



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CLINIQUE SAINT JOSEPH - TRELAZE

51 rue de la foucadière

Bp 40105

49800 TRELAZE



Validé par la HAS en Juillet 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 – Juillet 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	19
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	25
Annexe 3. Programme de visite	29

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 SAINT JOSEPH - TRELAZE	
Adresse	51 rue de la foucadière Bp 40105 49800 TRELAZE Cedex 04 FRANCE
Département / Région	Maine-et-Loire / Pays de la Loire
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	490000171	CLINIQUE SAINT JOSEPH	51 rue de la Foucadière 49800 Trelaze FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

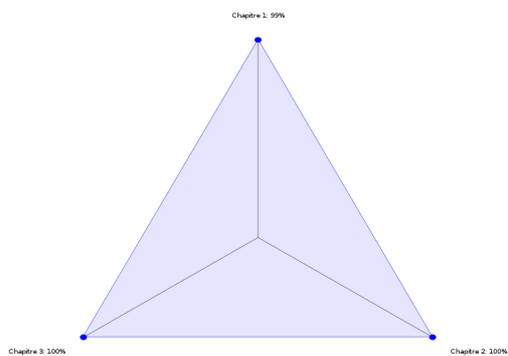
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

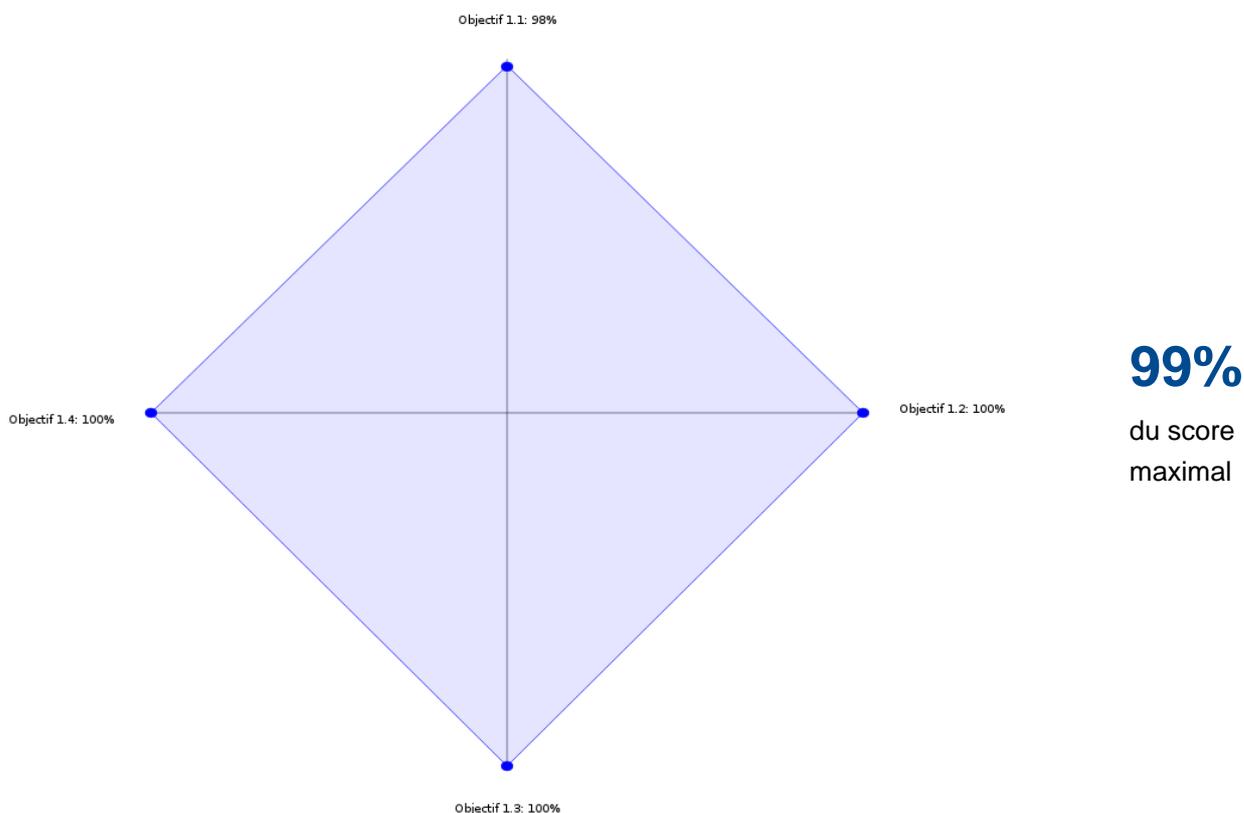
Au regard du profil de l'établissement, **111** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



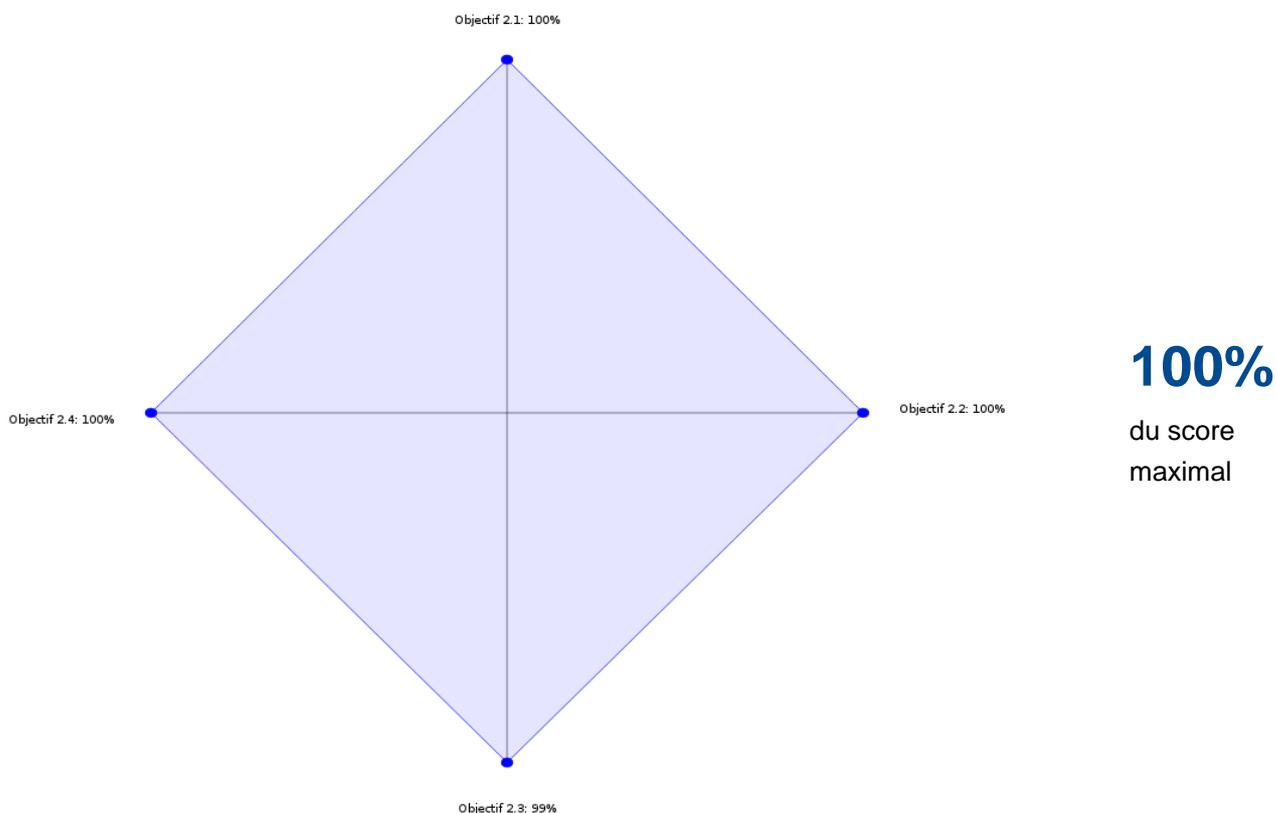
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'établissement à une offre de soin qui est organisée au sein de quatre pôles d'activités : le pôle cardiologie aussi appelé l'institut du cœur, le pôle médecine, le pôle chirurgie et le pôle cancérologie. L'offre de soin porte sur les filières : Médecines, Soins Critiques, Chirurgies, Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), Ambulatoires avec hôpitaux de jour. Il faut noter la préoccupation au quotidien des professionnels pour impliquer les patients dans leur parcours de soins. Les patients confirment de la bonne compréhension des informations transmises tout au long de leur séjour. Le patient est associé à la réflexion bénéfiques/risques sur sa prise en charge, s'il le souhaite dans l'évaluation bénéfiques/risques de toutes les décisions majeures. Pour tous les patients qui ont la capacité d'exprimer leur consentement libre et éclairé aux soins, celui-ci est activement recherché. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son état de compréhension sur son état de santé, ainsi que sur les soins prodigués et la durée prévisionnelle de son hospitalisation. Le patient exprime son consentement sur son projet

de soins et ses modalités. Les patients connaissent l'existence du livret d'accueil qui se trouve dans leur chambre d'hospitalisation. Les consentements pour les actes opératoires et d'anesthésie sont signés et gardés au dossier. Les patients sont sollicités pour être acteurs de leur prise en charge. En chirurgie, les consignes de prise en charge sont expliquées au patient lors de la consultation chirurgicale, avec la remise de documents explicatifs spécifiques à la situation, puis informations reprises lors de la consultation d'anesthésiologie. Un passeport ambulatoire contenant les documents explicatifs de la prise en charge lui est remis lors de cette consultation. L'appel de la veille réalisé par l'infirmière permet le rappel des consignes et l'assurance de la bonne compréhension du patient. Les enfants et les parents sont associés à leurs prises en charge. Les enfants reçoivent un passeport ambulatoire spécifique contenant les explications sous une forme adaptée pour leur bonne compréhension. Les patients en ambulatoire médical confirment avoir reçu un document contenant toutes les explications nécessaires au déroulement de leur hospitalisation. Dans la mesure où l'établissement ne dispose pas de service d'urgence, les patients peuvent joindre un numéro unique pour l'ensemble de la chirurgie, leur permettant de prendre un avis auprès d'un chirurgien (liste d'astreintes par spécialité) voire d'être réhospitalisé (lit tampon). Des écrans de télévision sont installés dans tout l'établissement, où en continu différentes informations déroulent : sur les droits des usagers, les représentants des usagers, les directives anticipées, messages de santé publique, informations relatives aux principaux facteurs de risques, de la prévention primaire, diverses chartes, de la prévention de la maltraitance avec utilisation du "violentomètre", cette source d'information par écrans est complétée par de l'affichage dans les services, et ce, en adéquation avec le type de prise en charge (la charte de l'enfant, la Charte Romain Jacob...). Il existe aussi des supports d'information sur les messages de santé publique dans les services de soin et ses lieux d'accueil. Dans tous les services, les professionnels s'assurent de l'implication du patient aux différentes étapes de sa prise en charge pour devenir acteur de celle-ci et pour gérer ses soins, et ainsi, accélérer sa convalescence et d'éviter les complications. Le patient exprime librement son consentement sur son projet de soins. L'information sur le bénéfice/risque des actes thérapeutiques est assurée par une équipe pluridisciplinaire. Les équipes tracent dans le dossier les informations données au patient relatives à ses principaux facteurs de risque (IMC, troubles nutritionnels...). En cas d'une mise en place d'un Dispositif Médical Implantable (DMI), le patient est informé du dispositif qui lui est implanté avec la remise d'une carte d'implant et la traçabilité du matériel dans son Dossier Patient Informatisé (DPI). De même que l'information sur les doses de rayonnement ionisant est tracée dans tous les comptes-rendus et lettres de liaison. Le patient est informé des Produits Sanguins Labiles (PSL) qui lui ont été administrés, le médecin vient systématiquement voir le patient avant l'acte et un dépliant est remis à chaque patient transfusé. Le patient est informé des règles qui lui sont imposées lorsqu'il est isolé pour risque de transmission d'agent infectieux. La traçabilité de la personne à prévenir et de la personne de confiance a été retrouvée dans les dossiers des patients. La plupart des patients rencontrés connaissent les modalités pour établir des directives anticipées, si les directives anticipées peuvent faire l'objet de discussions au sein des équipes, en revanche, les équipes n'informent pas systématiquement le patient. L'information des patients sur leurs droits de désigner leur personne à prévenir et leur personne de confiance et sur ses directives anticipées, est dans le livret d'accueil destiné aux patients. L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée et la personne de confiance quand elle est désignée est sollicitée, avec la facilitation à faire valoir au plus tôt la décision d'accéder aux soins palliatifs, au besoin, la famille et les proches sont accompagnés par l'équipe médico-soignante. Le recueil et le consentement sont tracés. En cas de non-indication de réanimation pour les patients en fin de vie en soins palliatifs, elle est clairement indiquée dans le dossier patient. Les patients n'ont pas toujours connaissance des modalités de réclamation si besoin, de même quant à leur possibilité de déclarations d'Événement Indésirable Associé aux Soins (EIAS). L'expression des patients est favorisée, les patients sont invités à exprimer leur expérience et leur satisfaction en répondant à des enquêtes internes régulières ainsi qu'aux questionnaires e.Satis qui ont un taux de retour important. L'expérience patient est prise en compte au travers du traitement des questionnaires, enquêtes, des patients traceurs et parcours patient réalisés par les équipes, ce qui permet l'expression du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les Représentants des Usagers sont connus par les professionnels, les patients rencontrés ne les connaissent pas toujours, et les sollicitent assez peu, de même pour les associations de bénévoles, qui peuvent les accompagner. Les patients rencontrés savent que l'équipe de soin

avec leur accord va alimenter leur Dossier Médical Partagé (DMP) et qu'ils peuvent le consulter. Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité des informations le concernant, les pratiques adaptées des professionnelles le garantissent. Les patients mineurs bénéficient de locaux adaptés à une prise en charge sécurisée. L'établissement met en œuvre une politique pour limiter les contentions (politique du « zéro contention »), dans le cas où elle est nécessaire, elle fait l'objet d'une information auprès du patient, son recours relève d'une prescription médicale, avec une réévaluation de la pertinence de son maintien. Les patients bénéficient d'une évaluation de la douleur visant à l'anticiper et à la soulager. Les mesures sont répétées et menées avec des échelles adaptées, analysées et prises en compte. Les prescriptions d'antalgiques « si besoin » sont étayées sur la base d'une échelle d'évaluation. Des prises en charge alternatives pour le soulagement de la douleur sont proposées aux patients. Avec l'accord du patient, des proches ou aidants peuvent être associés à sa prise en charge. La présence des proches est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite. La présence parentale est facilitée et souhaitée comme en Salle de Surveillance Post Interventionnelle en (SSPI) ou avec un appel du chirurgien aux parents dès la fin de l'intervention avant le retour en chambre. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge et pour la préparation de la sortie avec mise en place d'aides si nécessaire au domicile. Le maintien de l'autonomie est une préoccupation des professionnels de l'établissement. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement et d'une orientation vers l'assistante sociale de l'établissement ou vers les services extérieurs. Celui vivant avec un handicap exprime ses besoins et préférences et ceux-ci sont pris en compte avec l'aide des proches et aidants dans la mise en œuvre de son projet de soins.

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	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour l'ensemble des prises en charge (Hospitalisation Complète ou en Hospitalisation De Jour). Les décisions diagnostiques et thérapeutiques, et tout particulièrement pour les situations complexes en Hospitalisation Complète ou en Hospitalisation De Jour, sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèses, de staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires qui sont en place dans tous les secteurs, et dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les patients pris en charge en cancérologie. Ces réunions permettent de réévaluer les prescriptions et les modalités de prise en charge. Ces réflexions sont retrouvées dans les dossiers des patients. Les interventions des différents acteurs (médecins, chirurgiens, kinésithérapeutes, équipes soignantes...) permettent d'évaluer au mieux la situation médicale, les facteurs de risque, la durée prévisible de la rééducation, sa lourdeur et sa durée selon le type

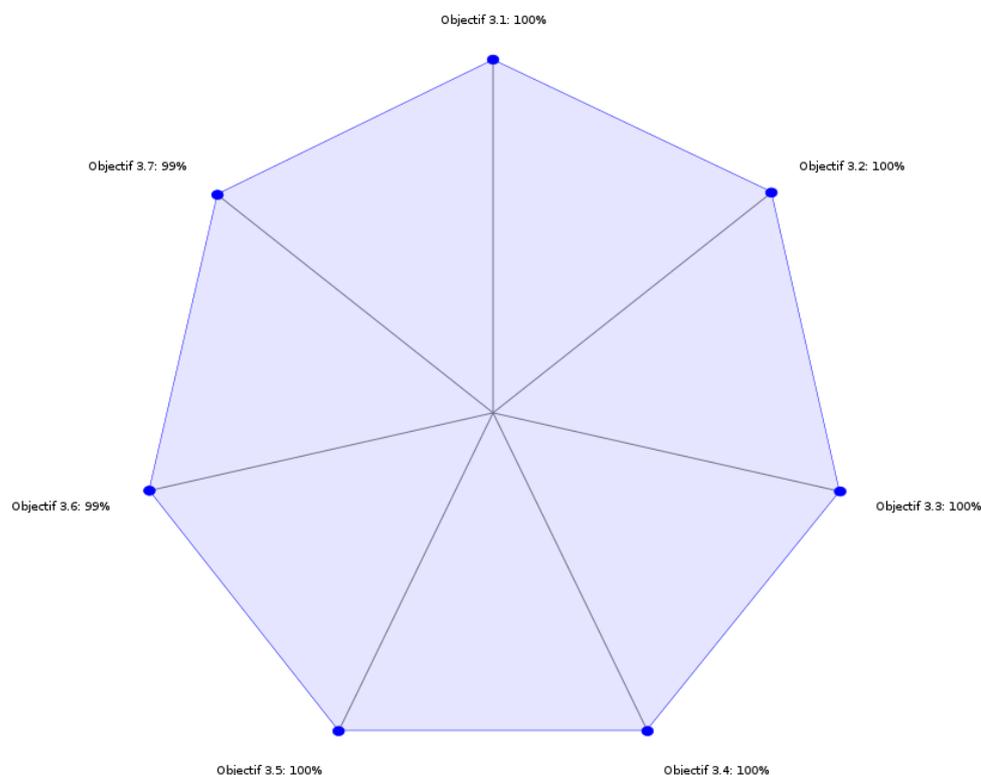
d'intervention, et ainsi permettre de bien mettre en balance les bénéfices/risques chez les patients parfois fragiles. Les professionnels recherchent systématiquement les facteurs de risque de dépendance iatrogène chez le sujet âgé, et mènent des actions de prévention : prise en charge nutritionnelle par la diététicienne et l'ensemble de l'équipe avec possibilité d'enrichissement naturel des repas ; réflexion sur la prescription de psychotropes ; avec un chariot Snoezelen (privilegiant ainsi la notion de « prendre soin »), des propositions de tisanes pour favoriser le sommeil ; un audit annuel de consommation de psychotropes en lien avec la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ; réflexion sur la continence afin de maintenir l'autonomie des patients avec des sollicitations régulières. En chirurgie orthopédique, la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) est pratiquée, cette approche de prise en soin globale du patient favorise le rétablissement précoce des capacités du patient après la chirurgie permettant de favoriser le retour à domicile. A noter, une attention toute particulière pour le parcours pédiatrique qui est organisé depuis la consultation avec le chirurgien, l'anesthésiste et la prise en charge au sein du service ambulatoire par les personnels soignants. Les parents sont autorisés à accompagner l'enfant jusqu'à la porte du bloc et peuvent entrer en SSPI afin de rassurer l'enfant. Décoration des box dédiés aux enfants, jeux et attention toute particulière apportée à chacun d'entre eux. Comme exemples : accueil dans une « cabane » ludique et pédagogique, prise de la température corporelle par une caméra à l'entrée de la chirurgie ambulatoire, en cas d'anniversaire les bougies sont prévues, diplôme du courage remis... Pour la pertinence de l'admission et du séjour en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), les équipes utilisent l'outil TRAJECTOIRE. Les prescriptions des traitements antibiotiques sont justifiées et réévaluées systématiquement entre la 24e et la 72e heure. La prescription est réalisée pour 7 jours maximum si l'infection est documentée, et pour 3 jours pour la prescription d'antibiothérapie probabiliste. Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques. Les consommations sont suivies. Partenariat avec infectiologue du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du territoire. Un anesthésiste de l'établissement est identifié référent antibiotique, il possède un Diplôme Universitaire (DU) en antibiothérapie. Un livret réalisé à partir de références, recommandations nationales a été établi et mis à disposition des professionnels. L'analyse de la pertinence des actes transfusionnels est réalisée de manière régulière depuis plusieurs années avec un médecin anesthésiste qui assure la fonction d'hémovigilant, et ce, à l'aide d'audits d'analyse, d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) qui a débuté en lien avec l'hémovigilant de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Deux réunions par an sont organisées avec le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance, dont une avec l'ARS. L'analyse bénéfice/risque est tracée dans les dossiers des patients. La pertinence de la transfusion est argumentée, les équipes assurent la traçabilité dans le dossier du patient : de la prescription, de l'administration, des facteurs de risque et de surveillance. Les infirmières connaissent les complications post-transfusionnelles de surcharge, elles peuvent faire appel si besoin à une expertise ou à un réseau d'équipes de recours. Un dépliant est remis à chaque patient transfusé, où les informations sur la transfusion sanguine sont expliquées depuis ce qu'est une transfusion sanguine, les modalités de prescriptions, d'administration, de surveillance, dont le bilan biologique 1 à 2 mois après la transfusion. Au bloc opératoire, le parcours des patients est connu en temps réel pour tous les patients. La programmation des actes interventionnels est validée en réunion de programmation. Le parcours de chirurgie ambulatoire est organisé et opérationnel. Le jour de l'arrivée du patient, l'infirmière vérifie la complétude des éléments du dossier, et une aide-soignante vérifie la préparation préopératoire à l'aide d'une check-list. Les données de suivi de la prise en charge pré, per et post opératoire en SSPI sont accessibles à partir du DPI à tous les professionnels de chirurgie et du bloc opératoire. La check-list de sécurité au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels (endoscopie) est utilisée lors des vérifications croisées. Il existe une forte cohésion et coordination entre les services. Concernant l'activité d'endoscopie, il existe une politique, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Elle identifie également les barrières en place et la planification des actions d'amélioration. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement identifie les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires. Il a été constaté que les ressources : en compétences (effectif suffisant et formé), en matériel (dont locaux et équipements) et en documentation (accessible, actualisée et connue) sont effectives. Ce qui permet une

maîtrise du risque infectieux des endoscopes souples digestifs propres particulièrement pour le stockage et l'acheminement. Le dispositif de gestion documentaire est structuré. Les procédures et modes opératoires relatifs à l'endoscopie sont réalisés. La gestion des interfaces est organisée et informatisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Des formations sont régulièrement effectuées. Le parc d'endoscopes permet d'assurer les activités nécessaires, les conditions de stockage et de désinfection sont conformément aux bonnes pratiques. La maintenance préventive et curative est assurée avec l'aide d'une Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO). Les procédures opératoires, de désinfection et d'entretien des matériels sont actualisées et disponibles, permettant le respect de la marche en avant. La planification des actes, les fiches d'écologie, la check-list, les fiches d'ouverture de salle sont en place. La check-list est mise en œuvre conformément aux préconisations pour toute intervention. La surveillance de l'environnement permet la réalisation des interventions selon le niveau d'asepsie nécessaire. L'équipe EOH réalise un travail continu d'évaluation des pratiques. Dans les situations oncologiques, un projet de soins est rédigé. La démarche palliative est une préoccupation des professionnels. Par ailleurs, si besoin, les professionnels bénéficient de ressources d'accompagnement leur permettant d'atténuer leur propre souffrance. Les soins de support sont intégrés dès le début du parcours du patient, ils s'inscrivent dans la continuité de l'accompagnement jusqu'à la fin de vie. Diététicienne, assistante sociale, musicothérapie et socio-esthéticienne avec l'association PICASSO association créée par des infirmières et des médecins de l'établissement participent aux adaptations du projet de soins. Pour les soins palliatifs les staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires et les transmissions inter-équipes journalières et points journaliers avec les médecins permettent de fixer les objectifs de soins adaptés en fonction de l'état de santé du patient, de son évolution et ainsi réajuster le projet de soin. La mise en place de ces réunions pluridisciplinaires contribue à une approche globalisée et concertée des patients. Ces réunions font l'objet d'une traçabilité dans le DPI. Le parcours de prise en charge des patients en Hôpital De Jour de chimiothérapie est structuré avec les différents temps du suivi identifiés et tracés. Au sein de l'établissement, Le Dossier Patient Informatisé (DPI) est en place, il est complet et accessible par les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, il reste quelques documents papier à la marge, lors de la visite un seul document ne répondait pas à l'ensemble des critères d'identification. Des secteurs disposent de logiciel métier interopérable avec le DPI permettant l'accès aux informations en temps utile. Le dossier patient contient tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient : recueil de données, antécédents, allergies, motifs d'hospitalisation, traitement, comorbidités, résultats de bilans, personne de confiance, traçabilité de la recherche de la personne de confiance... Lors de la visite un seul dossier ne comportait pas la recherche de la personne de confiance. Les intervenants tracent leurs actions thérapeutiques ou préventives (kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale...). La traçabilité de la coordination et de l'ensemble des professionnels est retrouvée dans les dossiers patients. Le parcours du patient est coordonné afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Des analyses de dossier sont régulièrement conduites. Les prescriptions sont informatisées, l'analyse pharmaceutique est déployée sur l'ensemble des services avec une priorisation pour les médicaments à risque. Il y a un suivi des interventions thérapeutiques (analyses pharmaceutiques) avec une visibilité sur les messages d'information aux prescripteurs. Le dossier pharmaceutique n'est pas intégré dans l'analyse pharmaceutique. Tous les comprimés ou gélules sont correctement identifiés. L'administration est effectuée par les infirmières qui vérifient la prescription et tracent l'administration (ou la non-administration) sur informatique en temps réel. Les équipes respectent les bonnes pratiques : de prescription, à l'exception des prescriptions « si besoin » qui sont parfois incomplètes pour identifier le besoin, de dispensation et d'administration des médicaments. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Les ruptures de stock et les commandes hors stock sont gérées par conventions. Concernant les bonnes pratiques des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit, un travail important a été réalisé sur la formation et sensibilisation des professionnels à l'utilisation des médicaments à risques et aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments avec des formations en interne, avec en complément un livret des médicaments à risque réalisé pour les professionnels. Les médicaments à risques sont connus des professionnels, ils sont identifiés dans toutes les armoires et réfrigérateurs de tous les services (liste affichée et antidotes), une liste est formalisée par service. La traçabilité des morphiniques est réalisée de façon

hebdomadaire et le réassort est réalisé dans des contenants sécurisés. Sur la sécurisation du stockage, les médicaments sont dans des locaux sécurisés, les coffres à stupéfiants sont tous sécurisés et fermés à clé. Les vérifications des péremptions sont régulières et tracées. Des audits réguliers sont organisés sur : la détention des médicaments (sécurisation des armoires, stockage des médicaments à risque...), chaîne du froid, suivi de consommation des antibiotiques, détention des gaz médicaux et le circuit chimiothérapie. La prescription d'antibioprophylaxie utile est réalisée dès la consultation pré anesthésique ou préopératoire, elle est tracée dans le dossier du patient, elle est vérifiée lors de la check-list, elle est administrée dans le respect des délais. L'induction est tracée dans la check-list. Le temps entre l'administration et l'incision est respecté. Des audits sont réalisés avec bilan d'audit antibioprophyllaxie, le dernier est de 2024, avec un taux de conformité supérieur à 95 %, pour autant, deux actions d'amélioration ont été identifiées et mises en œuvre. La conciliation médicamenteuse n'est pas mise en œuvre pour les situations les plus à risque : les profils de patients à cibler sont identifiés, les documents créés et les professionnels de pharmacie formés, mais la démarche a été suspendue pour des raisons de Ressources Humaines. La check-list « sécurité du patient » des blocs opératoires est retrouvée systématiquement, remplissage par les acteurs qui réalisent l'activité chirurgicale du site. Les professionnels s'assurent que le patient a bénéficié d'une douche préopératoire. Des modalités d'identification des patients sont en place : bracelets d'identification dans les services, aux urgences. L'identitovigilance est assurée à chaque étape aussi bien à l'admission que dans le service de soin, à noter la sensibilisation et l'implication des professionnels soignants dans la vérification de l'identité, les équipes connaissent le référent identitovigilant. Toutefois, pour un patient, le bracelet d'identification n'a pas été retrouvé. Pour les vigilances sanitaires, toutes les vigilances sont identifiées et les modalités de transmissions définies. La liste des vigilants est accessible aux professionnels par la gestion documentaire informatisée, les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. La coordination des vigilances est effective. L'établissement a mis en place une stratégie de lutte contre les infections nosocomiales avec une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et des professionnels correspondants en hygiène des services de soins qui veillent au respect des bonnes pratiques d'hygiène des mains. L'EOH réalise un travail continu d'évaluation des pratiques et de compagnonnage des équipes sur le terrain : olympiade hygiène des mains avec prix de l'originalité pour la vidéo réalisée devenue support de formation, journée boîte à coucou, audit « pulp friction », quick audit dans tous les services, audits précautions standards et complémentaires avec action de sensibilisation, audit gestion des excréta, audit tenue au bloc opératoire, audit des pratiques pose et ablation aiguille de Hubert avec réactualisation du protocole... Les équipes connaissent et appliquent les bonnes pratiques d'hygiène des mains, ainsi que des précautions standard et complémentaires avec les protocoles qui sont en place, retrouvés dans la gestion documentaire. Les locaux de service contenant des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) sont tous identifiés et verrouillés. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées et les professionnels sont sensibilisés à l'importance des vaccinations (grippe, COVID ...). Le transport des patients en intra hospitalier est maîtrisé. Les transports intra hospitaliers sont effectués avec du matériel adapté. Ils respectent les règles d'hygiène, de confort et de respect de l'intimité des patients. La sortie est organisée en amont avec l'équipe, elle est organisée en fonction de l'autonomie du patient et en lien avec l'aval qui est dans la plupart du temps destinataire le jour même d'une fiche de liaison de sortie ou d'un compte-rendu complet. Cet élément est suivi par l'établissement. Pour l'autorisation de sortie du patient en ambulatoire, elle est signée par le médecin. Un chirurgien interrogé pratique la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC). Les infirmiers, formés, établissent « l'aptitude à la rue » sur la base du score de Chung. Les équipes concernées maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnement ionisant. Les professionnels concernés utilisent les équipements de protection individuelle et les dosimètres. La traçabilité des rayonnements ionisants est effective dans le dossier du patient (courrier de sortie). Les professionnels réalisent des signalements d'Événements Indésirables (EI), ils savent aller sur ENNOV suivre leur EI. Les pratiques des équipes font l'objet d'analyses à l'appui des déclarations des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et les actions d'amélioration dans les services s'appuient sur les résultats : des audits internes, de Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM), de Comités de Retour d'Expérience (CREX). La satisfaction des patients est recherchée au quotidien par les professionnels quand un élément d'insatisfaction est exprimé, la cadre de santé réalise un entretien avec le patient ou sa famille pour

trouver rapidement une action d'amélioration. Les équipes connaissent les questionnaires de satisfaction et les plaintes ou réclamations et aussi ceux d'e-Satis. Les Représentants des Usagers sont connus par les professionnels, leurs noms et coordonnées sont affichées dans les services avec leurs photos. De plus, ils sont allés à la rencontre des professionnels et ils viennent rencontrer les patients, ils participent à certaines instances et réalisent un stand à l'accueil pour se présenter aux patients. Les Indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) sont connus des équipes, (communication par la responsable qualité, affichages...), les équipes sont en mesure de citer un exemple d'action d'amélioration mise en œuvre. Les médecins rencontrés connaissent le dispositif d'accréditation des médecins ou celui des équipes. La majorité des médecins sont accrédités, et deux équipes le sont. A date de la visite, les ré hospitalisations à 48/72 heures ne font pas l'objet d'un suivi. La tenue d'un registre de refus des admissions est effective pour les soins critiques de l'établissement.

Chapitre 3 : L'établissement



100%

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	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	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	99%

L'établissement Saint-Joseph participe aux projets territoriaux de parcours et met en œuvre une politique « d'aller vers » ses partenaires sanitaires, médico-sociaux et de ville, avec une dynamique effective de coopération des acteurs : le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, la clinique de l'Anjou ainsi que les établissements de proximité sur le Village Santé, avec lesquels de nombreuses conventions sont en place. Un fichier de suivi des partenariats et conventions permet des revues de conventions et partenariats. Pour exemples de la politique «

d'aller vers » : Journée st joseph (invitation des médecins traitants du territoire), ma clinique est fantastique (portes ouvertes pour les lycéens), journée Cardio, carte de vœux avec annuaire. Par son organisation en filières de soins, l'établissement répond à l'ensemble des besoins du territoire avec une offre de soins diversifiée en hospitalisation complète et en ambulatoire. Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est actualisé tous les jours, actualisation du contenu du ROR à minima une fois par an ou en cas de changement. L'établissement participe activement aux actions de coordination des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), via le réseau CPTS de Saumur avec la participation aux projets territoriaux et à la coordination des parcours notamment par la filière cardiovasculaire et gériatrique. Les six grandes orientations stratégiques du Projet d'Etablissement 2026-2030, continuité du projet d'établissement qui se termine, sont définies en cohérence avec le territoire. L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison avec des actions d'amélioration mises en place. Des numéros d'appel directs des professionnels de ville vers les services et médecins de l'établissement sont disponibles, pour des admissions directes. TRAJECTOIRE, la plateforme d'appui réseau associatif sont des outils utilisés. L'établissement verse au dossier médical de mon Espace santé (DMP) les documents qui ont été validés par la Commission Médicale d'Établissement (CME), pour autant, tous les professionnels des services de soin rencontrés ne connaissent pas les types de documents reversés. La gouvernance est motrice pour les professionnels désireux de s'investir dans les travaux de recherche : recherche clinique cardio, travaux recherche clinique amylose... Il y a une communication des travaux de recherche via « les news de st joseph », avec un constat annuel du suivi des publications scientifiques en interne. Pour soutenir les activités de recherche et d'innovation, l'établissement est membre du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), SantéCité Enseignement-Recherche-Innovation (SCERI). Un temps dédié d'Attaché(e) de Recherche Clinique (ARC) est effectif. L'établissement a un compte Système d'interrogation de gestion, d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) et un compte système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques (SIGRECS) ouverts à tous les praticiens. Il existe une véritable réflexion et dynamique institutionnelle de recueil de la satisfaction des patients et de leur implication (e-Satis, questionnaires internes ambulatoires, hospitalisation complète, Soins Médicaux et de Réadaptation, chimiothérapie), taux de retour e-Satis à 25 % grâce à une information et un accompagnement de la démarche tout au long du parcours (affichage, accueil, livret d'accueil, sortie...). « Ecoute patient » en coopération avec les Représentants des Usagers : patients traceurs réalisés tout au long de l'année, questionnaires flashes sur certaines thématiques (exemples : box double en Hôpital de Jour chimiothérapie ou questionnaire enfant-adolescent). Les exploitations des résultats des dispositifs « d'écoute patient » sont connues des équipes. Le questionnaire spécifique qualité des soins perçus par le patient type Patient Reported Outcome Measures (PROMS) n'est pas en place. Il n'existe pas de dispositif « patient expert », pour autant, la gouvernance compte mettre en place en lien avec la Commissions Des Usagers (CDU) la mobilisation des actions d'expertise des patients dans le cadre des démarches collectives de développement et d'amélioration des pratiques. Les résultats des questionnaires de satisfaction (e-Satis et questionnaires de satisfaction intra-hospitaliers) sont présentés et analysés en CDU, ils sont également portés à la connaissance des différentes instances de l'établissement. La CDU est réunie comme le prévoit la réglementation. La bientraitance est une des valeurs fortes de l'établissement, c'est un axe du projet d'établissement, une charte existe et a été rédigée avec les professionnels, des formations sont réalisées, les nouveaux professionnels sont sensibilisés à la bientraitance/prévention de la maltraitance, des supports ont été créés (affiches, guides...). Une cartographie des risques de maltraitance permet un suivi par la responsable qualité. Cette cartographie vit grâce aux situations potentielles de maltraitance signalées dans les Fiches d'Événements Indésirables (FEI). Concernant l'accessibilité aux locaux des personnes vivant avec un handicap locomoteur, elles peuvent accéder à tout l'établissement. L'accès des patients à leur dossier est organisé afin de permettre une communication dans les délais requis. Des médiateurs médicaux et soignants assurent les médiations si besoin. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est en place, elle a été rédigée en lien avec les axes du projet d'établissement, elle est revue annuellement. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel où sont recensées les thématiques et actions prioritaires à réaliser est effectif avec des référents désignés par action. Les actions déclinées dans le PAQSS qui vit tout au long de

l'année avec comme porteurs de la diffusion les cadres de santé et les médecins impliqués dans les instances. La responsable qualité accompagne son déploiement grâce à une relation de confiance tissée, une reconnaissance de son rôle par les managers et les médecins, la réalisation de sensibilisations/formations et temps d'échanges en réunion de service. La détermination des objectifs partagés d'amélioration continue de la qualité s'appuie sur une collecte d'informations via le dispositif de déclaration des Evénements Indésirables (EI) avec leur traitement et leur analyse, les Revues de Morbidité et de Mortalité (RMM), les Comités de Retour d'Expérience (CREX), audits, rapports de certification HAS antérieurs. Les analyses systémiques des Evénements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS) sont effectuées selon une méthode d'analyse reconnue. La Direction, les instances sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et son déploiement. Les professionnels participent à des actions dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement. Des actions concrètes sont engagées au plus près des équipes pour renforcer l'appropriation d'une culture qualité et sécurité des soins chez les professionnels. Lors de la rencontre des professionnels de terrain, il a été constaté une connaissance du dispositif d'évaluation de la culture sécurité des soins. De nombreux dispositifs sont mis en place pour anticiper et gérer les ressources en personnel en fonction des besoins (maquettes organisationnelles, cellule de crise si tension, management en boucles courtes : le management de proximité est une volonté de la gouvernance). Il y a une dynamique institutionnelle de mise en adéquation entre les missions et les compétences par des entretiens annuels d'évaluation qui alimentent le plan de formation ainsi adapté aux besoins et aux souhaits des professionnels. La formation continue et la promotion interne sont favorisées avec un accompagnement des professionnels qui le souhaitent vers des fonctions managériales. Des temps d'échanges réguliers Direction/managers sont en place, la fluidité des informations et des problématiques rencontrées avec recherche de solutions partagées dans un climat de confiance ont été constaté en visite. La politique/démarche Qualité de Vie au Travail (QVT) est structurée et opérationnelle. Elle est diffusée sur l'ensemble de l'établissement : construite avec les professionnels et les représentants du personnel, favorisant le travail en équipe pluridisciplinaire et la reconnaissance des compétences de chacun. L'évaluation de la QVT se fait entre autres par le baromètre QVT (depuis 10 ans). L'accompagnement individuel qu'il soit dans le parcours professionnel ou sur des sujets de ressource humaine est en place si besoin. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Le travail en équipe se décline au travers des nombreux staffs et des réunions de service. L'établissement a catégorisé ses risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles et dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté avec des procédures qui sont en place. La cellule de crise est opérationnelle. Des retours d'expérience (RETEX) sont réalisés au moins annuellement. La mobilisation de ressources supplémentaires est coordonnée. Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité et la sûreté est en place. L'établissement contribue aux enjeux du développement durable, il est engagé dans la certification AFNOR RSE, avec en 2023 un niveau de certification : établissement confirmé deux étoiles. La gouvernance s'assure de la promotion des vaccinations recommandées et donne gratuitement accès à la vaccination à tous les professionnels, les résultats de la couverture vaccinale sont suivis et analysés. Concernant la prise en charge de l'urgence vitale, l'établissement a mis en place un dispositif très abouti. Un bouton d'alerte (dit coup de poing) présent dans chaque service envoie un appel à l'anesthésiste de garde, au cardiologue de garde et aux infirmières d'un service proche. Les professionnels connaissent parfaitement la procédure et des tests mensuels ont lieu. De plus, en secteurs qui n'accueillent pas d'enfant-patient, mais où des enfants viennent comme visiteurs, l'équipe a partagé une réflexion autour de l'urgence vitale pédiatrique et a mis en place un sac "kit urgence vitale enfant". Les chariots d'urgence font l'objet d'un contrôle régulier dans les services de soin. Le recyclage des professionnels aux gestes et soins d'urgence est suivi en relation avec la Direction des Ressources Humaines. La gouvernance, et notamment la CME mobilisent les équipes pour l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et assurent la transmission des recommandations de bonnes pratiques aux équipes. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, avec un réel accompagnement des professionnels dans la démarche qualité et prévention des risques par la déclaration et la gestion des événements indésirables. Les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins sont communiqués, analysés, exploités à

l'échelle de l'établissement. Les analyses des évènements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement.

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	490000171	CLINIQUE SAINT JOSEPH	51 rue de la Foucadière 49800 Trelaze FRANCE
Établissement principal	490000262	CLINIQUE SAINT JOSEPH - TRELAZE	51 rue de la foucadière Bp 40105 49800 TRELAZE Cedex 04 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)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	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	70
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	47
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	9
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	1,806
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)	11
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 Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
4	Audit système	Coordination territoriale		
5	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	

6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
8	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>	
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (Chimiothérapie)
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	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>	
12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
13	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport interne assis ou couché entre 2 services par un brancardier ou personnel de soins
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou

				injectable
17	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Soins critiques</p> <p>Tout l'établissement</p>	
18	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
19	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>	
20	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>Soins critiques</p> <p>Tout l'établissement</p>	
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
	Patient		Adulte	

22	traceur		Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique
	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel	

28			Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
34	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>	
35	Parcours traceur		<p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
36	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</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>	
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire - secteur interventionnel
38	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
39	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
40	Audit système	Engagement patient		
41	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable

42	Audit système	Dynamique d'amélioration		
43	Audit système	Maitrise des risques		
44	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
45	Audit système	Représentants des usagers		
46	Audit système	Entretien Professionnel		
47	Audit système	Entretien Professionnel		
48	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
49	Audit système	Entretien Professionnel		
50	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Soins critiques</p> <p>Tout l'établissement</p>	
51	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>Soins critiques</p> <p>Tout l'établissement</p>	
52	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p>	

			Programmé Tout l'établissement	
53	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
55	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
56	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
57	Audit système	Entretien Professionnel		
58	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
59	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (Chimiothérapie)

60	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		El critique ou presqu'accident
61	Audit système	QVT & Travail en équipe		
62	Audit système	Leadership		
63	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>	
64	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
65	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
66	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>	
67	Parcours traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
68	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

69		Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
----	--	---	--

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

