



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE DES CÈDRES

21 rue albert londres
Bp 219
38432 ECHIROLLES



Validé par la HAS en Octobre 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 – Octobre 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	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	26
Annexe 3. Programme de visite	30

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CLINIQUE DES CÈDRES	
Adresse	21 rue albert londres Bp 219 38432 ECHIROLLES Cedex FRANCE
Département / Région	Isère / Auvergne-Rhône-Alpes
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	380795211	CLINIQUE DES CEDRES	21 rue albert londres Bp 219 38432 Echirolles FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

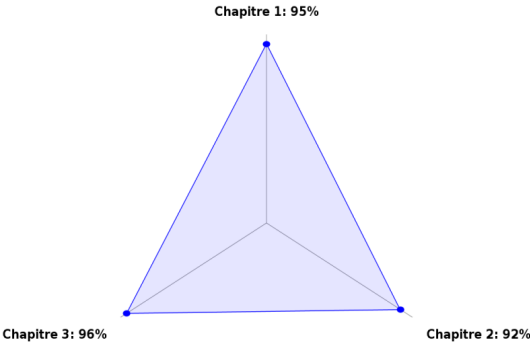
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

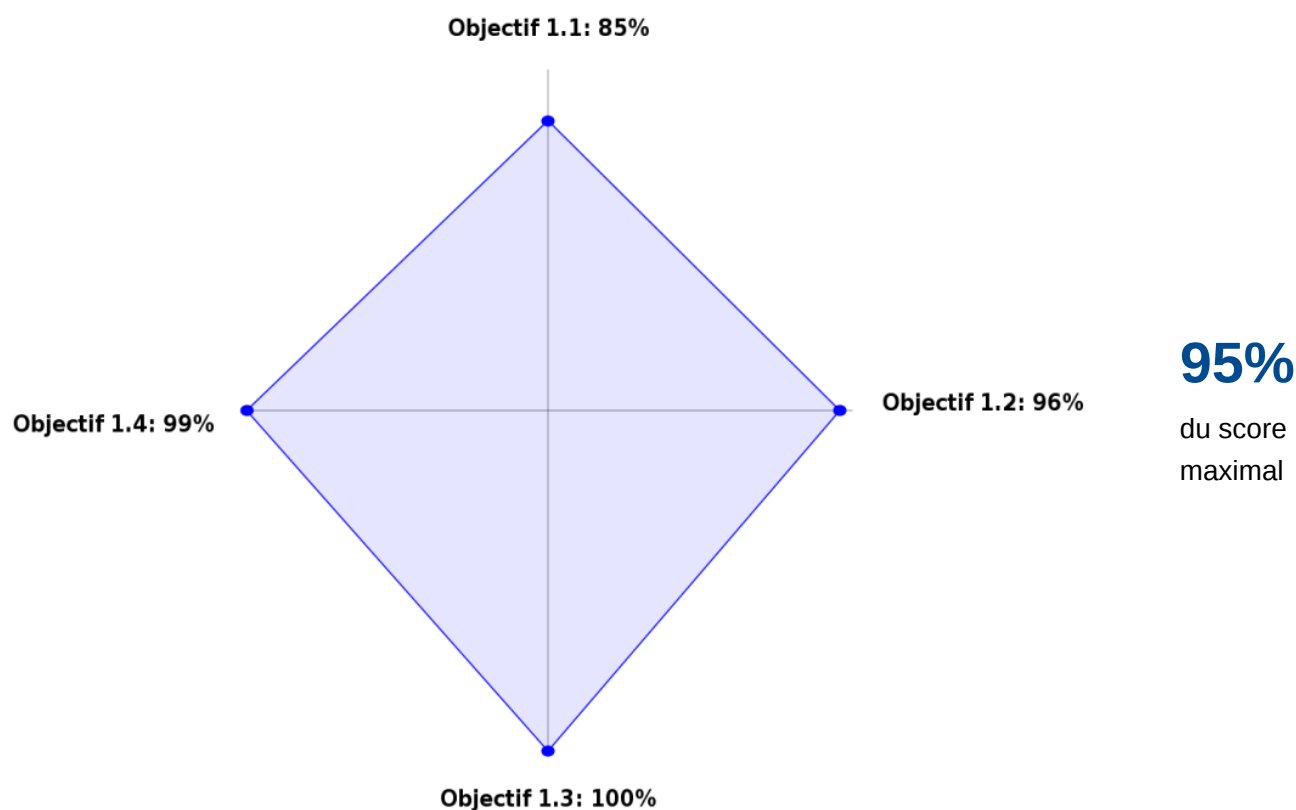
Au regard du profil de l'établissement, [115](#) critères lui sont applicables

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.	85%
1.2	Le patient est respecté.	96%
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	99%

Au sein de la Clinique des Cèdres, le patient est pris en charge selon plusieurs parcours : le service des Urgences ou en admission programmée en Médecine et en Chirurgie dans le cadre d'une hospitalisation complète (HC) ou en mode ambulatoire. Les patients présentant une MICI (maladie inflammatoire chronique de l'intestin) bénéficient d'un hôpital de jour dédié ouvert les lundis. Les femmes enceintes sont accueillies dans une Maternité de niveau I appartenant au réseau de périnatalité du territoire. Les patients mineurs sont essentiellement pris en charge en Chirurgie ambulatoire.

Le patient bénéficie également d'un Laboratoire d'analyses médicales et d'un centre d'Imagerie (avec scanner et IRM) adossés à la clinique.

Le patient est informé et son implication est recherchée. Beaucoup d'informations sont délivrées en amont de la

prise en charge hospitalière via : le site web de la clinique ; le service de pré admission (qui remet au patient un lien de connexion lui permettant d'alimenter lui même son dossier de prise en charge) ; un QR code donnant un accès direct au Livret d'accueil numérique ou la remise du Livret d'accueil papier à la demande et durant le séjour un canal TV dédié; un diaporama pour les patients porteurs de handicap avant la chirurgie ambulatoire. Aussi, une préparation pré opératoire spécifique de 10 mois est mise en place en chirurgie bariatrique permettant un retour au domicile précoce à J+1 post opératoire.

Les futures mamans reçoivent de nombreux conseils avant la naissance du bébé via le site de la clinique et lors des réunions d'informations organisées avant l'accouchement. Plusieurs guides et brochures sont à disposition durant le séjour ainsi que des ateliers d'éducation aux soins des bébés (massages, gestion des couches, gestion d'un environnement sain). Les futurs parents sont sollicités et accompagnés dans l'élaboration du projet de naissance de leur enfant.

Le patient mineur est informé sur son état de santé et les soins proposés ; son avis recherché est pris en compte.

Le patient est informé à chacune des étapes de sa prise en charge : diagnostique, interventionnelle (soins pré, per, post opératoires), matérielle (dispositifs implantables, DM invasifs), thérapeutique (Transfusion, modification de son traitement habituel), etc. En prévision de la sortie, la carte d'implant et les consignes de suivi des soins sont remis au patient par les professionnels. Toutefois, l'identification des dispositifs implantés tout comme celle de l'endoscope utilisé et les numéros des produits sanguins administrés, ne sont pas retrouvés de manière exhaustive dans la lettre de liaison et les documents post transfusionnels le cas échéant. Depuis la visite de certification, l'établissement a déclaré avoir procédé aux modifications au sein de son dossier informatisé afin que certaines données (référence de l'endoscope et références du DMI) soient implémentées automatiquement.

Un projet personnalisé de soin (PPS) élaboré à l'issue de l'évaluation médicale et paramédicale d'entrée (en particulier en Médecine) est explicité au patient pour lequel son adhésion et implication sont recherchés. Ce projet de soin tient compte des besoins et préférences des patients même si quelques personnes rencontrées durant la visite ne s'en souviennent pas.

Lorsque la situation le nécessite, l'accès aux soins palliatifs est une possibilité présentée au patient dont la volonté est respectée. Les soins de confort et d'accompagnement requis sont mis en œuvre.

Les patients sont informés de plusieurs façons de leur droit à rédiger leur directives anticipées (site web, livret d'accueil, équipes) ; néanmoins et malgré les efforts de l'établissement, ce sujet reste encore méconnu pour la plupart des patients rencontrés.

Les patients bénéficient des messages spécifiques et adaptés pour promouvoir leur santé : mise à disposition de supports et affichages dans les services et conseils délivrés par les équipes notamment en Maternité lors de temps d'échanges dédiés.

Le patient reçoit les informations sur les représentants des usagers (RU) et les associations qui peuvent l'accompagner (livrets d'accueil, affichages, site internet, permanence des RU, journée des droits des patients). Pourtant la moitié des patients rencontrés ne peuvent répondre sur ce point ; de la même manière, ils méconnaissent les modalités pour signaler un événement indésirable associé aux soins ; pour accéder à leur DMP et utiliser une messagerie sécurisée.

Le patient peut exprimer son expérience et sa satisfaction à partir des enquêtes de sortie, de l'enquête e-satis et des appels du lendemain allant jusque J+3 pour les chirurgies ambulatoires les plus lourdes. Les remarques des patients sont prises en compte et donnent lieu à des améliorations.

Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité. Les locaux sont propres ; confortables ; les chambres doubles équipées de rideaux de séparations ; l'intimité est assurée au bloc opératoire, en chirurgie ambulatoire et aux urgences ; il existe quelques chambres adaptées aux personnes porteuses de handicap ; et des espaces pour les soins aux enfants (aux urgences, en ambulatoire, au bloc opératoire). Les circuits de prises en charge, les pratiques, respectent l'intimité, la dignité et la confidentialité.

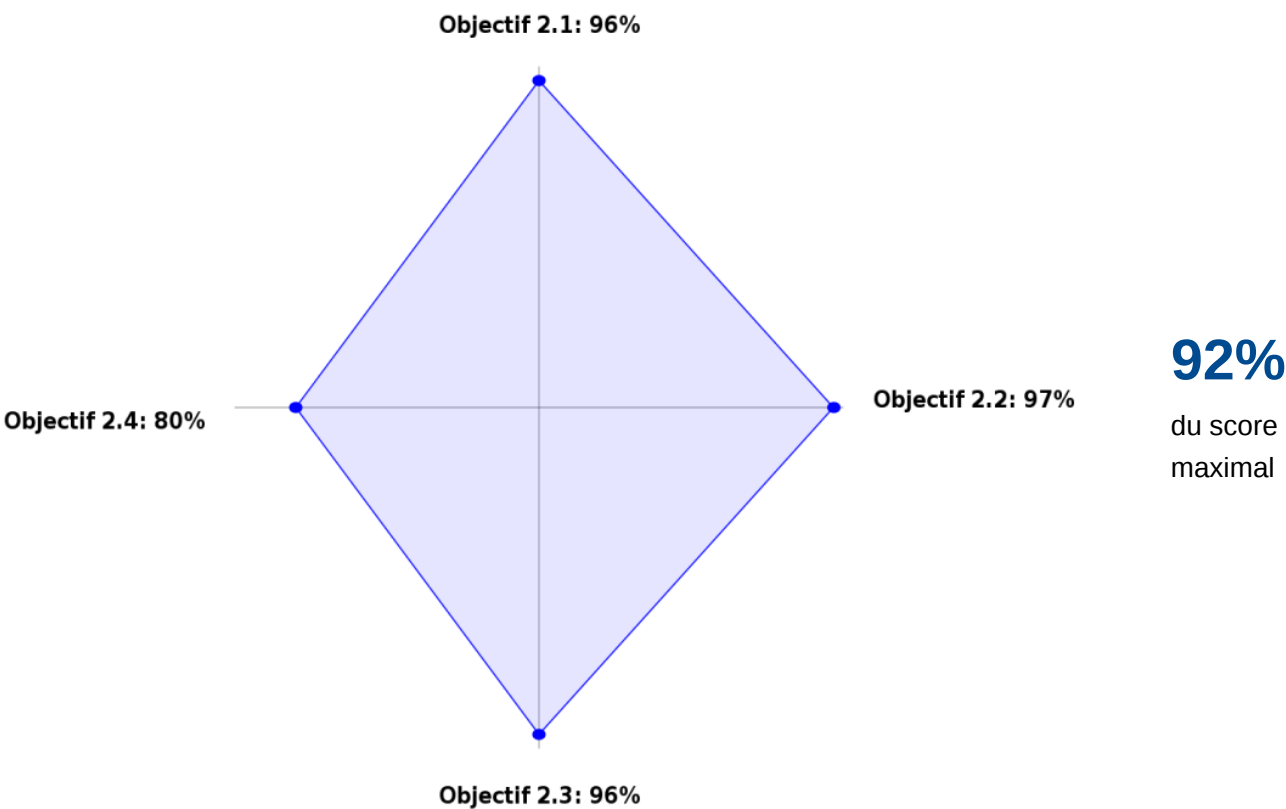
La présence des parents pour les enfants et les mineurs est favorisée y compris l'accompagnement au bloc

opérateur. Les professionnels des unités accueillant des enfants sont formés à cette prise en charge. La présence d'un accompagnant est possible sans limite (et offerte) pour les situations difficiles. Le maintien de l'autonomie du patient, notamment du sujet âgé, est préservé tout au long du séjour en tenant compte de ses capacités et limites évalués à la pré admission et au moment de son installation dans le service. Le recours à la contention est rare et relève d'une procédure connue mentionnant les conditions de sa mise en œuvre. Toutefois, il faut noter un point de vigilance à encadrer en maternité lorsque les barrières de lit sont levées à l'initiative des mères en présence du bébé dans leur lit et ce malgré les recommandations contraires du personnel soignant.

Le patient (même non communicant) bénéficie des organisations et des moyens visant à évaluer, prévenir ou soulager rapidement sa douleur. Il existe des prescriptions conditionnelles d'antalgique bornées par un seuil de douleur, intégré au DPI.

L'information, l'implication et la présence des proches/aidants dans le projet de soin, sont effectifs. Les habitudes de vie, le contexte social sont pris en compte. Un accompagnement diététique, social, psychologique, de l'IDE de coordination pour le cancer est mis en place pour toutes les situations qui le nécessitent. La sortie du patient est anticipée dans la majorité des cas selon une approche pluri professionnelle. Le service social est chargé d'orienter le patient vers les relais et/ou partenaires externes adaptés au contexte (services sociaux, assurance maladie, protection maternelle et infantile (PMI), réseaux de soin, CPTS, recours spécialisé).

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	96%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	80%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée et retrouvée dans le dossier du patient (DPI) qu'il s'agisse de l'admission en hospitalisation complète ou en ambulatoire (éligibilité évaluée et tracée) ; en soins palliatifs (critères d'identification incrémentés dans le DPI) et pour les césariennes en maternité pour lesquelles il existe des staffs mensuels médico psycho sociaux en lien avec les partenaires de la PMI. Le passage du patient en USC (unité de soins critiques) est justifié dans son dossier ; les non admissions dans ce service sont suivies.

La pertinence des décisions pour les actes interventionnels, invasifs et la prescription des produits de santé est argumentée et tracée dans le DPI (ces informations issues des consultations préalables à l'hospitalisation sont disponibles dans le DPI de la clinique grâce à la présence dans les cabinets du même outil informatique).

Les prescriptions d'antibiotiques et d'antibioprophylaxie sont encadrées et respectent les bonnes pratiques. L'avis d'un infectiologue du CHU de proximité est possible en permanence.

Les décisions s'appuient sur les obligations et recommandations en vigueur à partir desquelles les équipes ont formalisé procédures et protocoles. Cependant, les experts ont retrouvé dans le dispositif de gestion documentaire des documents datant de 10 ans (contention, test de guthrie), des doublons (test de guthrie 2014 et 2020) et des conduites à tenir non représentatives de la pratique réalisée (cas des injections de methotrexate pour la grossesse extra utérine). L'établissement a pris note de ces remarques et présenté durant la visite une ébauche des améliorations apportées.

Les équipes se coordonnent pour prendre en charge le patient de manière pluridisciplinaire dès la pré admission du patient facilitée par un DPI unique et partagé entre l'établissement et les cabinets de consultation. Une fois sa pré admission validée, le patient via un lien de connexion est en mesure d'accéder à son dossier pour déposer les documents nécessaires à son admission définitive, accessible des équipes du service concerné.

Il existe de nombreux temps d'échanges dans les services : staffs en maternité ; staffs en médecine gériatrique et pour les soins palliatifs ; point quotidien entre les secteurs de chirurgie et le bloc opératoire pour valider le programme opératoire et organiser l'intégration des urgences ; visite quotidienne d'un médecin anesthésiste pour l'ensemble des patients de chirurgie ; IDE de coordination pour les patients relevant de cancérologie ; participation des praticiens aux RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) pour la cancérologie et la chirurgie bariatrique ; IDE dédiée pour les appels de la veille et du lendemain en chirurgie ambulatoire ; point quotidien de gestion des lits disponibles entre la direction des soins & les secteurs d'hospitalisation & les urgences & l'astreinte administrative. Les équipes de soins de support, les spécialistes, les partenaires externes sont associés dès que la situation le nécessite.

L'équipe des Urgences assure une prise en charge et une orientation du patient selon des circuits différenciés. Chaque patient bénéficie d'un accueil et d'un triage par un infirmier formé et selon une échelle de tri valide. Il existe des circuits courts pour : les personnes âgées (existence d'une hotline gériatrique) ; les patients présentant un handicap, une dépendance lourde et/ou une vulnérabilité. Des spécialistes sont facilement joignables. Les équipes tracent leurs interventions dans le DPI qui conserve l'historique des séjours antérieurs le cas échéant. Les médecins ont tous accès au DMP des patients mais ne le consulte pas toujours. Les délais d'attente aux urgences sont communiqués et sont ajustés en fonction du flux.

La coordination interne est facilitée par l'existence d'un DPI unique paramétré pour que toutes les informations utiles à chaque étape de la prise en charge soient tracées et rapidement accessibles par les professionnels. Il existe des liaisons informatiques directes avec l'imagerie et le laboratoire d'analyses médicales permettant une réception rapide des résultats d'examens.

Une lettre de liaison, pré alimentée par le DPI, est éditée et remise au patient à sa sortie ; déversée automatiquement dans le DMP du patient avec les ordonnances et les compte rendus. Cependant, les experts ont relevé des lettres non conformes aux critères HAS, en chirurgie (orthopédique surtout) : absence de synthèse médicale du séjour ; pas de notion de traitement habituel et de sortie ; pas d'identification des DMI posés ou des produits sanguins administrés ; pas de planification des soins à poursuivre – ce que témoignent les IQSS et ce malgré les multiples relances faites par la CME et la gouvernance aux praticiens concernés. Le carnet de santé de l'enfant, pris en compte pour son séjour est mis à jour à sa sortie.

L'organisation du bloc opératoire, la gestion des interventions, le rôle des intervenants, le circuit de l'opéré sont formalisés par une Charte de bloc actualisée. La programmation opératoire est établie en lien avec les praticiens, les secteurs d'hospitalisation, le degré d'urgence. Les indicateurs d'activités et d'efficacité du bloc sont suivis par la cheffe de bloc. Les déprogrammations sont analysées et reprogrammées selon les besoins des prises en charge. Les équipes des secteurs interventionnels bénéficient d'un plan d'intégration et de formations de maintien et de développement des compétences.

Toutes les informations liées à la prise en charge de l'opéré sont accessibles via le DPI, à tout moment, dans toutes les salles, par tous les acteurs des blocs et des services d'hospitalisation.

La check-list « Sécurité du patient » est mise en œuvre, intégrée au DPI et saisie directement (le logiciel ne permet cependant pas la signature du coordonnateur de la check-list ce que l'établissement doit corriger rapidement avec son éditeur) ; la qualité de sa réalisation est mesurée.

Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés aux rayonnements ionisants, aidées par un prestataire externe. Il existe un plan d'organisation de la physique médicale actualisé en 2024, un plan de radioprotection dédié au bloc opératoire et un protocole de recueil et d'analyse des doses délivrées aux patients (doses retrouvées sur les comptes rendus mais difficilement accessibles de l'avis des équipes de soins pour en informer le patient).

La prise en charge palliative est en place dans l'établissement (3 lits identifiés en médecine) ; elle est coordonnée par des professionnels médicaux et para médicaux formés au travers de staffs pluridisciplinaires hebdomadaires. Les patients en soins palliatifs et leur entourage peuvent être aidés des bénévoles présents dans les services. Des solutions sont prévues pour accompagner, si nécessaire, le personnel en souffrance. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques :

Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées dans la majorité des secteurs. Les patients sont munis d'un bracelet portant leurs identifiants qualifiés. Pour autant en maternité, ce principe n'est pas en place : les nouveau-nés portent un bracelet dont l'identité est notée de façon manuscrite (par les pères) le jour de la naissance ; cette pratique n'est pas sécurisée par le dispositif d'identification réglementaire en place pour les adultes hospitalisés. Depuis la visite de certification, l'établissement déclare avoir déployé le module de genèse d'étiquettes bébé par le logiciel santé et mis en place un nouveau système de bracelet étanche. Une évaluation de ce nouveau dispositif est prévue sous une échéance de 6 mois. Les équipes s'assurent de la bonne identité du patient lors des soins et connaissent les personnels dédiés à la qualification des identités. Les documents papier consultés durant la visite sont conformément identifiés.

Les vigilances sanitaires sont organisées ; les responsabilités définies. Les bonnes pratiques de prescription, dispensation et administration des médicaments reposent sur les règles de bonnes pratiques, facilitées par l'ergonomie du DPI; seuls les médicaments utilisés en per opératoire font l'objet d'une traçabilité manuscrite sur un support dédié à l'anesthésie. - des prescriptions informatisées précises, justifiées dont l'analyse pharmaceutique est visible par les médecins ;

- un suivi de l'antibiothérapie à dispensation contrôlée et des produits dépassant 7 jours d'administration ;
 - une gestion et un suivi de conformité pour l'antibioprophylaxie (98% au dernier audit) ;
 - une dispensation encadrée et sécurisée dans les unités de soins ; une dispensation nominative journalière en chirurgie et maternité, hebdomadaire en médecine ; des conditions sécurisées de transport des médicaments entre la PUI et les secteurs; des conditions de stockages sécurisées dans les unités de soins (infirmières fermées par badge); une organisation en cas de besoins urgents; un sur-étiquetage des plaquettes non unitaires rendent les produits identifiables jusqu'à l'administration ;
 - une gestion des périmés (seule une pommade retrouvée durant la visite) ;
 - des réfrigérateurs dédiés aux médicaments à conserver au froid avec double sonde de surveillance de la température mais sans report d'alarme (nouveaux équipements attendus) ;
 - des zones dédiées pour la préparation des médicaments dans les unités de soins, des étiquettes pour les préparations injectables;
 - une liste des médicaments à risque ; identifiés par un logo et signalés dans le DPI ; les professionnels sont formés aux préconisations;
 - l'administration ou le motif de non-administration des médicaments tracés en temps réel dans le DPI.
- Néanmoins, les experts ont relevé dans le service des urgences, un défaut de traçabilité pour l'administration d'un médicament en urgence relative (traitement antalgique) en attente de la prescription médicale écrite ; un rappel immédiat a été fait aux équipes concernées et ce point est retenu comme indicateur pour ce service.
- un circuit des stupéfiants conforme à la réglementation.

Par ailleurs, il existe 2 produits cytostatiques administrés de façon périodique : la mitomycine en urologie; le methotrexate en gynécologie. Les équipes disposent des informations relatives à la manipulation des produits,

des tenues de protection adéquates et des systèmes clos sécurisant la préparation mais il manque le matériel requis en cas d'incident (bris de flacon ou épandage accidentel de produit) et les consignes spécifiques pour éliminer conformément à la réglementation cette catégorie de déchet que les professionnels ne connaissent pas. L'établissement a pu corriger en partie ces manquements durant la visite.

L'accès au dossier pharmaceutique du patient est techniquement possible pour les pharmaciens mais non utilisé du fait de la difficulté pour cette équipe d'obtenir les cartes vitales des personnes.

La sécurité transfusionnelle est assurée. Les professionnels chargés du dépôt de sang et de l'administration des produits sanguins sont formés. Le taux de destruction des PSL est mesuré et connu ; il se situe au delà de la moyenne nationale ; les causes sont identifiées par l'établissement qui s'attelle à suivre les améliorations définies en CME pour réduire ce taux ; La gestion du risque infectieux est impulsée par une équipe opérationnelle de prévention contre l'infection (EOPCI) composée d'un médecin infectiologue, d'un médecin biologiste et d'un IDE. Des référents sont identifiés dans chacune des unités. Le dispositif est sous-tendu d'une gestion documentaire mise à jour, de sensibilisations et formations des équipes et d'évaluations. La bactériovigilance est assurée par un système d'alerte des cultures bactériologiques positives en lien avec le laboratoire d'analyses médicales partenaire en particulier pour les BMR (appel téléphonique des équipes renforcé par une alerte sur le DPI). Le biologiste peut également prescrire directement sur le DPI les mesures complémentaires.

Les équipes connaissent les bonnes pratiques de lavage des mains (même si l'ICSHA se dégrade), les précautions standard et complémentaires et respectent les protocoles. Les experts ont pu constater le respect des pré-requis à l'hygiène des mains dans tous les secteurs. Les équipes sont mobilisées lors des semaines Sécurité des patients et Journée nationale d'hygiène des mains.

Les équipes sont formées aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs : le DPI est paramétré pour assurer la traçabilité de la pose, de leur suivi et retrait.

Les bonnes pratiques per opératoires sont assurées. Le patient est informé dès la consultation, de sa préparation cutanée contrôlée lors de sa prise en charge dans le service. La tenue des personnels aux blocs est conforme aux attendus en hygiène, décrits dans la Charte de bloc.

Le circuit des dispositifs médicaux réutilisables et des endoscopes est encadré ; il existe des procédures de désinfection et de stockage, de suivi et d'entretien. Leur utilisation et traitement sont tracés dans le dossier informatique et sur les comptes rendus d'examen mais pas dans la lettre de liaison. Les professionnels chargés de la désinfection des endoscopes sont formés. Les contrôles microbiologiques sont assurés conformément aux bonnes pratiques. L'évaluation du risque ATNC est effective. Le renouvellement complet du parc d'endoscopes est prévu ce premier semestre.

La gestion des déchets est assurée à la fois sur le plan du risque infectieux et d'une démarche de responsabilité environnementale (RSE). Des actions de sensibilisation, de formations sont menées auprès des équipes sur le tri : 10 filières sont définies et mises en place.

Cependant durant la visite, les locaux destinés aux DASRI sont retrouvés non verrouillés et des sacs DASRI éliminés dans les containers pour déchets ménagers.

Le transport des patients est assuré par une équipe de brancardage dédiée dont l'intervention est gérée par le bloc opératoire. Les brancardiers bénéficient d'un temps d'intégration et de formations lors de leur recrutement. Ils sont attentifs à l'identité, au confort, à la dignité et à la sécurité du patient.

En maternité, les professionnels disposent du matériel d'urgence nécessaire à la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) : chariot dédié contrôlé (l'équipe a remplacé le sac peu pratique par un chariot sur les conseils de l'expert visiteur) ; des documents spécifiques pour la prise en charge de cette complication (procédure, fiches de surveillance). Les professionnels connaissent la procédure et savent l'expliquer y compris la possibilité de transfert pour embolisation sur l'établissement partenaire. Les sages-femmes ont reçu une formation initiale sur les gestes techniques de maîtrise de l'HPPI. Un recyclage régulier est à prévoir au plan de formation et des exercices périodiques de simulation.

En Chirurgie ambulatoire, la sortie du patient est autorisée sur la base du score de Chung pour lequel le

personnel est formé.

Les équipes sont sensibilisées aux recommandations et obligations vaccinales ; l'accès à la vaccination est offerte par l'établissement et peut être réalisée sur site. Les responsables connaissent le taux de couverture vaccinale des professionnels de leur secteur et participent à l'analyse des résultats et freins à la vaccination. La vaccination contre la coqueluche est mise en œuvre particulièrement en maternité.

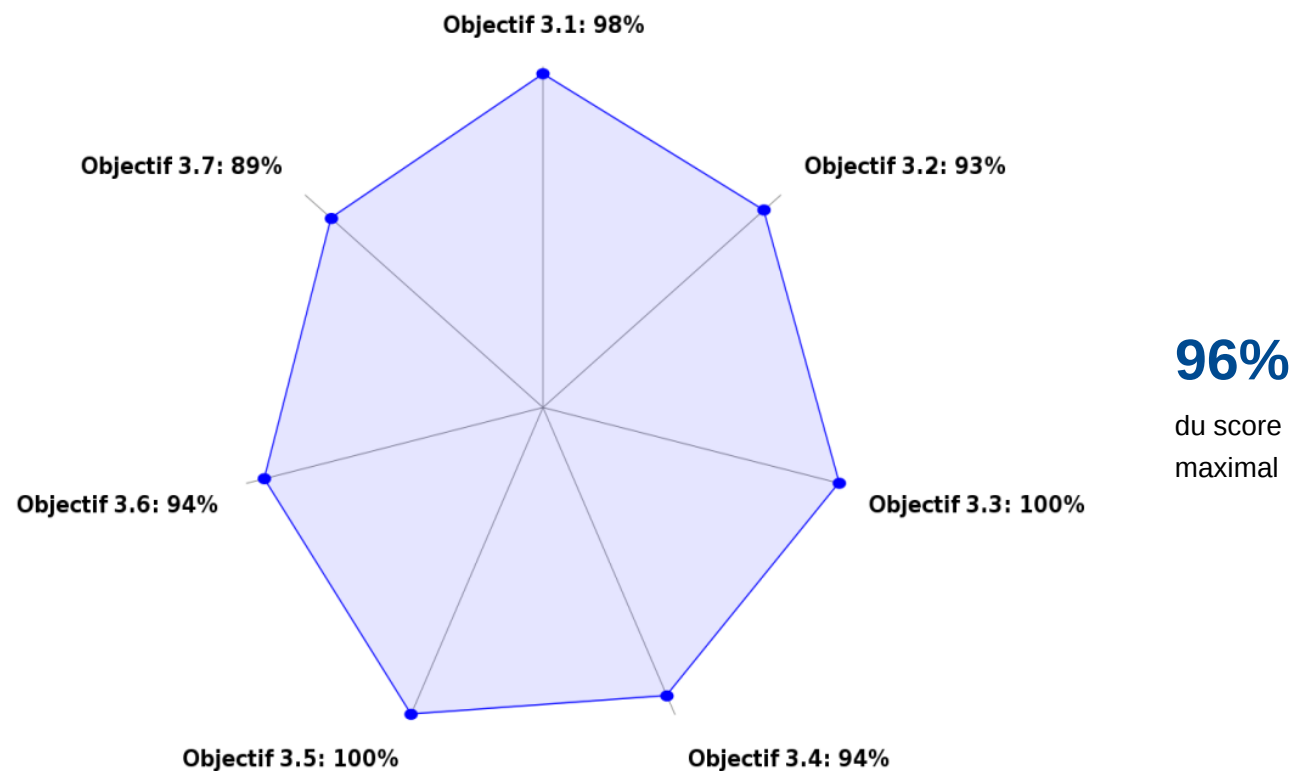
Les équipes évaluent leurs pratiques en se basant sur :

Les résultats issus de la mesure de la satisfaction et de l'expérience patient : enquêtes de sortie, e-Satis, analyse des doléances et plaintes ; les représentants des usagers ne participent pas à ces recueils mais sont mobilisés autour des résultats et des améliorations définies par la direction qualité ; Le recueil et l'analyse des EIAS (événements indésirables associés aux soins) : le signalement des EIAS sur la plateforme dédiée est en forte progression ; un circuit de traitement et d'analyse est en place et mobilise les acteurs de terrain sous différentes formes : des RMM internes mais aussi partagées si besoin avec les partenaires de proximité dont le réseau périnatal pour la maternité ; des CREX ; des groupes d'analyses de pratiques sur la base de dysfonctionnements choisis par les équipes. Les analyses d'EI s'appuient sur la méthode ALARM. Des actions d'améliorations sont définies collectivement, intégrées au PAQSS de l'établissement. Les EI graves sont rapidement pris en compte (16 EIG en 2024) et déclarés à la tutelle le cas échéant (2 déclarations ARS en 2024). Une revue bi annuelle de l'ensemble des EIAS est présentée en CME qui s'assure de la pertinence et du suivi des corrections apportées. Les médecins et les équipes éligibles connaissent le dispositif d'accréditation et y ont adhéré en cohérence avec la culture sécurité déployée dans la structure.

Le suivi des modalités de réalisation de la check-list par la responsable du bloc opératoire relève du circuit de traitement des EI ; le No Go étant considéré comme tel.

Les résultats des IQSS nationaux et des évaluations de pratiques menées en 2024 pour certaines thématiques (douleur, HPPI, médicaments à risques, urgences vitales, antibioprophylaxie..) sans qu'il y ait de plan annuel d'évaluations. En dehors d'indicateurs d'activités, les différents services n'ont pas identifié les indicateurs de qualité de soin qui les concernent ; le seul indicateur retenu par les professionnels est l'ICSHA qui s'est dégradé. Les résultats des indicateurs sont diffusés (TV au self, réunions de service, affichage de l'ICSHA) mais ne font pas l'objet d'une analyse partagée avec le terrain. Aussi les équipes : ne sont pas en mesure d'énoncer les améliorations mises en place ou prévues pour leur secteur ; n'ont pas mis en œuvre de démarche d'évaluation des résultats cliniques de leurs patients sur une prise en charge potentiellement perfectible. Une revue qualité est effectuée à minima annuellement entre les équipes de soins et le laboratoire d'analyse médicale, le service d'imagerie, le groupement de transports sanitaires pour analyser les difficultés rencontrées et déterminer collectivement les améliorations nécessaires (ex. délais des examens et seuil d'alerte pour les résultats de laboratoire ; déploiement de l'accès direct aux résultats d'imagerie pour l'ensemble des médecins ; interface et gestion de la programmation des transports externes).

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
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	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	89%

La clinique des Cèdres est partie prenante dans la construction et la coordination des parcours de soins des patients de son territoire compte tenu d'un véritable bouleversement de l'offre de soins de son bassin et des difficultés des établissements publics du secteur surtout pour les urgences, l'activité programmée et la pédiatrie. La clinique des Cèdres, établissement de statut autonome, poly disciplinaire, a défini une stratégie

qui se décline en plusieurs axes : le développement de l'activité médicale programmée pour la chirurgie, l'ambulatoire, l'endoscopie ; le déploiement des soins non programmés (via un Point d'accueil pour soins immédiats en commun avec SOS médecins) ; le renforcement de la filière gériatrique ; la prise en charge des MICI ; le développement de la recherche clinique. Pour ce faire, la clinique a mis en œuvre une politique « d'aller vers » les partenaires sanitaires (collaboration effective avec les établissements publics de Grenoble, SMR, institut de cancérologie), sociaux, médico sociaux (Ehpad, protection maternelle, centre communal d'action sociale), les professionnels de ville (sage femmes libérales) et les réseaux (périnatalité très actif). La clinique est partenaire des CPTS du département. Aussi, l'établissement participe à la cellule de crise territoriale publique/privé du CHU ainsi qu'à celle de gestion des flux aux urgences pilotée par l'ARS. Les modalités d'accès aux filières en place relèvent de parcours pré établis et décrits : circuit pédiatrique ; circuit maternité ; circuit gériatrique (dont circuit court et une hotline dédiée). Des dispositions sont prévues avec le SAMU et les correspondants spécialisés pour les urgences cardiologiques, la psychiatrie ou la neurologie, etc. La gouvernance est tenue directement informée des disponibilités des lits d'aval disponibles et des difficultés d'orientation ou de prise en charge du patient (astreinte de direction 7j/7). L'établissement a mis en place les moyens d'être joignable en permanence 24h/24 pour les patients, familles, professionnels et partenaires.

L'établissement suit en continu et par spécialité, les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et des documents relatifs à la continuité des soins, édités via le DPI et versés au DMP.

La recherche clinique est mise en œuvre pour les MICI, la chirurgie bariatrique et la gynéco obstétrique.

L'établissement attend la validation d'une autorisation d'essais cliniques de thérapies innovantes. Les travaux de recherche sont conduits par un Bureau médical de recherche clinique et un attaché de recherche récemment recruté.

L'établissement soutient et exploite les mesures de la satisfaction des patients : questionnaire de sortie, enquêtes E-satis, recueil et traitement des doléances et plaintes. Les données issues de ces recueils sont exploitées par la gouvernance, en lien avec les représentants des usagers (et la CDU) et déterminent les améliorations nécessaires inscrites au PAQSS. L'expérience patient est induite lors des ateliers menés dans le cadre des MICI et pour la préparation à la chirurgie bariatrique ainsi qu'aux échanges favorisés dans les ateliers en Maternité.

Au stade de la visite, la structure n'a pas élaboré de questionnaires spécifiques (type PREMS/PROMS). Les patients ne sont pas intégrés aux démarches collectives d'amélioration des pratiques.

L'établissement a une communication centrée patient : politique, chartes, livrets d'accueil, lien de connexion et d'accès au dossier administratif, chaîne interne, documents d'informations, documents adaptés aux patients porteurs de handicap, guides en maternité, suivi des plaintes, dispositif de médiation, formation des professionnels face à l'agressivité, etc.

L'établissement prône la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans ses valeurs et sa politique envers les patients et les professionnels. Des actions périodiques de sensibilisation et de formations, des évaluations et des procédures sont mises en œuvre.

La clinique s'assure de l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap ; quelques chambres sont spécifiquement aménagées. L'accès aux soins des personnes vulnérables est effectif ; les professionnels connaissent les ressources à disposition (psychologue, assistante sociale, numéros verts). Les représentants des usagers sont associés et se sentent concernés par la vie institutionnelle ; ils sont consultés sur tous les points qui relèvent de leurs missions dont les EIAS et des EIG ; associés à certaines instances (CLUD) ; ne mènent pas pour le moment d'actions directes auprès des patients mais le souhaitent. Leur projet n'est pas encore formalisé. L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier, respecte la réglementation et en informe la CDU.

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La démarche stratégique est pilotée par un CODIR et une Revue de direction et la CME largement impliquée dans tous les sujets d'améliorations des pratiques. La gouvernance a déterminé 4 axes qualité sécurité qui prennent en compte les

risques associés aux soins, la santé sécurité et qualité de vie au travail, la responsabilité sociétale et environnementale de l'entreprise, l'évaluation du dispositif qualité.

Le pilotage opérationnel est assuré par une cellule qualité associant un responsable qualité, un médecin anesthésiste coordonnateur de la gestion des risques, la direction des soins, un chargé des relations avec les usagers. Ce pilotage est porté par un PAQSS alimenté des actions concrètes définies par le CODIR et la CME et les instances au sein desquelles les services sont représentés par des référents. L'encadrement des services est chargé de diffuser les informations aux équipes, de s'assurer de la mise en œuvre et du suivi des plans d'actions définis pour son secteur ; de solliciter les professionnels pour de nouvelles actions. Malgré l'existence de réunions de service, les professionnels ne peuvent pas toujours citer les améliorations mises en œuvre ou envisagées pour leur unité.

La culture sécurité des soins a été évaluée fin 2024 ; les résultats présentés au CODIR et au personnel. Le plan d'actions issu de cette évaluation est en cours, en particulier le renforcement de la culture sécurité des personnels prévu au plan 2025.

L'établissement adapte ses ressources pour assurer la sécurité des prises en charge : recrutements selon les besoins, gestion des absences programmées, adaptation des admissions aux ressources disponibles, fermeture partielle et ponctuelle des secteurs (dont les urgences), fidélisation des vacataires (rare recours à l'intérim), accueil et intégration supervisés, périodes de doublure, développement de la polyvalence, montée en compétences, formations diplômantes, etc. La direction et les responsables bénéficient de formations périodiques en management.

Le travail en équipe est soutenu tant au niveau de la gouvernance que du terrain par l'existence de moments d'échanges : CODIR, Revue de direction, CME & instances, réunions de service, temps de communication informels, staffs, RCP ... et de moments de convivialité (Marché de Noël, Noël des enfants, soirées de cohésion). Un aménagement récent des plannings du personnel soignant a permis d'améliorer la qualité des transmissions entre les équipes. L'accréditation en équipe est en place chez les médecins (anesthésistes, gastroentérologues). A tous les niveaux, les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels que la gouvernance s'emploie à maintenir et à déployer par un large plan annuel de formation en réponse aux demandes des personnels et aux besoins de l'activité (VAE, DU, mesures transitoires).

Le questionnement Ethique est promu dans l'établissement qui a adhéré à une structure associative externe : le Comité Isère Lien Ethique (ILÉ). Un médecin et 2 professionnels soignants sont positionnés comme référents interne Ethique ; ils sont connus des équipes. Une fiche de saisine est à disposition du personnel qui dispose d'une grande liberté d'expression. En cas de besoin, l'établissement peut également faire appel à l'espace de Réflexion Ethique Auvergne Rhône-Alpes du CHU de Grenoble. Les représentants des usagers sont informés de cette organisation sans y être effectivement intégrés.

Il existe une politique et une démarche active de qualité de vie au travail (QVT) conforme au projet qualité (axe 2) et à la politique des ressources humaines. Cette démarche tient compte des données recueillies par une enquête QVT et la mise en forme collective du document unique des risques professionnels qui ont construit le plan d'amélioration des conditions de travail mis en œuvre : création d'une cellule RSE (responsabilité sociétale de l'entreprise), réflexion sur les organisations de travail, crèche d'entreprise, parking gratuit, manifestations, Noël...mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits (accompagnement externe possible si besoin).

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (THSSE) est assurée. Les risques pouvant générer des tensions ont été identifiés et formalisés dans le Plan de THSSE mis à jour en septembre 2024 (sauf le risque numérique non intégré). La cellule de crise est organisée et a testé sa réactivité par des exercices de simulation (afflux massif de victimes ; test NRBC à l'initiative de l'ARS) qui ont donné lieu à un retour d'expérience et aux ajustements du plan de gestion initial. Le plan est connu des professionnels rencontrés. La mobilisation des ressources externes supplémentaires est organisée avec les partenaires du territoire (CHU, EFS).

Le plan de sécurisation de la clinique est formalisé, actualisé et opérationnel ; il est complété du dossier « d'intervention » en cas d'alerte majeure. Ce plan est construit à partir d'une analyse des risques intra et de l'environnement de l'établissement. Des mesures de sécurisation sont en place : PC sécurité permanent basé dans le service des urgences ; vidéo protection (près de 80 écrans de surveillance au poste de sécurité) ; présence permanente d'un vigile ; accès aux services et aux locaux par badges personnels ; accès sécurisé aux étages la nuit ; conduites à tenir en cas d'actes de malveillance ou d'attentats connus des professionnels en particulier des personnels de nuit.

L'établissement s'est saisi de ses risques environnementaux et des enjeux du développement durable (DD) formalisés par une politique éco responsable et énergétique. Les engagements environnementaux reposent sur l'optimisation de l'utilisation des ressources naturelles, la réduction de la consommation d'énergie et de la production de déchets, l'adoption de technologies et de pratiques qui favorisent la durabilité notamment dans la gestion des bâtiments et la gestion des déchets, la sensibilisation des équipes aux pratiques écologiques. La mise en œuvre de ces engagements est confiée à un comité Développement durable (DD) composé de représentants des différents services ; le responsable qualité est désigné comme le référent DD établissement. Des actions ont été réalisées : éco soins en maternité et à la crèche (changes BB en tissus ; récupération des nouettes) ; 10 filières pour les déchets ; fontaines à eau ; éclairage LED et détecteurs ; suppression du protoxyde d'azote en anesthésie et recherche de gaz moins toxique, etc.

Il persiste néanmoins quelques améliorations à apporter pour les DASRI : stockage dans les unités de soins (verrouillage des locaux et conformité du stockage) ; renforcement de la formation des personnels sur le circuit particulier des déchets issus de l'administration des cytostatiques.

La prise en charge des urgences vitales (UV) est organisée : tous les secteurs peuvent appeler un médecin (anesthésiste de garde) via un numéro d'appel unique dédié et affiché ; les services disposent du matériel requis contrôlé (dont matériel pédiatrique) ; des simulations sont réalisées avec retour d'expérience ; les formations sont assurées et planifiées ; chaque situation réelle d'UV fait l'objet d'une évaluation.

Une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est mise en place dans l'établissement où la CME est active et mobilise les équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques. Les recommandations sont recueillies par les différentes catégories de professionnels ; partagées via la plateforme de gestion documentaire et servent pour l'élaboration des procédures et conduites à tenir. L'établissement a mis en place des revues de pertinence des admissions et des séjours adaptés à ses activités. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte le point de vue du patient de même que la contribution des représentants des usagers.

Toutefois, les professionnels rencontrés ne connaissent pas toujours les actions issues de l'analyse des retours d'expérience ni les recommandations émises par la CDU.

L'établissement analyse, exploite et communique autour de la survenue des EIAS. Les équipes sont sollicitées sous différentes formes : analyse de causes, échanges informels avec l'encadrement, réunions de service, participation aux instances.

L'établissement recueille et exploite les indicateurs qualité sécurité des soins, présentés en CME et aux instances qui décident des améliorations. Les résultats sont diffusés sur le logiciel de gestion documentaire, sur le téléviseur du self et par affichage. Durant la visite, seuls les résultats des indicateurs SHA sont affichés dans les services (en dégradation sur les 3 dernières années). Les professionnels ne peuvent citer les causes de cette dégradation pour leur secteur ni les améliorations décidées ; de même à titre d'exemple, l'IQSS Douleur 2024 à 36% en chirurgie ambulatoire (noté dans le PAQSS) n'est pas connu des équipes.

La diffusion des résultats des indicateurs nationaux (et compte rendus d'instances) sont faits principalement par le logiciel de gestion documentaire et les réunions de service (2 à 3 par an). Les équipes terrain ne sont pas sollicitées pour choisir les indicateurs témoins de la qualité effective des soins de leur service ; les indicateurs qui sont recueillis ne font pas l'objet d'une analyse collective et partagée dans les unités de soins. Les professionnels ne sont pas en mesure de citer les améliorations définies essentiellement par les structures de pilotage de la qualité. L'établissement a pris conscience de la nécessité d'acculturer les équipes terrain à la notion d'indicateur. Les responsables de service et les membres des instances ont saisi l'opportunité d'identifier

avec les acteurs de soins des indicateurs qui répondraient au plus près de leurs besoins spécifiques.

L'établissement, siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences suit au quotidien ses besoins en lits d'aval et a mis en place un plan de gestion des lits d'hospitalisation par une coordination assurée par un bed manager et la direction des soins. Les situations de tensions sont discutées avec la gouvernance et les médecins pour soutenir les actions nécessaires. Les situations des lits occupés par les patients admis en urgence sont analysées et révisées si nécessaire avec les services de soins concernés.

L'accréditation des médecins est déployée ; 39 praticiens ont adhéré au dispositif dont les praticiens éligibles. Les actions menées dans le cadre de ce dispositif sont articulées avec le PAQSS.

La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

S'assurer de l'appropriation par les patients des informations transmises Compléter la démarche qualité : démarche d'évaluation des résultats cliniques, identification d'indicateur par service, mise à jour des protocoles en intégrant les dernières recommandations de bonnes pratiques, appropriation par les professionnels, implication des représentants des usagers dans la démarche d'évaluation de la satisfaction des patients, ...

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	380795211	CLINIQUE DES CEDRES	21 rue albert londres Bp 219 38432 Echirolles FRANCE
Établissement principal	380785956	CLINIQUE DES CEDRES	21 rue albert londres Bp 219 38432 ECHIROLLES Cedex FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	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	1,538
Nombre de passages aux urgences générales	23,800
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	59
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	66
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	31
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	24
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	135
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	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	12
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)	16
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	Audit système	Coordination territoriale		
2	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
3	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
5	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
8	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé	

			Soins critiques Tout l'établissement	
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Parcours traceur		Ambulatoire Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
14	Audit système	Dynamique d'amélioration		
15	Audit système	Leadership		
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
17	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident

18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
20	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Audit système	Engagement patient		
22	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
25	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
26	Audit système	QVT & Travail en équipe		
27	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
28	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
29	Audit système	Maîtrise des risques		
30	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
32	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Audit système	Entretien Professionnel		
35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
37	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
38	Audit système	Représentants des usagers		
39	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Soins critiques Tout l'établissement Urgences	

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

