueil comprenant les différentes informations et documents relatifs aux conditions spécifiques de la prise en charge : le Livret d'Accueil en Hospitalisation Complète ou en Chirurgie Ambulatoire Adulte, le Livret d'Accueil en Hospitalisation Complète ou en Chirurgie Ambulatoire Enfant. De plus, un livret spécifique et numérique (accessible par QR code) est également remis pour toutes les admissions en service pédiatrique (Bienvenue dans notre service pédiatrique). L'ensemble de ces documents sont expliqués et adaptés aux patients accueillis lors de

l'admission. Les informations et les supports remis sont adaptés et délivrés selon le mode d'hospitalisation (HC ou ambulatoire) et selon l'âge du patient (enfant ou adulte). Les différents livrets d'accueil délivrent des informations relatives aux conditions d'admission, aux différentes étapes de l'hospitalisation et du séjour et à la préparation de la sortie (les visites, les prestations complémentaires proposées, la sécurité des biens et des personnes, l'identification des professionnels, l'organisation de la sortie), relatives aux droits du patient (la charte de la personne hospitalisé et de l'enfant hospitalisé, les dix commandement de l'Institut de l'enfant, les règles d'hygiène, la préparation cutanée préopératoire, l'identification, le signalement d'un EIAS, les coordonnées de la Commission des Usagers et des Représentants des Usagers), relatives aux informations médicales (confidentialité et secret professionnel, accès au dossier médical et transmission des informations vers le DMP intégré à l'Espace Santé, la protection des données personnelles), relatives aux règles de vie durant le séjour (les consignes de sécurité, les règles de vie, le civisme et le respect, les effets personnels, le tabac, l'alcool et les produits illicites, les repas, le courrier) et relatives à la qualité et à la sécurité des soins (le CLIN, le CLUD, la démarche qualité). Malgré les informations délivrées lors de l'admission, présentes dans le livret d'accueil et renouvelées durant le séjour, certains patients rencontrés expriment le fait ne pas avoir connaissance de la possibilité de déclarer un évènement indésirable associé aux soins et de l'utilisation d'une messagerie sécurisée pour les données de santé. Une plateforme spécifique « Koalou » accompagne les enfants et les parents avant, pendant et après le parcours de soins. Dès la première consultation avec le spécialiste, l'enfant est inscrit sur l'application. Il a alors accès à une bande dessinée ludique et suit les aventures de Koalou, un koala qui doit, lui aussi, subir une intervention chirurgicale. L'enfant peut alors s'identifier au personnage qui raconte l'histoire de son parcours de soins, avec des images et des mots simples. Le jour J, le petit patient connaît toutes les étapes qu'il devra suivre. Il est donc plus rassuré et détendu. Pour les parents, l'application Koalou rassemble en un seul et même lieu toutes les informations concernant la prise en charge de leur enfant. Tous les documents et les formulaires à remplir sont disponibles et de nombreux conseils sont prodigués. L'objectif est de lever les angoisses des parents en donnant des réponses à leurs questions. En ambulatoire, il est remis au patient des informations pratiques relatives aux modalités pré, péri et postopératoire : aux consignes avant l'entrée (fièvre, prise d'alcool, tabac, alimentation), ainsi que le numéro de téléphone direct du médecin anesthésiste, aux documents à apporter : les examens préopératoires (biologiques, cardiologiques, radiographie, IRM, scanner), le carnet de santé de l'enfant, aux consignes spécifiques de prise en charge : consignes préopératoires (jeûne, douche, accompagnant) et pour les enfants : le respect des consignes de jeûne, la sortie (si un parent conduit prévoir un deuxième accompagnant), le numéro d'appel après le séjour post opératoire 24h/24 et 7j/7. Toutefois, il a été constaté auprès de certains parents que le volume d'informations transmises, notamment, pour un séjour en ambulatoire, ne permet pas toujours de cibler les consignes relatives à ce séjour. Le recueil de la satisfaction des patients est organisé et recherché par la mise en place du questionnaire E.Satis, pour les patients et/ou familles disposant d'un mail. Ce dispositif est complété par la réalisation d'enquêtes de satisfaction papier en HC et en ambulatoire, remis à la sortie. Le recueil du consentement libre et éclairé du patient sur son projet de soins et ses modalités (et éventuellement du refus de soins) est effectif. La désignation d'une personne de confiance ainsi que le recueil de l'éventuelle existence de directives anticipées sont expliquées, recherchées et bénéficient d'une traçabilité systématique dans le dossier du patient. La participation et l'adhésion du patient et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet de soins personnalisé et du projet thérapeutique sont organisées et effectives à chaque étape de la prise en charge. Un objectif thérapeutique personnalisé basé sur un bilan pluridisciplinaire et sur les besoins et les attentes exprimés par le patient, est posé par les équipes médicales, chirurgicales et soignantes. L'objectif thérapeutique est basé sur un bilan pluridisciplinaire et sur les besoins et les attentes exprimés par le patient. Cet objectif est évalué et réajusté et fait l'objet d'une traçabilité systématique dans le dossier informatisé accessible et complété par les différentes équipes pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles. Les informations relatives à l'administration de produits sanguins labiles sont communiquées au patient transfusé (informations orales et écrites) en amont de leurs administrations. De même, des supports d'informations sur les risques et les conduites à tenir sont remis et expliqués au patient. Le patient est informé de la pose de dispositif médical invasif, des risques, des précautions et des conduites à tenir. La traçabilité est assurée dans le DPI et dans les documents remis au patient et déposés dans le DMP. Des supports

de messages d'informations de santé publique et de campagnes de prévention (vaccination, tabac, dénutrition, alcool, ...) sont délivrés et diffusés sur l'établissement. Bien que les messages de santé publique fassent partie intégrante des livrets d'accueil et d'affichages dans certaines parties communes, ceux-ci restent peu visibles et accessibles aux populations accueillies. De nombreuses associations participent aux activités de l'établissement, notamment l'association Alliance Maladies Rares, Le Lien, Petit Cœur de Beurre, Scoliose Partage, La chaîne de l'espoir, A'BRAS, les petits courageux, La ligue contre le Cancer, les Blouses Roses, les Petits Champions, Sunchild, Huma ainsi qu'une la future intégration d'une patiente partenaire (également Représentante des Usagers) issue de la Ligue contre le Cancer et de l'association P'tits Cœur de Beurre. La coordination des professionnels autour des droits des patients est effective dans les différents secteurs (enfant et/ou adulte) lors des différentes réunions et rencontres périodiques et lors des transmissions régulières. Les problématiques de prises en charge (pratiques comme éthiques) y sont abordées de manière pluridisciplinaire. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris lors des soins d'hygiène, sont assurés. L'anticipation du repérage de patient à risque douloureux ou susceptible de l'être est institutionnalisée dans les pratiques dès la consultation préopératoire. L'évaluation, le soulagement et la réévaluation de la prise en charge de la douleur relèvent de pratiques homogènes, effectives et systématiques. Les outils sont adaptés aux populations accueillies. S'agissant d'enfants, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation et l'usage d'outils adaptés à l'âge. L'entourage peut être sollicité par l'équipe de soins pour participer l'évaluation. Des informations et des messages spécifiques et adaptés, relatifs aux principaux facteurs de risques, sont expliqués au patient tout au long de son séjour et font l'objet de traçabilité dans le dossier du patient. La prescription de contention chez l'adulte, fait l'objet d'une prescription réévaluée et tracée conformément aux procédures. Le matériel est adapté aux besoins identifiés qu'il s'agisse d'une contention au lit, d'une contention au fauteuil et/ou d'une contention localisée. Le soutien du patient et de son entourage dans les situations qui le nécessitent est assuré par les équipes de jour et de nuit dans leurs différents champs d'activité : médical, chirurgical, soignant, paramédical et administratif. La présence de l'accompagnant de l'enfant est organisée et favorisée. Les équipes accordent une place particulière à l'aidant, notamment avec l'accompagnant de l'enfant, et sont sensibilisées à la souffrance psychique de l'entourage ainsi qu'aux bouleversements familiaux que cela engendre. En pédiatrie, les titulaires de l'autorité parentale expriment leur consentement libre et éclairé sur le projet de soins de leur enfant et ses modalités. Les informations données sont adaptées au niveau de compréhension. L'avis du mineur est recherché, s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, et tracé dans le projet de soins. Le carnet de santé est complété tout au long du séjour. Le projet de soins veille à prévenir les ruptures de la vie familiale, sociale et scolaire. L'établissement favorise la présence des parents 24h/24. Les locaux et matériels sont adaptés. Lors des soins la présence d'un parent et son implication sont favorisées et organisées (bilan sanguin, cathéter, évaluation de la douleur...), ainsi qu'au sein du plateau technique, selon l'âge (accompagnement, présence au réveil en SSPI, retour en chambre...) afin de soutenir le lien parent-enfant. La préparation à la sortie est élaborée autour du repérage dès l'entrée des facteurs de risque de ré hospitalisation, l'attention portée à l'information du patient et à la continuité avec les équipes de soins primaires et la définition d'une logistique de sortie appropriée. Le schéma thérapeutique est expliqué oralement et par écrit. La préparation de la sortie est effectuée en coordination médicale paramédicale et/ou sociale, si besoin, avec les intervenants de la ville et/ou les équipes associatives, filières et réseaux de soins. Le carnet de santé de l'enfant est mis à jour et remis aux parents. La rédaction et la délivrance d'un projet de sortie détaillé et personnalisé prend en compte des actions de prévention, la poursuite d'actions éducatives et/ou de programmes d'éducation thérapeutique, la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire et l'accompagnement des personnes démunies, si besoin. Le patient reçoit une information, tout au long de son séjour et en préparation de sa sortie, sur les éventuelles modifications de son traitement habituel, des traitements prescrits en cours d'hospitalisation et du traitement qui sera à poursuivre après sa sortie.

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	97%
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	98%

Les demandes d'admission émanent des structures et médecins hospitaliers, des médecins généralistes, du centre de consultations spécialisées, du centre d'explorations fonctionnelles adulte et pédiatrique de proximité, et de la plateforme Trajectoire. La clinique reçoit les patients des différents hôpitaux de Paris intra-muros et de la banlieue parisienne. Les patients de plus de 75 ans peuvent bénéficier d'une admission directe notamment en service de chirurgie pour les patients en provenance de l'Hôpital Suisse et de l'Hôpital Ambroise Paré. L'évaluation globale des besoins du patient est réalisée (évaluation clinique, sociale et psychologique,) avec la participation du patient, des proches et des aidants, si besoin. L'analyse d'un possible transfert en Hospitalisation à Domicile est partagé. Les équipes de jour et de nuit, médicales, chirurgicales, soignantes et paramédicales, s'attachent à une analyse de la pertinence des parcours, des séjours, des actes et des prescriptions relevant des différentes prises en charge. Ces évaluations permettent d'identifier la qualité des soins à réaliser et les bénéfices

attendus pour le patient. Une concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est réalisée pour toute situation complexe. Les équipes maîtrisent et appliquent les recommandations des bonnes pratiques d'antibiothérapie. La mise en œuvre d'une antibiothérapie fait l'objet d'une justification et d'une traçabilité systématiques dans le dossier du patient. La justification et la réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure sont systématiques. Les équipes font appel, si besoin, à des expertises présentes en interne ou extérieures (réfèrent antibiothérapie, infectiologue). Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques. La pertinence de la transfusion des produits sanguins est argumentée et tracée dans le dossier transfusionnel du patient pour tout acte de transfusion : analyse bénéfice/risque, évaluation de la pertinence de la transfusion. La coordination de la prise en charge des patients est pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Les équipes se coordonnent pour l'ensemble des activités adulte et pédiatrique présentes dans l'établissement (en hospitalisation complète et en ambulatoire). Des staffs réguliers assurent une réévaluation du projet de soins du patient et/ou de l'enfant avec la prise en compte de son avis et/ou des proches ou aidants, notamment dans l'organisation des modalités de sortie dans le cadre d'un retour à domicile. Les pôles, médico-chirurgicaux, favorisent une prise en charge coordonnée et globale des enfants pour chaque pathologie traitée sur site et dans le cadre de réseaux soins. La prise en charge pédiatrique est globale incluant le soin et les dimensions scolaire, sociale et familiale pour préserver l'avenir de l'enfant. Pour les prises en charge spécifiques, les infirmières puéricultrices réalisent un entretien personnalisé parent et enfant et évaluent les besoins, en étroite collaboration avec les professionnels de soins de supports : infirmière, médecin psychiatre, kinésithérapeute, sophrologue, éducateurs de jeune enfants, assistants sociaux et clown. Des parcours coordonnés adaptés à chaque pathologie en lien avec les associations de famille sont identifiés. Le carnet de santé de l'enfant demandé dès l'admission est systématiquement mis à jour des informations utiles et remis à la sortie de l'enfant. Les unités de soins en Hospitalisation Complète et en Ambulatoire adultes (une unité de 14 lits et une unité de 14 places) ou pédiatriques (une unité de 14 lits et une unité de 14 places) sont identifiées et adaptées aux patients accueillis (professionnels, matériels, équipements, ...) et bénéficient de surveillance continue adulte (2 lits) et pédiatrique (4 lits). En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour anticiper et assurer la continuité de prise en charge du patient. Les équipes peuvent faire appel, si besoin, à des réseaux d'équipes de recours ou d'expertise en téléconsultation (34%), en téléexpertise (17 %) et notamment au réseau ORTIF (Outil Régional de Télémédecine d'Ile de France) avec les Hôpitaux de l'APHP (urgences, maladies rares, ...). Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels assurant la prise en charge. La traçabilité des interventions, des actes et des prescriptions est assurée, en temps utile, par l'ensemble des équipes des différents secteurs d'activité, sur le dossier du patient informatisé et complété, éventuellement, par les documents papiers rattachés à ce même dossier. Toutefois l'ergonomie de l'organisation des documents numérisés et intégrés dans le DPI n'est pas opérationnelle et ne permet pas toujours l'accès rapide aux documents numérisés. Les Blocs interventionnels (un bloc central de 4 salles avec une SSPI de 6 postes, un bloc ambulatoire dédié à la chirurgie ambulatoire et l'ORL avec une SSPI de 3 postes, un secteur d'endoscopie en circuit court avec une SSPI de 2 postes) disposent de chartes de fonctionnement de blocs, opérationnelles, élaborées en Conseil de Bloc Opératoire, soumise à la CME et validée par l'ensemble des intervenants. Les différents acteurs de la programmation opératoire se coordonnent dans leurs rôles, procédures et tâches pour tous les actes du programme opératoire et ceux en urgences (urgences vitales, urgences fonctionnelles, rajout de programme). Les check-lists au bloc opératoire et en endoscopie sont mises en œuvre de façon systématique et exhaustive et sont adaptées aux plateaux techniques interventionnels. Elles sont informatisées et bénéficient d'une évaluation et d'une analyse dans leur utilisation par les équipes. L'ensemble des équipements techniques tels que pour l'anesthésie sont adaptés à la pédiatrie (malformations congénitales, fibroscopes pédiatriques, instrumentations adaptés etc...). En SSPI Pédiatrique, une télévision est installée avec des dessins animés pour apaiser les enfants au réveil et les faire patienter avant de retrouver leurs parents. Les secteurs interventionnels et les secteurs de soins se transmettent les informations de prises en charges utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient. Les spécificités des patients sont prises en compte et des documents spécifiques sont utilisés pour échanger les informations utiles entre services. Des audits sur la qualité des données médicales et paramédicales transmises entre le secteur interventionnel et les services de soins sont réalisés et tracées dans le dossier du patient. Cependant, certains dossiers consultés

ne comportaient pas ces informations. L'établissement n'a pas de secteur palliatif, toutefois, les équipes sont formées à l'éventualité de la mise en œuvre d'une démarche palliative. Une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire peut-être mise en place avec l'appui des professionnels de services de soins palliatifs, des réseaux d'équipes de recours ou des expertises extérieures disponibles sur le territoire. L'organisation des modalités de sortie est effective. La lettre de liaison à la sortie est organisée et comporte de façon exhaustive l'ensemble des éléments nécessaires à la continuité de prise en charge. L'envoi au médecin traitant et sa traçabilité sont assurés dans le dossier du patient et dans le DMP. Toutefois, l'analyse des dossiers de patients consultés n'a pas toujours permis de retrouver dans la lettre de liaison, la traçabilité complète de la continuité de prise en charge médicamenteuse comprenant le bilan thérapeutique comparatif entre le traitement d'entrée et le traitement de sortie. La mise en œuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective et appropriée à la population accueillie, au regard de son âge, de son handicap, de ses activités et de son souhait. Les secrétaires médicales du bureau des admissions, en charge de la gestion des entrées et sorties, assurent la qualification de l'identification numérique de l'identité du patient à l'aide de l'Identité Nationale de Santé et à l'appui de la carte d'identité du patient et des cinq traits d'identité demandés. Les équipes ont la possibilité de contacter le référent identitovigilance, si besoin. L'établissement assure l'accès, l'alimentation et/ou la consultation du dossier médical de Mon espace santé (DMP). Les informations relatives aux modalités d'accès et aux fonctionnalités de « Mon Espace Santé » sont délivrées au patient lors de l'admission. L'alimentation et la possible consultation du DMP par l'établissement lui sont également précisées ainsi que la possibilité de demander à consulter son dossier médical. L'ensemble de ces informations sont reprises dans le livret d'accueil remis au patient lors de son admission. Le taux d'alimentation du dossier médical partagé de Mon Espace Santé est suivi par l'établissement. L'ensemble des professionnels concernés est sensibilisé à l'importance du DMP et encouragé dans leurs pratiques. Les vigilances sanitaires et les circuits d'alertes sont identifiés, organisés, déployés et connus des professionnels de l'établissement : Biovigilance, Pharmacovigilance, Matérovigilance, Identitovigilance, Infectiovigilance, Hémo-vigilance, Radioprotection, Cyber vigilance... L'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur. Le circuit du médicament est organisé, sécurisé, informatisé et maîtrisé, de la prescription dans le dossier du patient à la dispensation, jusqu'à l'administration et sa traçabilité en temps réel par les professionnels habilités. Le personnel qualifié est présent sur site et assure l'approvisionnement, la conservation, la dispensation, la distribution et la dotation des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux stériles ou non dans l'établissement. La prescription est informatisée et est réalisée, à l'entrée, après examen du patient hospitalisé par les médecins de l'établissement. La prescription initiale prend en compte l'évaluation du traitement personnel du patient et le traitement hospitalier selon la balance bénéfice/risques. Les prescriptions "si besoin", ainsi que le refus de prise des patients sont systématiquement tracés. Les éventuels facteurs de risque de dépendance iatrogène sont connus des professionnels et tracés dans le DPI.

L'établissement réalise une démarche systématique de conciliation des traitements médicamenteux (recueil de trois sources d'informations différentes) sur un profil de patients identifié (patient de plus de 75 ans hospitalisé plus de 72h polymédiqué en cancérologie, urologie et digestif) pour lesquels il est pertinent de la développer. Un bilan médicamenteux de sortie est réalisé et intégré dans la lettre de liaison. L'analyse pharmaceutique est réalisée de niveau 3 pour toutes les prescriptions. Suite à l'analyse pharmaceutique, le pharmacien émet un certain nombre d'avis, de conseils et d'interventions pharmaceutiques concernant le traitement médicamenteux du patient. Ces interventions pharmaceutiques sont mises à la disposition des médecins pour être prises en compte et font l'objet d'une traçabilité et d'échanges dans le DPI. Le Dossier Pharmaceutique Partagé n'est pas, à ce jour accessible. Les équipes maîtrisent et respectent les bonnes pratiques des médicaments à risques.

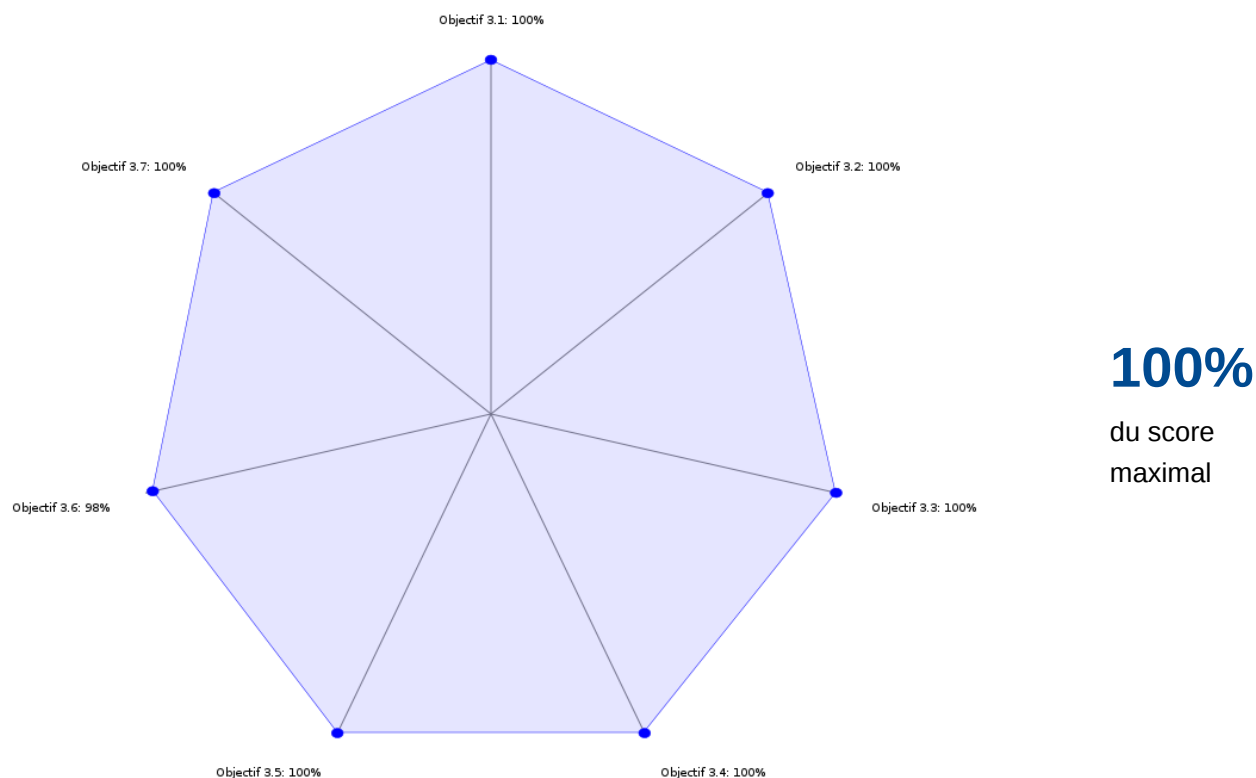
L'établissement a identifié et protocolé la gestion des médicaments à risques et leur utilisation. Une liste spécifique, connue des professionnels, est identifiée pour chaque service de soins. Des actions de sensibilisation des équipes de soins aux risques induits par l'utilisation des médicaments à risque sont initiées. La délivrance globalisée est la règle pour l'ensemble des services. Les services détiennent des dotations spécifiques à leur secteur d'activité. Des modalités particulières de délivrance sont organisées pour certains médicaments : antibiotiques, stupéfiants, médicaments dérivés du sang et certains médicaments à statuts particuliers. La dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) est réalisée par le pharmacien de la PUI pour les patients

hospitalisés plus de 72h, en associant l'analyse et la validation pharmaceutique nominative pour les médicaments à risques (Antibiotiques, Médicaments dérivés du Sang) et la mise à disposition des informations et conseils nécessaires au Bon Usage du Médicament. Les conditions de commandes, d'acheminement, de transport, de conditionnement, d'approvisionnement, de stockage et d'accès des produits de santé sont réalisées par des professionnels habilités et formés à leurs missions conformément aux recommandations de bonnes pratiques d'hygiène et de transport et selon la nature des produits (thermosensibles, stupéfiants, ...) et le niveau d'urgence. Les modalités de rangement, de stockage, d'identification, de vérification, de contrôles périodiques, de vérification des dates de péremption, de l'intégrité de l'emballage garantissant la stérilité des DMS, des flux d'approvisionnement, de l'hygiène sont définis et respectés dans les différents services. L'approvisionnement en urgence en dehors des heures et jours d'ouverture de la PUI est organisé et formalisé. Des solutions de dépannage sont en place (dépannage entre services, armoire de dotations). Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs et des comités de retour d'expérience sont en place. La gestion des alertes ascendantes ou descendantes est organisée avec le RMQPECM. Le retour et la destruction des produits non utilisés ou périmés sont en place. Les règles relatives à l'administration sont appliquées par les professionnels habilités qui disposent d'outils d'aide à l'administration (médicaments à risques, médicaments écrasables, et sécables, process d'administration...). La traçabilité informatique et en temps réel de l'administration, de la distribution et de la non prise du médicament est effective dans le respect des bonnes règles d'administration (5B). Des spécificités sont précisées et identifiables pour les formes pédiatriques : produits pharmaceutiques sous forme pédiatrique, protocoles de prescription simplifiés spécifiques, tableau d'équivalences volume/dose poids, tableau de conservation des solutions buvables et matériels adaptés (tailles pédiatriques, gommettes pour les masques d'anesthésie, ...). Les médecins sont en charge de l'information donnée au patient sur son traitement depuis l'entrée et tout au long de sa prise en charge. Cette information fait état des bénéfices et des risques de la PECM et de la nécessité d'une bonne observance. Dans les situations qui le nécessitent, les professionnels complètent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. L'information délivrée par le personnel soignant ou médical est structurée et délivrée durant l'hospitalisation et à la sortie du patient. La traçabilité de cette information est assurée dans le dossier du patient. La continuité du traitement médicamenteux est assurée à l'entrée et à la sortie du patient. Les bonnes pratiques transfusionnelles sont respectées : informations du patient (orale et écrite), analyse bénéfice/risque, surveillance clinique, surveillance post-transfusionnelle, protocoles des principales complications, évaluation de la pertinence des transfusions et suivi du taux de destruction. Le dossier transfusionnel est complet. Lors des rencontres avec les professionnels, la connaissance et la maîtrise des bonnes pratiques d'hygiène des mains a été constatée, ainsi qu'une implication forte de l'équipe Opérationnelle d'Hygiène et du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) portés par une infirmière hygiéniste, un médecin anesthésiste (DU Réanimation des Pathologies Infectieuses), la pharmacienne (DU d'hygiène), les référentes Hygiène des services et le CPIAS Ile de France. De nombreuses actions de sensibilisation et d'informations ont été mises en place concernant la maîtrise du risque infectieux et notamment l'hygiène des mains et l'utilisation des solutions hydroalcooliques, les précautions standards et complémentaires, les dispositifs médicaux invasifs. Les équipes disposent du résultat de leur service pour la consommation de solutions hydroalcooliques. Les équipes connaissent et maîtrisent les précautions adéquates standards et complémentaires et le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs, notamment au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels où sont réalisés des actes invasifs en appliquant les précautions adéquates. Les équipes sont formées aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs et disposent des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, ... Les traçabilités sont assurées dans le DPI. Les formations et les évaluations de pratiques sont réalisés avec l'EOH. Toutefois, il a été constaté avec les équipes rencontrées que la surveillance des voies d'abords vasculaires ne permettait pas aisément la surveillance du point de ponction, notamment s'il est oblitéré par l'utilisation de « strips » ou de bande en pédiatrie. De même, en pédiatrie, l'utilisation d'une bande élastique peut présenter un risque de compression et augmenter le risque en cas de diffusion sous-cutanée. Suite à nos entretiens, l'EOH a rappelé les bonnes pratiques aux équipes, retiré le matériel cité et vérifié les protocoles rattachés. Les bonnes pratiques per-opératoires sont respectées et maîtrisées par les équipes des secteurs interventionnels. Avant l'acte interventionnel, l'équipe s'assure que le

patient a bénéficié d'une douche préopératoire et applique les protocoles de préparation du patient selon la spécialité. L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels en s'appuyant sur le référent en hygiène du service et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'antibioprophylaxie fait l'objet de protocoles adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel. Les pratiques respectent les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes. L'équipe évalue ses pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le référent antibiotique (Infectiologue) de l'établissement et sur l'équipe opérationnelle d'hygiène, si besoin. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables. Les locaux, les équipements, le traitement, les conditions de désinfection et de stockage des dispositifs médicaux invasifs sont adaptées et les circuits sont respectés. Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs, des équipements de désinfection et de stockage sont connus des équipes qui sont formées et dédiées. La traçabilité de la référence des dispositifs médicaux utilisés lors des examens est effective dans le compte rendu d'examen du patient. La désinfection et la référence du dispositif invasif désinfecté sont tracées dans le dossier (date, opérateur, équipements ayant servis dans le circuit de désinfection, etc.) ainsi que la référence du dispositif désinfecté. Pour toute pose de Dispositif Médical Implantable (DMI), le patient bénéficie d'une information précise et adaptée sur le dispositif médical à implanter avant l'acte interventionnel (mises en garde, précautions, conduites à tenir en cas d'accident). La pose répond à une prescription et une fiche de traçabilité, signée par l'opérateur est transmise à la pharmacie. Une copie est conservée dans le dossier médical du patient avec le compte rendu opératoire. Un double de la traçabilité du DMI posé (carte d'implant) est délivré au patient. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants, elles disposent et utilisent des équipements de protection individuels et les dosimètres. La traçabilité systématique dans le dossier médical est effective, pour tout acte médical faisant appel aux rayonnements ionisants, des éléments nécessaires (information du patient, matériel utilisé, quantité de dose reçue par le patient). Le contrôle du respect des recommandations et des obligations vaccinales est réalisé pour l'ensemble des professionnels de santé. Pour la vaccination contre la grippe saisonnière, l'indicateur expérimental VAG est recueilli et analysé. Une campagne annuelle de sensibilisation et l'implication toute particulière de l'établissement dans l'information et la participation à l'amélioration de cette couverture vaccinale sont effectives. L'organisation de la sortie en Chirurgie Ambulatoire est effective. L'autorisation médicale de sortie validée, l'équipe du service remet au patient les consignes post-opératoires, les prescriptions et ordonnances de sortie, un RDV de consultation post opératoire et les documents médicaux spécifiques à sa prise en charge, les numéros de téléphone à joindre en cas de problème. Le transport des patients est effectué par une équipe de brancardiers formés aux bonnes pratiques d'identitovigilance, d'hygiène, gestes d'urgence, manutentions. Le transport des patients entre le bloc et les unités de soins est coordonné avec le tableau au bloc opératoire actualisé via un logiciel spécifique en fonction du déroulement du programme opératoire. Les modalités et les matériels utilisés pour le déplacement en interne des patients sont adaptés à une continuité de prise en charge de sécurité et de qualité. En pédiatrie, selon l'âge des enfants les modalités de transport sont adaptées : berceau pour les enfants de moins de 3 ans et « voiturette » pour les enfants de plus de 3 ans si éligible à ces modalités. Les équipes des différents secteurs échangent les informations nécessaires relatives à la prise en charge du patient. Les équipes mesurent et évaluent leurs pratiques (réalisation de Patients Traceurs, de Parcours Traceurs, de Traceurs Ciblés, d'audits, d'enquêtes, d'EPP sur le Circuit des Médicaments, sur le circuit des DMI, sur le dossier du patient, sur la Prise en Charge de la Douleur, sur l'antibiothérapie, sur l'antibioprophylaxie, sur la qualité des examens de biologie, ...). Toutefois, les démarches d'évaluation portant sur des résultats cliniques (notamment étude de pertinence) sont peu déployées sur l'établissement. Dans les secteurs de soins critiques les équipes de ces secteurs assurent le suivi et les évaluations permettant d'identifier des axes d'améliorations : le nombre de transferts externe (en service de réanimation, en service classique), les réhospitalisations à 48/72h, le taux d'occupation, le nombre d'EI et le nombre de décès. Dans les blocs opératoires et les secteurs interventionnels, les modalités de réalisation des check-lists, l'analyse et le suivi des go/no go sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en place, si besoin. La qualité des résultats, les modalités de prélèvement et les délais de rendu des examens de biologie médicale font l'objet d'indicateurs de suivis et sont analysés avec les équipes ainsi que la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale. Le déploiement de la gestion des risques et

de la culture sécurité à l'aide d'indicateurs est continu. Les actions d'améliorations identifiées et mises en place, s'appuient sur les évaluations menées, connues des professionnels et intégrées au programme qualité-gestion des risques. Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés. Les équipes en maîtrise la déclaration (support informatisé) et participent à leur analyse. Le retour d'information est assuré (RETEX, CREX, soirées RMM). Des analyses des causes profondes sont réalisées pour les événements indésirables graves s'appuyant sur une démarche connue et formalisée. Le bilan des événements indésirables fait l'objet d'une analyse qualitative et quantitative soumise à la CME et à la CDU. Les actions d'améliorations retenues intègrent le Plan d'Actions de l'établissement. Le recueil, l'analyse et la mise en place d'actions d'amélioration relatifs à la satisfaction, l'expérience et l'expertise des patients s'appuient sur différents questionnaires et enquêtes proposés aux patients dont le dispositif E satis. Une communication sur les résultats d'indicateurs et une analyse collégiale des réussites et des marges d'amélioration est affichée dans les services et présentée lors des réunions de services et des instances. Le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) est opérationnel. Les indicateurs sont recueillis, analysés et revus annuellement. Ces données sont regroupées dans un tableau de bord global Qualité Gestion des risques suivi par le Comité Qualité Gestion des risques et regroupant tous les indicateurs par processus. Une synthèse annuelle est transmise à la CME et la CDU et partagée avec l'ensemble des professionnels. Le Tableau de Bord ainsi que le Bilan annuel des Indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont accessibles et mis à disposition des professionnels.

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	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

La Clinique Marcel Sembat fait partie du groupe Ramsay Santé. L'établissement de Boulogne Billancourt s'inscrit dans le Pôle Paris qui comprend 9 établissements pluridisciplinaires ou mono-disciplinaires du groupe, organisés autour d'un comité de direction régional. La Clinique Marcel Sembat est une clinique chirurgicale pluridisciplinaire, créée en 1985, située au cœur de Boulogne Billancourt et spécialisée dans la prise en charge de l'enfant. Sa capacité est de 80 lits et places (60 lits - 19 places – 2 lits de surveillance continue adulte et 4 lits de surveillance

continue enfant. Ses prises en charge chirurgicales se regroupent autour de plus de 55 % en pédiatrie et nourrissons et près de 45 % en adultes. Plus de 70 % des prises en charge sont réalisées en ambulatoire. La clinique regroupe : - des spécialités médicales : anesthésie, gastro-entérologie, dermatologie, psychiatrie et pathologie du sommeil - des spécialités chirurgicales pour les adultes organisées par pôles médico-chirurgicaux : cancérologie, chirurgies digestive, urologique, gynécologique, gastro-entérologie, orthopédique et traumatologique, ORL, plastique, esthétique et reconstructrice. - des spécialités chirurgicales pour les enfants et adolescents reconnues en qualité de Centre Spécialisé de chirurgie pédiatrique : il réalise la prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant, dès son premier âge, en hospitalisation complète ou en ambulatoire. - un centre de consultations spécialisées adultes, enfants qui réalise des consultations avancées spécialisées en urologie, digestif, orthopédie, ... Dans le cadre du PRS3 Ile de France, de la réforme des autorisations et du DSR ACHILE Ile de France (Dispositif de Santé Régional en Chirurgie Pédiatrique), l'Institut de l'Enfant de la Clinique Marcel Sembat (inauguré en 2019) est reconnu comme Centre d'expertise avec un lien fort et privilégié avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Il propose une prise en charge médico-chirurgicale des nourrissons et des adolescents, en anesthésie pédiatrique et radiologie pédiatrique avec une continuité des soins 24h/24 et 7jours/7. Différents domaines spécialisés sont déployés au sein de l'Institut de l'enfant : la Chirurgie pédiatrique (Maladies Chroniques, Suivi et gestion des maladies de longue durée), les Soins de proximité et d'urgence (Accès rapide aux soins en cas d'urgences pédiatriques), les malformations et handicap (Prise en charge spécialisée des malformations congénitales et des situations des handicaps en lien avec les Centres Experts Maladies Rares). L'institut de l'Enfant Marcel Sembat est associé à la filière rhumato-néphropédiatrique et partenaire du réseau RESRIP (réseau dédié aux enfants atteints de rhumatismes et maladies inflammatoires chroniques). De plus, la clinique est reconnue comme Centre de référence Maladies Rares pour les malformations crânio-faciales, Centre de la chirurgie de la main et du pied et comme Centre de recours pour l'Endométriose, en lien avec le CHI de Poissy — Saint Germain proposant des soins spécialisés et un accompagnement pluridisciplinaire aux patientes souffrant de cette pathologie. Un Pôle dédié aux pathologies de la femme et du couple a été ouvert en 2020 et regroupe les activités de Chirurgie gynécologique (prises en charge 7j/7 des affections gynécologiques), de Chirurgie urologique (prises en charge des pathologies urologiques touchant les femmes et les hommes), de Chirurgie digestive (interventions sur les affections digestives) et de Chirurgie oncologique. Un Pôle d'orthogénie a également été ouvert en octobre 2024, et propose des soins adaptés aux besoins des femmes et des couples. Ce dispositif est complété, in situ, par un plateau diagnostique d'imagerie médicale, avec un environnement adapté aux enfants : Deux tables de radiologie, télécommandées à très faible dose, un système EOS (étude du patient en position debout) pour la modélisation des troubles de la statique rachidienne et des membres inférieurs des enfants et adolescents, une unité d'imagerie de la femme, un échographe 3D pour l'anténatal, un Scanner - IRM assurant la PEC des enfants dès la naissance avec une PEC sécurisée par des anesthésistes compétents en pédiatrie. L'établissement a conventionné avec un laboratoire d'analyses médicales externe, fonctionnant H24 (biochimie, microbiologie et immunologie). L'ensemble de ces pôles, services et plateaux techniques résulte notamment de coopérations établies avec les hôpitaux pédiatriques, particulièrement en cancérologie pédiatrique. L'établissement a identifié et conventionné avec différents partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux nécessaires au déploiement, à la coordination et à la continuité des soins sur le territoire de santé. Une collaboration étroite existe avec la municipalité de Boulogne Billancourt, l'Amicale des médecins libéraux, ainsi qu'avec le CLS (Contrat Local de sante), et le CPTS (Communauté Professionnels des Territoires de Santé) de Boulogne Billancourt et également avec les autres CPTS Ile de France notamment sur le volet pédiatrique. La coopération entre le secteur public et privé est effective. Actuellement, la majorité des praticiens spécialisés (près de 100 praticiens et 30 spécialités) exercent dans l'établissement, à temps partiel, et également dans les hôpitaux publics. Le déploiement, l'accessibilité aux soins et la coordination des prises en charge avec les Hôpitaux de Recours : l'hôpital Necker Enfant Malade, Bicêtre, Kremlin Bicêtre, Raymond Poincaré, Robert Debré, Ambroise Paré, Trousseau, est effective et réelle. L'âge moyen des médecins de la clinique Marcel Sembat est passé de 60 à 40 ans. Cette mutualisation de compétences et de moyens techniques permet l'amélioration de l'accessibilité aux soins des enfants et l'impulsion de perspectives nouvelles dans l'approche des soins pédiatriques. Chaque praticien dispose par sa dualité privé / public d'une formation continue et une expertise spécifique. L'ensemble de

la communauté médicale est engagé dans le programme d'accréditation : 93 % des spécialités dites à risques sont accréditées et 83 % des spécialités dites à non risques. De plus, 5 équipes médicales ont bénéficiées d'une accréditation en équipes : la radiologie, la chirurgie infantile, la gastro-entérologie adulte, l'urologie et l'ORL. Deux praticiens sont experts OA pour la chirurgie pédiatrique. L'ensemble des praticiens assure des prises en charge des patients en urgence (sur les horaires de journée ou en fin de programme) afin de soulager les urgences générales, gynécologiques et pédiatriques des hôpitaux publics. Un agreement d'internat en anesthésie pédiatrique et en formation d'Infirmier de Bloc Opératoire (IBODE), permet la participation à la formation des internes, rattachés à l'Hôpital Universitaire de Necker et au centre hospitalier universitaire de la Réunion-Mayotte. L'établissement participe aux réseaux de prévention et de coordination : Périnatalité, Respad, Repia (Réseau de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance), Douleur Paris, MaFace (Centre de Référence des Fentes et Malformations Faciales), Resrip (réseau dédié aux enfants et adolescents atteints de rhumatismes et maladies inflammatoires chroniques), ReVHO (réseau de santé régional pour l'accès à l'IVG), Miprof (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains), PDAP & DAP (Plateforme et de coordination, orientation autisme de proximité enfants). L'établissement a intégré les filières de l'anémie de l'adolescent (gynéco, gastro pédiatre, hématologue), du cancer pédiatrique avec Gustave Roussy – IRM corps entier enfant, des 1000 premiers jours de l'enfant (dépistage du TSA, handicap et malformation, fragilité sociale, anxiété) et au-delà des 1000 jours (dépistage de l'obésité, addiction et scoliose). L'animation d'ateliers d'Education Thérapeutique Patient collectifs dans le cadre du programme MIRAJE (Maladies Inflammatoires Rhumatismales Adolescent Jeune Enfant) est proposé au sein de l'Institut de l'Enfant. Des ateliers d'éducation Thérapeutiques (ETP) peuvent être proposés : école de l'asthme, maladie de Crohn, allergie alimentaire, obésité, cancer pelvien, sein et chirurgie de l'adolescent, soins critiques pédiatrique, médecine pédiatrique. Le projet de soins consiste en la prise en charge personnalisée du patient (adulte et enfant) avec une analyse et une adaptation de la part des professionnels. Dans leurs prises en charge et leurs décisions, l'équipe se conforme aux droits fondamentaux du patient (adulte et enfant) et aux valeurs définies par le réseau d'appartenance. Les équipes pluridisciplinaires sont composées de médecins (Anesthésie Adulte et Pédiatrique - Gastro-entérologie – Pneumologie, Dermatologie - Psychiatrie et Pathologies du Sommeil,...), de chirurgiens (digestif, viscéral, urologique, gynécologique, gastro-entérologie, orthopédique et traumatologique, ORL, plastique, esthétique et reconstructrice, ...) de soignants (cadre de santé, infirmiers, infirmières puéricultrice, infirmière de coordination, d'aides-soignants), de professionnels socio-éducatifs (éducateurs de jeune enfants, assistants sociaux, ...), d'équipes médico-techniques (pharmacie, biomédical,...) et d'une équipe administrative, technique et de direction. Il peut être fait appel à d'autres spécialités médicales ou paramédicales externes à l'établissement, si nécessaire. Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville et/ou hospitaliers de contacter l'établissement aisément. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives. Des astreintes médicales, chirurgicales et administratives sont en place 24h/24 et 7 jours/7. Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux échanges d'informations (données sensibles, résultats d'examen, ...) entre les différents professionnels contribuant à la prise en charge des patients. L'utilisation de la messagerie sécurisée pour le transfert de données médicales est effective. Les informations sur les modalités d'accès, d'usage, d'alimentation et de consultation du DMP dans le profil du patient de Mon espace santé sont mises à la disposition du patient lors de son admission, dans le cadre de sa prise en charge. Des traducteurs et interprètes sont disponibles dans l'établissement. Des formations à la communication sont proposées : formation à l'annonce d'un dommage associé aux soins, formation sur l'information donnée au patient, formation adaptée à la prise en charge d'un mineur, communication adaptée à l'enfant et aux parents, ... L'établissement est référencé en qualité de Centre de référence Maladies Rares pour les malformations crânio-faciales et participe à l'inclusion de patients éligibles à des essais ou des recherches cliniques. Une convention entre la Clinique Marcel Sembat et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris favorise l'utilisation de l'outil BaMaRa (Base de données des maladies rares). BaMaRa est une application web commune aux Centres de références et de compétences des maladies rares, avec la possibilité de collecter et d'exploiter les données sur les maladies rares. Des initiatives de projet de recherches sont menées avec le soutien de la Direction Recherche et Enseignement du groupe d'appartenance : - Une étude clinique multicentrique observationnelle des pratiques en anesthésie pédiatrique dénommée APFEL

(pour Anesthésie Pédiatrique en France En Libéral), cette étude a pour objectif d'évaluer les pratiques et de les valoriser scientifiquement auprès des tutelles et des sociétés savantes. L'étude vise l'inclusion de 3 500 patients âgés de 0 à 17 ans révolus. Les résultats sont transmis à la DGOS. - des essais cliniques en lien avec d'autres établissements du territoire : étude AprEndo (Evaluation d'un algorithme pré-diagnostique pour améliorer le parcours de soins des femmes à risque d'endométriose), SAOS (syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil) - des publications et des essais de recherches clinique sont réalisés par les praticiens : 20 à 25 publications par an sur la plateforme SIGAPS (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques). La bientraitance fait partie des valeurs et des priorités des professionnels. Un référent Bientraitance et Harcèlement interne et externe est identifié. Des actions de formation et de sensibilisation sont organisées visant à soutenir les droits des usagers (Promotion de la Bientraitance, Formation des managers à la gestion d'équipes et au harcèlement, Gestion du stress, la maltraitance ordinaire, les mécanismes de communication avec le patient, Flyers d'informations sur les Droits des Patients, ...). Les soignants sont sensibilisés à avoir une attitude bientraitante envers les accompagnants notamment lors du départ au bloc opératoire et des heures qui suivent. La vigilance des soignants est accrue durant ces moments où l'angoisse des parents est maximale. L'entourage de l'enfant fait partie intégrante de la prise en charge. Les parents ont la possibilité de rester auprès de l'enfant. Pour les durées de séjour longues, le service de pédiatrie permet de recréer l'environnement de l'enfant dans sa chambre. De plus, différents ateliers dédiés à la gestion du stress et de l'angoisse peuvent être proposés aux parents. Il est proposé des protocoles de 4 séances tous les 15 jours sur une durée de 2 mois. Ces ateliers sont animés par une IDE puéricultrice, sophrologue – relaxologue. Les bonnes pratiques de lutte contre la maltraitance sont connues et mises en œuvre par les professionnels. Des indicateurs spécifiques sont suivis et diffusés auprès des professionnels des services. L'établissement réalise le repérage de situations effectives de maltraitements rencontrés, et les recense dans le PMSI. L'identification et la prise en compte du risque suicidaire est réalisée dès l'admission. Les demandes d'accès ou à la consultation du dossier médical sont organisées. L'établissement a mis en œuvre le recueil de l'expression, de l'expérience et de l'expertise des patients sur sa prise en charge sous différentes formes, dont notamment la réalisation de questionnaires e satis pour les patients ou famille disposant d'un mail, la mise en place de questionnaires de satisfaction digitalisés adaptés aux différentes prises en charge. Des questionnaires spécifiques mensuels sur l'expérience patient (PREMS) sont en place et analysent l'expérience des patients dans les unités de soins et les plateaux techniques portant sur leur ressenti et leur point de vue sur les soins, complétés par des questionnaires (PROMS) sur le ressenti des patients sur le résultat des soins, des traitements et des interventions sur leur santé. La participation effective d'une patiente « partenaire » de la Ligue contre le Cancer et des P'ts cœurs de Beurre (également Représentante des Usagers) vient partager son expertise relative sa pathologie. L'ensemble de ces analyses permet de recueillir et d'analyser le ressenti et les avis de patients sur les points de non satisfaction, les souhaits liés à l'hébergement, aux prestations, à l'organisation des soins et à la vie de l'établissement. L'établissement dispose d'une Commission Des Usagers (CDU) qui est active. Les représentants des usagers sont impliqués dans les différentes démarches de recueil de l'avis et de l'expérience des patients. Le projet des usagers est formalisé et associé au projet d'établissement. La CME de l'établissement assure, en collaboration avec les équipes, l'élaboration et la mise en œuvre de la Politique Qualité et Sécurité des Soins. Une réelle dynamique est déployée en associant l'ensemble des professionnels. Le management de la sécurité des soins est structuré et déployé au niveau de différentes instances et comités qui sont actifs et opérationnels : la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le Comité de Direction (CODIR), le Comité Qualité et Gestion des Risques (CQGR), la Cellule Opérationnelle de Gestion des Risques (COGR), le Comité EPP, le Comité d'Identitovigilance (CIV-SI), la Commission des Usagers (CDU), le Comité Ethique – RGPD, le Comité de Radioprotection, la Commission Anti-Infectieux (CAI) l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH-CLIN), l'Equipe Opérationnelle Douleur (EOD-CLUD), le Comité des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS), la Commission des Fluides Médicaux, le Comité de Sécurité Transfusionnelle CSTH), le Comité de Bloc (Conseil de Bloc-Commission de Bloc et Cellule de Régulation), le Comité Qualité de Vie et des Conditions de Travail (CQVCT), le Comité de Responsabilité Sociétale de l'Etablissement (CRSE), le Comité de Sécurité d'Entreprise (CSE). La coordination et le déploiement de la politique sont portés par la Présidente de la CME, la Directrice, la Responsable Qualité

Gestion des Risques, la Responsable du Système de Management de la Prise en Charge Médicamenteuse (RSMPCM - Pharmacien), la Directrice des Soins, la Cheffe de Bloc Opératoire, les référents et pilotes de processus connus et identifiés des professionnels : Handicap, RSE, RSMQ, QVCT, Harcèlement, Risques Professionnels, Douleur, Hygiène, Bienveillance, RGPD, PCR, DM, Matériel Biomédical, DPI.... Les vigilances sanitaires sont déployées et suivies par des vigilants et des correspondants : Pharmacovigilance, Matérovigilance, Hémovigilance, Identitovigilance, Infectiovigilance, Biovigilance, Radioprotection, RGPD et sécurité informatique, ... L'ensemble de ces professionnels bénéficient de formations et de sensibilisations correspondant aux missions qui leur sont confiées. Un tableau de bord des indicateurs Qualité Gestion des risques est suivi par le CQGDR et rassemble tous les indicateurs par processus : Communication, Droits des Patients, Identification du patient, Prise en Charge Médicamenteuse, Prise en Charge de la Douleur, Prise en charge BLOC, Imagerie Médicale, Dossier du Patient, Ethique, Management de la Qualité et de Risques, Parcours du Patient, Gestion du Risque Infectieux, Système d'Information, RSE et QVCT. Ce tableau de bord précise les cibles à atteindre, les pilotes, la périodicité de suivi, les résultats et leur évolution pour chaque indicateur. La détermination des objectifs d'amélioration et des actions concrètes du programme sont connues et partagées avec l'ensemble des équipes. L'ensemble des données disponibles dont les sources principales sont : la satisfaction et l'expérience du patient, les résultats des indicateurs, les événements indésirables font l'objet de recueil, d'analyse et de déploiement avec et auprès des équipes. La gouvernance veille auprès des professionnels à l'acquisition et au maintien d'une culture de sécurité des soins et de l'ensemble des compétences, via la formation et le développement professionnel continu des équipes. L'évaluation de l'acquisition et du maintien de la culture de sécurité des soins est régulièrement réalisée (Enquête Culture Sécurité). L'équipe qualité et les pilotes veillent à la communication des résultats des indicateurs, des recommandations de bonnes pratiques, au déploiement de la dynamique qualité, sécurité des soins auprès des équipes de terrain. La direction et les responsables d'équipe bénéficient de formations en coaching de management, de partage d'expériences, et d'une formation de manager de proximité au sein de groupe d'appartenance (Gestion des conflits, animation aux entretiens annuels, médiation, formation au management, ...). L'établissement s'assure de l'adéquation entre les missions confiées et les compétences des professionnels. De nombreuses actions de sensibilisation sont régulièrement déployées auprès des professionnels en interne et/ou au sein du réseau d'appartenance. L'établissement impulse et soutient le travail en équipe et le développement des compétences. Les professionnels bénéficient, si besoin et selon les prises en charge à réaliser, de formations de développement professionnel continu et de formations spécifiques : Incendie, Hygiène en Endoscopie, Radioprotection, Conciliation médicamenteuse, Soins critiques en SSPI, Soins critiques en pédiatrie, Gestes d'urgences, Développement de la culture qualité, Sécurité Informatique et système d'information, Gestion des conflits, Entretien annuel, Communication avec le patient, ...). L'établissement est agréé comme organisme de développement professionnel continu (DPC) et propose des programmes de formations interne (circuit du médicament, prise en charge en pédiatrie, ...). Des formations diplômantes (DU plaies et cicatrises, mesures transitoires et VAE IBODE, formation IBODE) sont également proposées des démarches d'apprentissage (soignant et/ou non-soignant). L'établissement réalise des dispositifs et des démarches collectives structurés et spécifiques d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe, notamment, le Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE) portant sur l'analyse des pratiques professionnelles interdisciplinaires, sur les ateliers de coanimation, sur la recherche, sur la démarche qualité, sur la vie institutionnelle, ... La CME assure le développement d'une réflexion sur le questionnement éthique posées sur des réflexions collégiales sur les actions des professionnels dans le cadre de leur activité, sur la liberté et la responsabilité dans les prises en charge. Ce questionnement est structuré autour d'un Comité Ethique interne, pluriprofessionnel (présidé par un praticien). Le comité éthique adhère activement aux travaux de l'espace de réflexion éthique d'Ile de France. Les professionnels sont formés et sensibilisés à la réflexion éthique, des enquêtes internes sont réalisées déclinant notamment des questionnements sur l'éthique chez les patients et l'éthique dans l'entreprise. Il existe une politique de qualité de vie et des conditions de travail soutenue par le groupe d'appartenance et un accord national avec les partenaires sociaux dans le cadre du plan stratégique « Yes we care 2025 ». Les objectifs stratégiques s'articulent autour de démarches et d'un engagement sur un management bienveillant, la reconnaissance de l'expertise des professionnels et de leur capacité à identifier des

marges de manœuvres et des moyens d'améliorer les organisations, l'organisation d'espaces de discussions permettant aux salariés d'avoir un impact réel sur les conditions de travail. La mise en place des organisations de travail et des équipes est réalisée à l'appui d'un travail spécifique de synchronisation des temps d'équipes tant chirurgicales, médicales que soignantes. Des dispositifs de médiation et des temps de rencontres et d'écoute sont disponibles et peuvent être sollicités dans le cadre de gestion des difficultés interpersonnelles et/ou des conflits professionnels auprès du psychologue de l'établissement ou d'un psychologue extérieur à l'établissement. De plus, des groupes de paroles et un médiateur conventionné peuvent être sollicités, si besoin. Un dispositif d'écoute psychologique (psychologues du travail) est mis à la disposition des professionnels 7j/7, 24h/24. Une cellule psychologique indépendante est également accessible 24h/24. Les risques numériques, environnementaux, structurels et les enjeux du développement durable sont analysés, partagés et maîtrisés au niveau de l'établissement. Le logiciel métier (DPI) est déployé, sécurisé et accessible à l'ensemble des catégories professionnelles. Une personne ressource sécurité informatique (RGPD et DPO) est identifiée et connue des professionnels. Des actions de sensibilisations et de formations à la sécurité informatique sont régulièrement proposées aux professionnels, dans le cadre du plan de formation. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires est totalement maîtrisée. Un plan de gestion de crise est élaboré et régulièrement évalué. Une cellule de crise est définie. Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE) constitue pour l'établissement un plan de gestion des alertes lui permettant une mise en œuvre rapide des moyens pour faire face à une situation inhabituelle quelle qu'en soit l'origine (AMAVI, NRC, REB, MEDICO-PSY, EPI-CLIM, Cyber attaque). La prise en charge des urgences vitales est organisée. Les services d'hospitalisation disposent de chariots et de sacs dédiés et adaptés aux patients accueillis. Ces matériels sont conformes et accessibles. Un défibrillateur est disponible. Leurs usages et conditions d'utilisation sont connues par l'ensemble des équipes. Les organisations pour la prise en charge des urgences vitales sont en place et maîtrisées par les équipes. L'établissement assure le suivi régulier de la formation aux gestes de première urgence des différents professionnels en activité. L'établissement dispose d'un numéro unique et identique, connu des professionnels, pour l'appel dans le cadre d'une urgence vitale. Le circuit des déchets à risque infectieux (DASRI) relève d'un enlèvement et d'une élimination réalisés par un prestataire habilité et conventionné. Des sacs et des containers DASRI et/ou des containers pour objets, piquant, coupant ou tranchant (OPCT) sont mis à disposition dans les services. Au regard des populations accueillies, l'établissement est particulièrement sensibilisé à la sécurité des biens et des personnes (contrôle des accès extérieurs, digicodes individualisés, ...). L'analyse des pratiques professionnelles est réalisée, de façon régulière, avec l'implication des équipes : Patients et Parcours Traceurs, Audits, Evaluation des Pratiques Professionnelles, RETEX, RMM, RCP. Des revues de pertinences sont réalisées et suivies de façon régulières à l'appui des indicateurs d'alerte spécifiques à l'établissement (Pertinence des admissions et des séjours, Ré hospitalisations à 48/72h, ...). Les recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles sont disponibles auprès des professionnels. Des rencontres régulières permettent d'échanger entre différents professionnels sur des sujets relevant de nouvelles recommandations de bonnes pratiques. De façon globale et à l'échelle de l'établissement, la gestion globale des risques, la veille sanitaire, les vigilances sanitaires et la gestion des plaintes et réclamations sont organisés selon un dispositif structuré, déployé et connu des professionnels. Le signalement, le recueil, le traitement et l'analyse des événements indésirables sont organisés. Les équipes participent à l'analyse et bénéficient d'un retour d'information. Les analyses réalisées s'appuient sur une méthodologie d'analyse des causes profondes, réalisées par des professionnels formés à l'analyse des risques. Les actions d'améliorations retenues intègrent le Plan d'Actions de l'établissement. Le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) est opérationnel. Les résultats des indicateurs sont présentés en CME et CDU et aux différentes instances et font l'objet de communication, d'analyses et de revues régulières partagées avec les équipes de l'établissement. Il existe un tableau de bord des différents indicateurs permettant à la Gouvernance, aux responsables de services et aux instances de communiquer et d'évaluer la bonne réalisation et l'efficacité des actions mises en œuvre avec les équipes (Dossier Patient, Droits du Patient, Parcours du Patient, Risque Infectieux, Identitovigilance, Bloc Opératoire, PEC Médicamenteuse, MQGR, Prise en charge de la Douleur, RSE, Système d'Informations, QVCT, Imagerie).

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	920000767	S.A.S. CLINIQUE MARCEL SEMBAT	105 avenue victor hugo 92100 Boulogne-Billancourt FRANCE
Établissement principal	920300191	CLINIQUE MARCEL SEMBAT	105 avenue victor hugo 92100 Boulogne 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	Oui

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	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	5
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	60
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	19
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	61
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)	6
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	Circuit du médicament et des produits de santé		
2	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
4	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ ou un Antibiotique per os et/ou injectable
7	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
8	Audit système	Entretien Professionnel		

9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Circuit : Commande, Stockage, Prescription, Dispensation, Administration
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
12	Audit système	Coordination territoriale		
13	Audit système	QVT & Travail en équipe		
14	Audit système	Leadership		
15	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
16	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presque accident
17	Audit système	Engagement patient		
18	Audit système	Représentants des usagers		
19	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
23	Audit système	Risques numériques - Professionnels		

24	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os et/ou injectable
25	Audit système	Dynamique d'amélioration		
26	Audit système	Maitrise des risques		
27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète	

32			Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
----	--	--	--	--

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

