



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE MEDICO
CHIRURGICAL BIZET**

23 rue georges bizet

75016 PARIS 16



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 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	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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

CENTRE MEDICO CHIRURGICAL BIZET	
Adresse	23 rue georges bizet 75016 PARIS 16 FRANCE
Département / Région	Paris / 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	750056145	SAS CENTRE MEDICO CHIRURGICAL BIZET	23 rue georges bizet 75016 PARIS 16 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

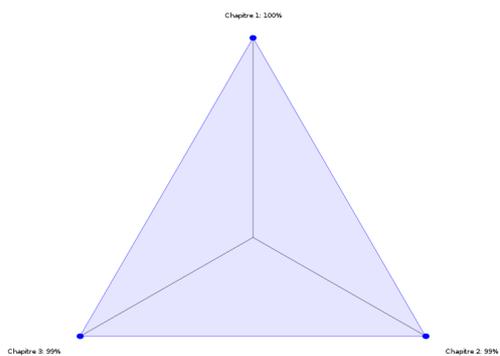
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

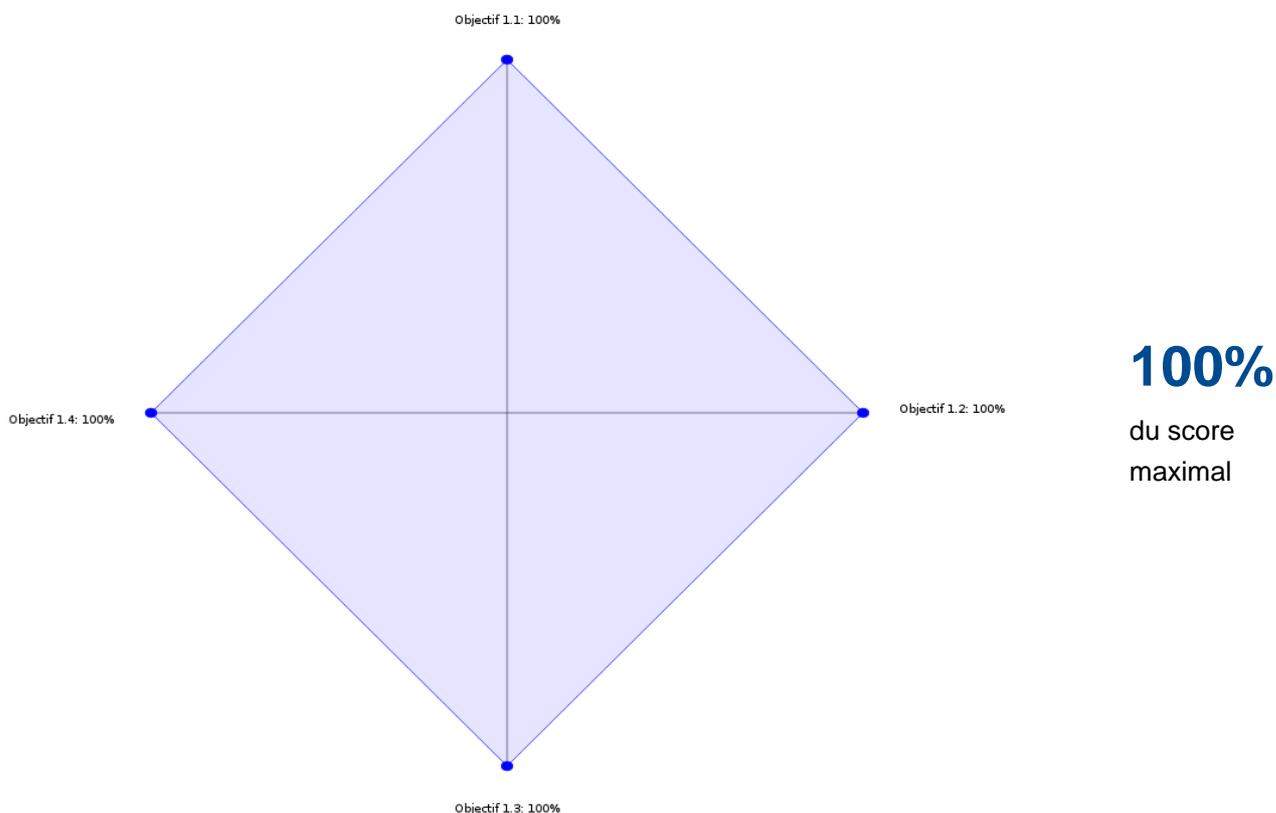
Au regard du profil de l'établissement, [110](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

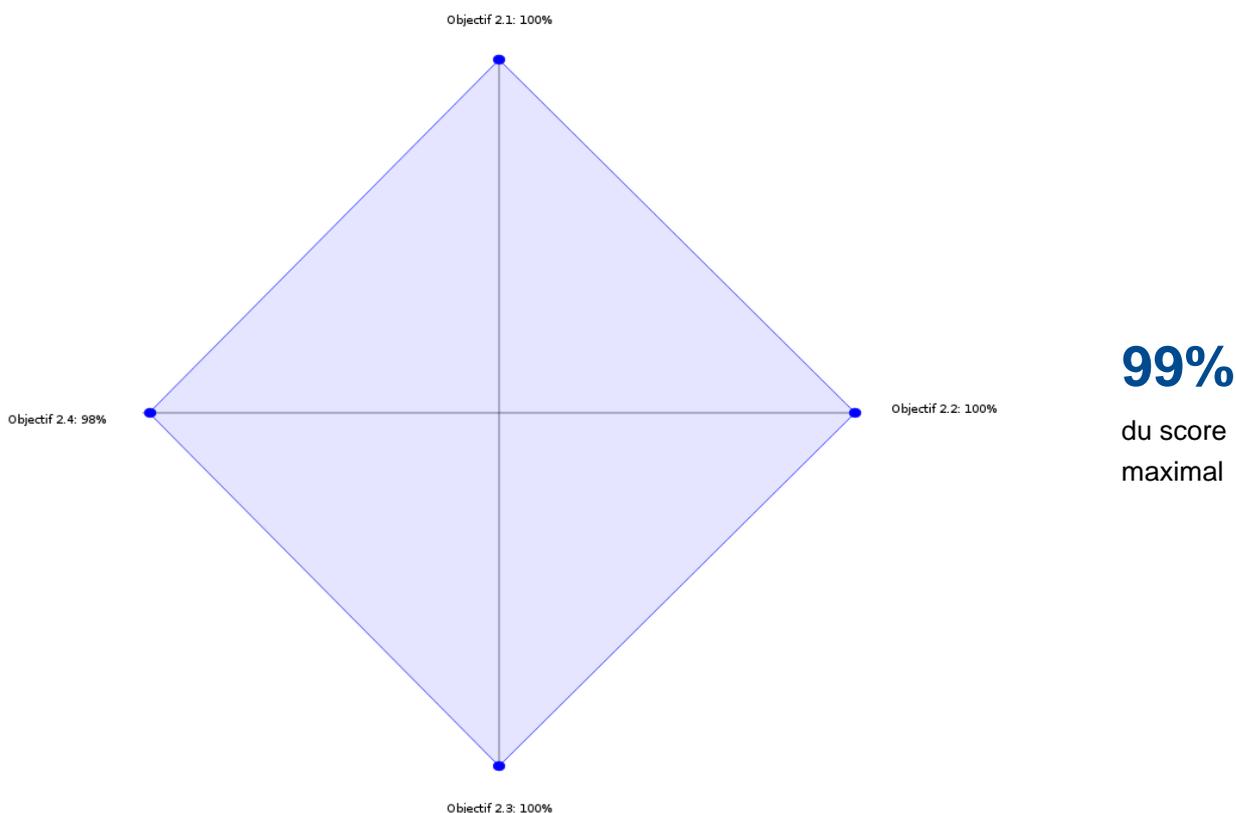


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Le Centre Médico Chirurgical Bizet est un établissement pluridisciplinaire implanté en centre-ville sur un seul site dans le 16ème arrondissement à Paris et d'appartenance au groupe Hexagone Santé depuis 2012. Son activité est principalement chirurgicale avec un pôle d'excellence de chirurgie orthopédique, de neurochirurgie, de la chirurgie bariatrique et de la prise en charge du cancer du sein. L'établissement dispose d'une unité de reconstitution des cytotostatiques (URC) dans le cadre des activités en oncologie (chimiothérapies). L'établissement organise différentes filières de prise en charge dans le respect de la réglementation concernant l'information du patient incluant celles concernant les parents de mineur. Celle-ci est dispensée par la mise à disposition d'un livret d'accueil, d'un passeport ambulatoire, de documents d'informations spécifiques aux actes médicaux ou chirurgicaux et documents de conseils dispensés aux patients avec pour exemple quelques-uns en termes d'hygiène au quotidien et d'hygiène alimentaire. L'établissement développe et met à disposition ses organisations,

les ressources humaines et compétences afin de préparer le séjour du patient par la communication d'informations relatives au séjour en amont et à la sortie du patient. Ces organisations prévalent à l'acquisition des informations par les patients rencontrés. Ceux-ci expriment leurs connaissances concernant la possibilité de déclarer les directives anticipées, nommer une personne de confiance et de faire appel aux représentants des usagers, ainsi que de pouvoir faire état de leur satisfaction ou insatisfaction et par extension, que de pouvoir porter une réclamation ou de la survenue d'un évènement indésirable auprès de l'établissement. Le patient est acteur de sa prise en charge, notamment par l'expression de son consentement libre et éclairé, tracé et de sa participation au projet de soins dont il fait l'objet. La prise en charge des mineurs est organisée avec une attention particulière concernant leurs sécurisations et la présence des parents. L'expression de la satisfaction du patient via un questionnaire de satisfaction interne et complémentaire de l'enquête E Satis est recherchée associant les représentants (es) des usagers fortement impliqués dans l'établissement, quant à l'analyse des résultats. Dans le cadre d'une insatisfaction ou d'une réclamation, le patient dispose des coordonnées de la commission des usagers (CDU) et de leurs représentants affichés dans les lieux publics et inscrites au livret d'accueil. Dans leur ensemble, les patients rencontrés dans les divers services ont témoigné de la bienveillance des équipes et du respect des professionnels à leurs égards et dans leurs prises en charge lors de leurs séjours hospitaliers. Les équipes prennent en considération les demandes particulières des patients dans le respect de leur intimité et de leur dignité tout au long de leurs parcours de soins. Pour ce faire, l'établissement dispose de chambres individuelles, préservant leur intimité et l'accessibilité aux aidants et accompagnants. Aucun patient handicapé ou en situation de précarité sociale n'a pu être rencontré en visite, mais l'établissement est organisé pour la prise en compte des situations qui sont alors intégrées dans une démarche de projet de soins associant l'expression du patient et l'association des proches et aidants. L'avis du patient quant à un hébergement transitoire en structure de rééducation, voire d'un retour à domicile potentiellement médicalisé est pris en compte en association avec l'entourage. La confidentialité des informations est assurée systématiquement dans tous les lieux, facilitée par l'utilisation d'ordinateurs mobiles permettant la sécurisation des données du dossier patient. Les offices infirmiers sont sécurisés. Le risque numérique est acquis et pris en compte par les professionnels. L'autonomie ou la ré-autonomisation du patient est recherchée tout au long du parcours de soins, intégrant la lutte contre la douleur et sa réévaluation. Le dispositif étant protocolisé et mis en œuvre. La contention mécanique n'ayant pas été constatée en cours de visite, fait l'objet d'une organisation comportant la prescription et sa réévaluation, en cas de besoin. L'entourage du patient est associé à la prise en charge du patient. Sa présence est facilitée, et les avis sont pris en compte notamment dans le cas de personnes vivant seules. Dans le cadre d'un appui pour les personnes en situation sociale précaire ou de vulnérabilité, l'établissement met à disposition les compétences d'une psychologue et d'une assistante sociale. Les recours aux services sociaux externes sont organisés. Les conditions de vie habituelles du patient sont prises en compte en vue du retour à domicile.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



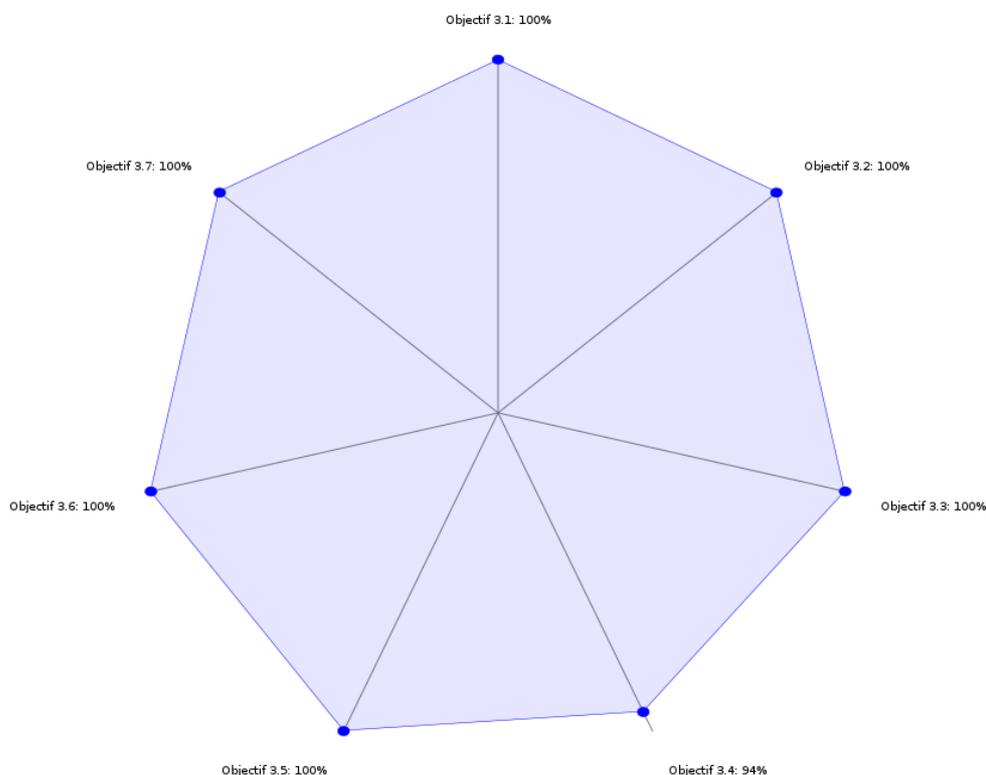
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent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

Les parcours de soins et des prises en charge des patients sont définis et organisés selon les filières de médecine, de chirurgie. L'analyse de contexte de la prise en charge et de l'orientation selon les filières est définie pluri professionnellement, par l'élaboration d'un plan personnalisé de soins avec pour exemple, la mesure de l'autonomie du patient, des décisions thérapeutiques et examens complémentaires en imagerie ou analyses biologiques, qui sont réalisés sur site. Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont mises en œuvre dans le cadre des pathologies cancéreuses. La pertinence des prises en charges est discutée lors de staffs quotidiens ou hebdomadaire pluri professionnellement avec discussion concernant les modalités thérapeutiques. Des dispositifs d'hospitalisation directe, notamment pour les personnes âgées sont configurées et mises en œuvre. Le suivi du parcours de soins est électroniquement intégré au système d'information hospitalier en hospitalisation (complète et ambulatoire). Les différents professionnels intervenant dans les parcours de soins

intègrent et complètent les données médicales et paramédicales des décisions thérapeutiques, de soins et de leurs administrations ou réalisations. La coordination des différents professionnels est constatée pour l'ensemble des filières avec pour exemple la chirurgie bariatrique, la chirurgie de la scoliose et la prise en charge de la fin de vie pour laquelle l'établissement dispose du soutien d'une équipe mobile en soins palliatifs de la maison médicale Jeanne Garnier. La coordination des flux patients prévoit la visibilité des activités et de leurs régulations pour la chirurgie et la médecine et prenant en compte les éventuelles urgences ou situations nécessitant des ajustements (transferts, ré hospitalisation). La conciliation médicamenteuse est engagée pour les populations âgées de plus de 75 ans et également en secteur de cardiologie et d'oncologie. Le circuit de la prise en charge médicamenteuse est organisé. Les prescriptions d'antibiothérapie, leur ré évaluation et/ou modifications sont tracées incluant la ré évaluation à 48/72 heures. L'antibioprophylaxie en secteur de chirurgie est tracée selon des protocoles adaptés à chaque chirurgie et mis à jour. Les bonnes pratiques en matière d'antibioprophylaxie sont respectées pour les dossiers évalués ce qui est démontré et confirmé par le résultat d'un audit réalisé dans le cadre de la surveillance et prévention nationale des infections en chirurgie et médecine interventionnelle (SPICMI). La sensibilisation des utilisateurs concernant les usages des antibiotiques est abordée en commission médicale d'établissement et en comité des médicaments et dispositifs médicaux (Comédims) et entre pairs et avec l'appui d'un praticien externe en infectiologie. La chaîne de conservation réfrigérée des médicaments est définie et maîtrisée. Les médicaments à risques sont identifiés via une liste mise à jour et une identification spécifique dans les armoires à pharmacie. Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique au quotidien via le dossier patient informatisé (DPI). La traçabilité de la délivrance et de l'administration sont constatées pour les dossiers évalués en cours de visite. Les contrôles de chariots d'urgence et des armoires à pharmacie des offices infirmiers montrent l'absence de périmés. Le stockage des médicaments respecte les bonnes pratiques. L'approvisionnement, le stockage des produits se fait dans de bonnes conditions de sécurisation. Les conditions de l'administration thérapeutique sont définies et mises en œuvre selon les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière (prescription/ dispensation/ administration des médicaments). Le recours à la transfusion est organisé en lien avec l'établissement français du sang du territoire. Le circuit de délivrance et la traçabilité des produits sanguins labiles sont formalisés et répondent aux attendus réglementaires et de bonnes pratiques incluant un travail d'analyse de la pertinence des transfusions. Les différents parcours de soins font l'objet pour les patients d'une identification formelle par un double contrôle de l'identité et de l'apposition de bracelets d'identification. Les vigilances sont opérationnalisées incluant la gestion des alertes ascendantes et descendantes. Disposant de ressources propres (cadre et médecin hygiéniste), l'établissement fait également appel à une consultante externe diplômée en hygiène. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) est constituée et développe les organisations et analyses relatives à la prévention du risque infectieux, la surveillance environnementale. Une cadre en hygiène hospitalière intervient auprès des équipes qui ont été formées en réponse aux risques identifiés. La consommation des solutions hydroalcoolique est connue et diffusée. Le risque infectieux est pris en compte concernant les précautions standard et complémentaires par la formation des professionnels et la mise à disposition d'unités mobiles d'isolement. L'établissement assure l'accès à la vaccination antigrippale qui peut être réalisée en interne. Le parcours de soins en termes de transport est opérationnalisé et sécurisé entre les différents secteurs d'activité. Les échanges d'informations nécessaires aux prises en charge sont effectifs en temps utile via le dossier patient informatique (DPI). Les équipes évaluent leurs pratiques au travers des évaluations de patients traceurs, parcours traceurs, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles et en partie subséquentes à des événements indésirables, modalités de l'utilisation de la checklist au bloc opératoire dont les NO/GO, la gestion de la douleur et également aux orientations définies par les différents comités et commissions dont la commission des usagers. L'établissement déploie une stratégie d'audit en lien avec les risques identifiés (risque infectieux, identitévigilance, acte transfusionnel...) ainsi que les points d'améliorations issus de la précédente certification dont les modalités de la réalisation de la check list « sécurité du patient ». Les audits et les résultats sont communiqués au niveau de l'établissement et dans les unités fonctionnelles via la gestion documentaire électronique ainsi que vers la commission des usagers (CDU). Il a été observé durant la visite, que la direction, l'encadrement des services de soins ainsi que les représentants des usagers, sont attentifs aux résultats de l'expression des patients lors des prises en charge, recueillis par les questionnaires de satisfaction, des indicateurs de la qualité et sécurité des soins (IQSS), l'analyse des

événements indésirables, les plaintes et réclamations. Les démarches d'intégration de la satisfaction et de l'expérience du patient sont effectives. Une organisation est définie pour ce faire associant les représentants(es) des usagers et celle d'un patient partenaire. L'établissement a mis en place une démarche collective d'analyse des événements indésirables. Le circuit de déclaration électronique concilie la visibilité partagée des événements pour l'ensemble des professionnels de toutes les unités fonctionnelles, leurs traitements et décisions d'amélioration. Ces dernières étant définies lors de réunions régulières associant la direction, le responsable qualité, le directeur médical en tant que coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'encadrement et mises à disposition électronique pour les professionnels de santé. Les actions issues des événements indésirables sont exprimées par les professionnels rencontrés. L'établissement analyse les événements graves associés aux soins (EIGS) selon la méthode ALARM. Les événements étant colligés en tant que EIGS par l'établissement font l'objet d'une déclaration via le portail national des déclarations. Les décisions d'amélioration intègrent le plan d'amélioration institutionnel global. Les équipes et les représentants des usagers sont informés des résultats d'analyse des événements indésirables. La sortie du patient est organisée via le retour à domicile ou la réorientation vers une structure d'aval si besoin. La lettre de liaison (LDL) est retrouvée dans les dossiers consultés. L'établissement prend en compte la valeur de l'indicateur qualité de la lettre de liaison, et impulse auprès des professionnels avec l'appui de la direction administrative, de la présidence de la commission médicale d'établissement (CME) , les modalités en vue de la qualité des informations transmises et de l'amélioration du score.

Chapitre 3 : L'établissement



99%

du score maximal

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	94%
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%

L'établissement d'appartenance au groupe Hexagone Santé définit ses orientations dans le cadre du projet d'établissement institutionnel 2022 / 2025 spécifiant les orientations stratégiques selon ses différentes filières. Celles-ci intègrent les objectifs du projet médical, du projet de soins, du projet qualité et gestion des risques. L'établissement participe activement aux projets territoriaux et à la coordination des parcours de patients selon ses activités autorisées. Il existe une coordination avec les autres établissements du groupe Hexagone d'Ile de

France et les centres hospitaliers du territoire Parisien. La démarche et les orientations associent la direction, la commission médicale d'établissement (CME), la commission des usagers (CDU) et les équipes. Des conventions avec d'autres établissements du territoire spécifient les liens de recours et/ ou transferts, selon les besoins et notamment la filière d'admission directe pour les personnes âgées. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est actualisé par l'établissement, qui a identifié ses partenaires et a contracté des conventions de repli avec plusieurs établissements privés et publics. Les éléments de communication en termes de coordonnées téléphoniques destinées au public et au réseau de médecine de ville permettent aux patients et à la médecine de ville, de contacter sans délai les professionnels de l'établissement. L'orientation ou ré orientation vers des établissements de santé de recours sont définies et mises en œuvre avec les structures d'adressage. Des conventions de repli sont validées avec les centres hospitaliers et les établissements privés et publics du territoire. L'établissement adhère à la communauté professionnelle du territoire de santé du 16eme arrondissement de Paris (CPTS16) associant médecins et professionnels paramédicaux libéraux. L'établissement favorise la recherche clinique pour laquelle plusieurs équipes sont engagées en tant que promoteur ou contributeur, avec le soutien d'une attachée de recherche clinique et participe au niveau national à la production de publications médicales. Pour exemple concernant la qualité de vie après une arthrolyse lombaire, concernant les effets physiopathologiques des émissions électromagnétiques sur l'état général du patient. La satisfaction du patient est engagée via les questionnaires E Satis ou au format papier exploités par le service qualité. Les résultats sont communiqués en interne et vers la Commission des usagers (CDU) et la Commission médicale d'établissement (CME). Des actions d'améliorations issus des résultats et de leurs analyses sont déployées et intégrées au plan d'action institutionnel. Les représentants (es) des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement. Leurs remarques sont prises en considération par les équipes. Les représentants(es) des usagers participent aux démarches entreprises en termes d'audit et évaluations et sont conviés(és) aux instances de l'établissement. La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont des axes inscrits aux orientations de l'établissement. La lutte contre la maltraitance fait l'objet d'une analyse de risque formalisée intégrant le respect du patient par l'élaboration de chartes spécifiant les attendus et postures professionnelles (personne âgée, Romain Jacob, personne hospitalisée) connues et exprimées par les professionnels rencontrés. Les locaux permettent l'accessibilité aux personnes vivant avec un handicap. Les patients porteurs d'un handicap peuvent être systématiquement accompagnés dès l'accueil. L'accès aux soins des personnes vulnérables est assuré. L'accès du patient à son dossier est organisé. L'impulsion donnée par la Direction et la CME quant à la qualité et la sécurité de soins se traduit par le pilotage des lignes directrices définies, ainsi qu'au travers de la politique qualité. Leur mise en œuvre étant assurée par les comités, commissions diverses (CLIN, CLUD Comité de pilotage , ...) en association des directions, du responsable qualité, du pharmacien, des responsables de services et des médecins. Le déploiement des démarches (gestion des événements indésirables, gestion du plan d'amélioration de la qualité, réalisation d'audits et évaluations, suivi des indicateurs dont les IQSS) est assuré et démontre une forte implication des personnels encadrants et le soutien de la direction. L'établissement organise des « visites de risques » et participe à la campagne nationale de la culture sécurité des soins et diligente les évaluations diverses selon ses risques identifiés prioritaires. Une majorité de médecins de spécialité à risque sont accrédités individuellement et d'autres en cours de validation ou à venir selon un calendrier pré établi. L'engagement dans un programme d'amélioration continu du travail en équipe (PACTE) est réalisé par l'équipe d'anesthésistes et concerne la prise en charge du patient dans le cadre de l'analgésie loco régionale pré opératoire, dont la réalisation de la check list. La direction impulse le travail en équipe au sein de l'établissement avec l'adhésion de l'encadrement. L'établissement s'engage dans la démarche collaborative en développant les staffs, les groupes de travail et lors des instances pour le partage des informations, données et résultats des diverses formes d'amélioration (audits, évaluations, IQSS,....). Dans le cadre d'acquisition des compétences, un parcours d'intégration du nouvel arrivant est formalisé. Le travail en équipe est favorisé, notamment par la collaboration multi professionnelle et la rétro information des démarches. Pour ce faire l'établissement mobilise les équipes médicales et paramédicales via des réunions de services hebdomadaires et/ou mensuelles Pour exemple l'analyse des événements indésirables et actions d'améliorations sont revues régulièrement et partagées avec les équipes de terrain. La Commission Médicale d'Etablissement se réunit sur les sujets d'ordre médical et sont

destinataires des résultats de toutes les démarches institutionnelles. Le management de direction soutient la formation professionnelle des salariés, en vue de l'adéquation des compétences aux besoins identifiés (hygiène, management de proximité, formations diplômantes, ...). La mutualisation des compétences est encouragée entre différents secteurs d'activité. Les bonnes pratiques professionnelles sont promues au sein de l'établissement notamment par la diffusion de référentiels et la formation professionnelle. Un comité d'éthique initié en 2024 est concrétisé en début d'année 2025 et spécifie le cadre (composition, fonctionnement, organisation des travaux éthiques). Les professionnels ont été sollicités afin d'exprimer et identifier au travers d'un questionnaire d'enquête éthique, les sujets de discussion à venir. La formation et la sensibilisation fait partie des axes de travail prévus pour l'année 2025. Cette démarche institutionnelle vient structurer un engagement ancien et constant des équipes autour des enjeux éthiques du quotidien, notamment le respect des droits des usagers, la bientraitance, la bienveillance et l'accompagnement de la fin de vie. La Commission des usagers (CDU) s'est régulièrement impliquée dans ces réflexions, contribuant à porter une vigilance partagée sur les pratiques et à nourrir une culture éthique déjà bien ancrée dans l'établissement. L'établissement s'inscrit dans une démarche de la qualité de vie au travail et des conditions de travail (QVCT), par la structuration et la prise en compte de l'expression des salariés et des médecins quant aux conditions de travail et à la gestion des possibles conflits. Des actions sont mises en œuvre et articulées autour d'axes prioritaires établis. Le travail en équipe est soutenu par la direction et les cadres de services autour de réunions de service et du traitement des sujets proposés concernant les conditions de travail. La prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est opérationnelle (chariots d'urgence uniformes et vérifiés, formations des professionnels). Un numéro d'appel d'urgence unique est connu des professionnels. La gestion des possibles tensions hospitalières est organisée au niveau de l'établissement pour son territoire de proximité. La supervision associe les différentes composantes hiérarchiques et de terrain. Des exercices et simulations de risque ont été réalisés. Le plan blanc est mis à jour et connu des professionnels. L'établissement est engagé dans le développement durable. Des démarches (pour exemple la gestion et le tri des déchets) sont définies et mises en œuvre. Les risques environnementaux sont pris en compte dans le cadre du développement durable. Un diagnostic a été établi avec les professionnels et un plan d'action mis en œuvre (pour exemple, relamping, isolation thermique, risque de coupure électrique). Les indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) sont exploités en termes d'analyse, d'actions d'améliorations traduites via le plan d'amélioration de la qualité institutionnel. Sous l'égide de la CME, l'établissement promeut les améliorations concernant la lettre de liaison, la consommation des solutions hydroalcooliques, la vaccination des professionnels. Les résultats sont communiqués en interne et auprès de la Commission des Usagers (CDU). Les analyses de risques sont structurées (a priori et a posteriori), incluant les réponses aux risques sanitaires, la sécurité des biens et des personnes. Un plan d'amélioration de la qualité institutionnel est construit sur la base des origines (Caqes, évènements indésirables, audits, rapport ASN, inspection ARS, visite de certification précédente...) et des sources déclarantes (commissions et comités, groupe de travail, vigilances). Concernant les évènements indésirables graves (EIGS), et les évènements associés aux soins (EIAS), leur gestion fait l'objet d'une formalisation et d'un enregistrement. Ils sont déclarés électroniquement et colligés par la commission des évènements indésirables qui se réunit tous les quinze jours associant l'encadrement de service et la direction. L'établissement organise des séquences d'analyse des causes profondes selon la méthode ALARM et procède à des retours d'expérience et communique ses résultats aux différentes équipes. L'établissement démontre la dynamique et la visibilité des liens entre les EIAS / EIGS et le plan d'action institutionnel incluant les déclarations via le portail national. Les actions définies sont suivies. Des indicateurs sont produits. Les bilans d'activités sont communiqués en interne aux équipes via la CME, la CDU et mis à disposition via la gestion électronique documentaire.

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	750056145	SAS CENTRE MEDICO CHIRURGICAL BIZET	23 rue georges bizet 75016 PARIS 16 FRANCE
Établissement principal	750300766	CLINIQUE BIZET	23 rue georges bizet 75016 PARIS 16 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	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	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	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	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	61
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	59
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	23
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	4,274
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	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	20
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)	12
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	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
4	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire

6	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
7	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
8	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p>	
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
11	Patient traceur		<p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
12	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p>	

13			<p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p>	
14	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Soins critiques</p> <p>Tout l'établissement</p>	
15	Audit système	Leadership		
16	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
17	Audit système	QVT & Travail en équipe		
	Patient traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p>	

18			Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
21	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
22	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient atteint d'un cancer	

			Programmé Tout l'établissement	
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
25	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

28	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotiques injectables ou per os
30	Audit système	Coordination territoriale		
31	Audit système	Engagement patient		
32	Audit système	Représentants des usagers		
33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
35	Audit système	Dynamique d'amélioration		
36	Audit système	Maitrise des risques		
37	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Audit système	Entretien Professionnel		
39	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Traceur ciblé	Gestion des évènements		EI et EIG

		indésirables graves		
41	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
42	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Audit système	Entretien Professionnel		
44	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
45	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
46	Audit système	Leadership		
47	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

48			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
52	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
53	Audit système	QVT & Travail en équipe		
54	Audit système	Entretien Professionnel		

55	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
56	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
57	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presque accident
58	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (chimiothérapie)
59	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
60	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
61	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os et un antibiotique
62	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
63	Audit système	Entretien Professionnel		
64	Audit système	Risques numériques - Professionnels		

65	Audit système	Entretien Professionnel		
66	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
67	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
68	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
69	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		EI critique ou presqu'accident
70	Audit système	Dynamique d'amélioration		
71	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
72	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
73	Audit système	Entretien Professionnel		
74	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques	

			Tout l'établissement	
75	Audit système	Entretien Professionnel		
76	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
77	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un médicament à risque injectable et un antibiotique
78	Audit système	Engagement patient		
79	Audit système	Représentants des usagers		
80	Audit système	Maitrise des risques		
81	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
82	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
83	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Patient		Adulte	

84	traceur		Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
85	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

