



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOPITAL PRIVE ARRAS LES BONNETTES

2 rue du docteur forgeois
Zac des bonnettes bp 20990
62012 Arras



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 2025

Sommaire

| | |
|---|----|
| Préambule | 4 |
| Décision | 7 |
| Présentation | 8 |
| Champs d'applicabilité | 9 |
| Résultats | 10 |
| Chapitre 1 : Le patient | 11 |
| Chapitre 2 : Les équipes de soins | 13 |
| Chapitre 3 : L'établissement | 17 |
| Table des Annexes | 21 |
| Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche | 22 |
| Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025 | 23 |
| Annexe 3. Programme de visite | 27 |

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

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

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

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

| référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

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

Présentation

| HOPITAL PRIVE ARRAS LES BONNETTES | |
|-----------------------------------|---|
| Adresse | 2 rue du docteur forgeois Zac des bonnettes bp 20990 62012 Arras Cedex FRANCE |
| Département / Région | Pas-de-Calais / Hauts-de-France |
| Statut | Privé |
| Type d'établissement | Établissement privé à but lucratif |

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

| Type de structure | N° FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
|-------------------------|-----------|-----------------------------|--|
| Établissement juridique | 620014779 | S.A.S. CLINIQUE BON SECOURS | 2 rue du docteur forgeois Zac des bonnettes 62012 Arras Cedex FRANCE |

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

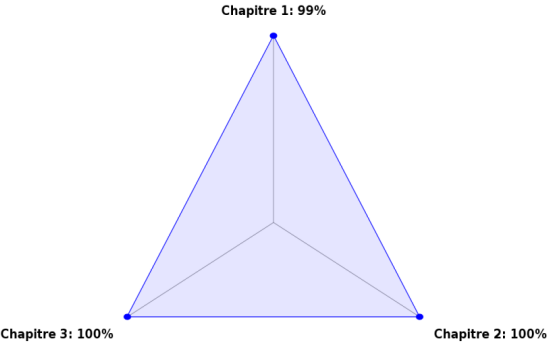
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 |

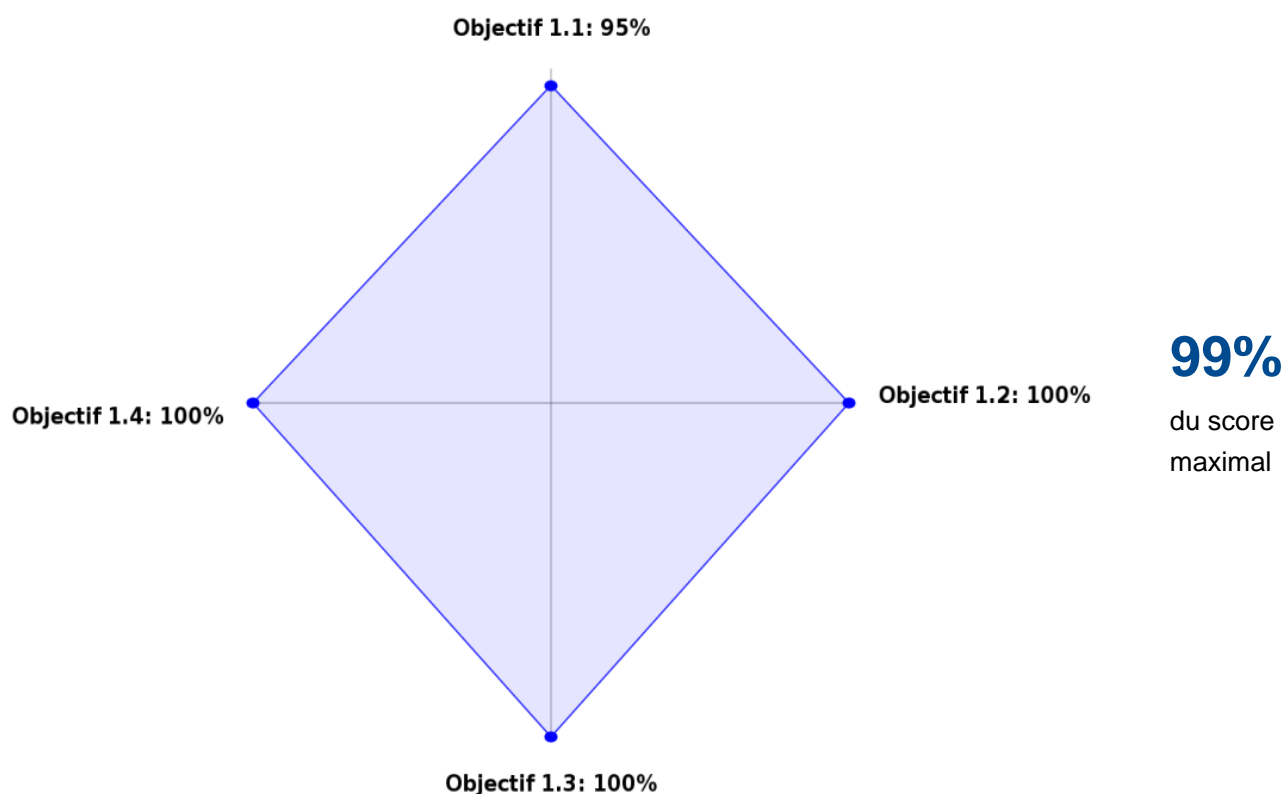
Au regard du profil de l'établissement, **111** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

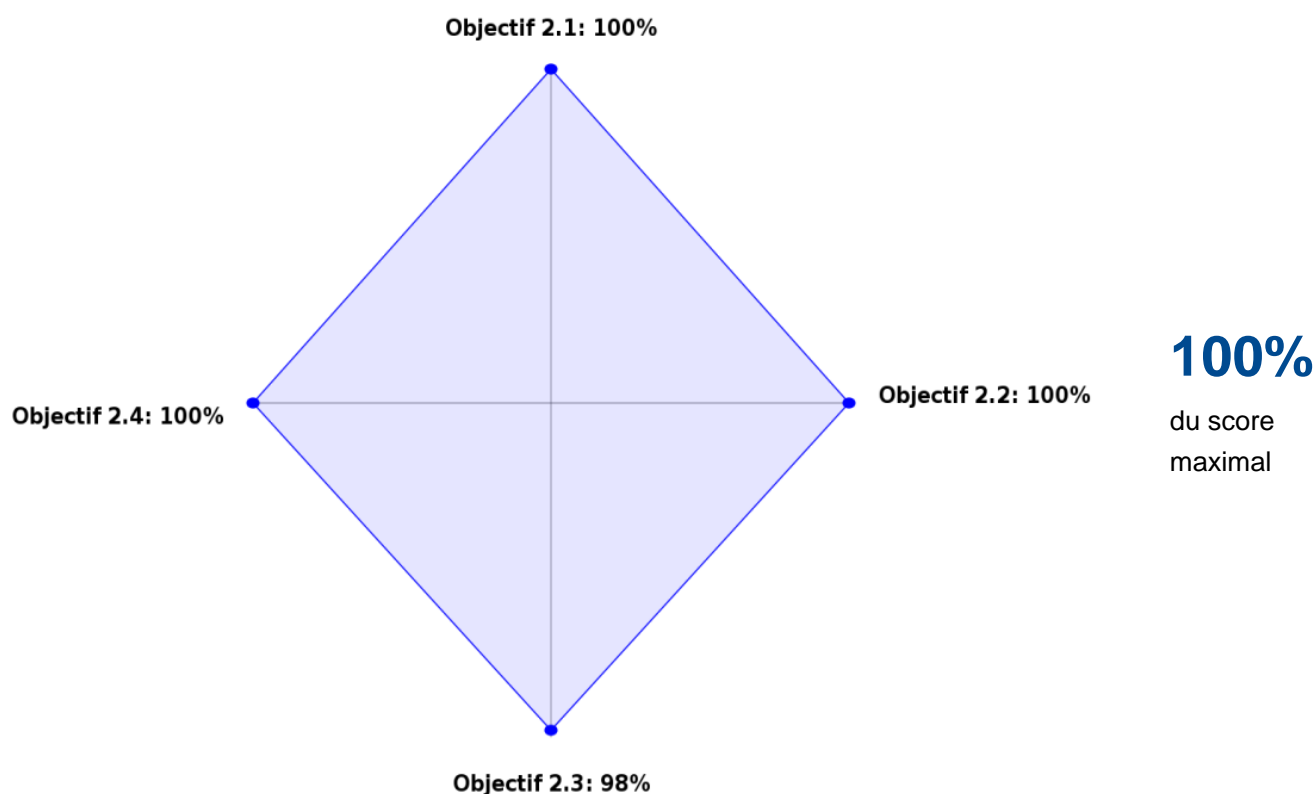


| Objectifs | | |
|-----------|--|------|
| 1.1 | Le patient est informé et son implication est recherchée. | 95% |
| 1.2 | Le patient est respecté. | 100% |
| 1.3 | Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient | 100% |
| 1.4 | Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge | 100% |

Le patient et/ou son entourage bénéficie des informations nécessaires et adaptées à sa compréhension ce qui facilite son implication et/ou celle de ses proches. Pour les situations complexes (notamment dans l'unité de soins palliatifs, pour la prise en charge de l'enfant ou pour les personnes âgées, vulnérables, en situation de précarité et/ou de handicap), le patient bénéficie de dispositions répondant aux difficultés identifiées. Les patients reçoivent des supports d'information. Le livret d'accueil comporte des informations spécifiques distribués aux patients et/ou proches selon le profil de prise en charge, et si nécessaire, il est adapté : livret FALC ou en braille. En plus de ce livret, une chaîne d'information interne est disponible dans les chambres des patients et à l'accueil. Des supports d'information de santé publique et des affichages sont à disposition, notamment sur les addictions ou les violences. Les explications documentées, relatives à ses droits lui sont fournies ; notamment pour ce qui concerne les directives anticipées. L'identification de la personne de confiance est systématiquement tracée. Les patients

interrogés ont été informés sur les directives anticipées, néanmoins lors d'un patient traceur il a constaté que le patient avait rédigé des directives anticipées et que cela n'avait pas été retrouvé dans le dossier. Après échange avec l'établissement et le patient, il a été noté que le patient ne souhaitait pas les remettre à l'établissement. Suite à ce constat, le patient a été rencontré pour recueillir une copie de celles-ci, il a affirmé qu'il ne souhaitait pas les communiquer et a confirmé avoir volontairement dissimulé l'information lors de l'entrée à l'équipe soignante. Le consentement libre et éclairé du patient est systématiquement tracé dans le dossier. Lors des patients traceurs, les patients interrogés n'avaient pas tous connaissance de leur possibilité de déclarer des EIAS malgré les supports dans les livrets d'accueil. Certains patients n'avaient pas non plus intégré les modalités d'alimentation du DMP malgré les informations remises par l'établissement. Malgré les différents modes de communication (affichages, rappel dans le livret d'accueil, présence des représentants des usagers et sur la chaîne TV interne), à propos de l'existence et du rôle des représentants d'usagers et les modalités pour faire une réclamation, les patients rencontrés n'avaient pas tous intégré ces informations. Tous les patients rencontrés ont exprimé leur satisfaction quant aux informations reçues. La satisfaction des patients et leur expérience sont évaluées à travers diverses mesures. La promotion du recueil des adresses mail permet une augmentation constante du nombre de retour des questionnaires e-Satis, et de disposer maintenant d'un nombre de réponse suffisant pour intégrer le dispositif. Des enquêtes spécifiques sont réalisées dans certains secteurs ou activités (Orthopédie, oncologie, obésité, douleur...). L'organisation définie par l'établissement concernant le suivi des réclamations permet de réagir rapidement aux insatisfactions. Le patient bénéficie du respect de ses droits, notamment du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité. Les observations réalisées lors de la visite et les propos des patients et des aidants rencontrés, confirment que les pratiques des professionnels sont respectueuses et bienveillantes tout au long du parcours, notamment pour l'enfant. L'intimité des patients est préservée : majorité de chambres seules (+ de 90%). Le patient en situation de handicap bénéficie d'actions et d'installations adaptées, accès jardin depuis leur chambre par exemple. Les patients âgés, les enfants et les patients en unité de soins palliatifs bénéficient d'une prise en charge spécifique avec le soutien de professionnels. Si elle s'avère nécessaire, la prescription d'une contention est discutée en équipe, prescrite et réévaluée. Cette situation est exceptionnelle et n'a pas été observée lors de la visite. Dès l'entrée, le patient est interrogé sur l'existence d'un état douloureux. Sa douleur est évaluée et soulagée pendant tout le séjour, la réévaluation et sa traçabilité ont été retrouvées. Il a été observé lors d'un patient traceur, l'absence d'une échelle d'évaluation lors d'une prescription si besoin, cette observation était isolée et lors des autres audits cet écart n'a pas été observé. Le défaut de justification a été observé sur une prescription d'un médecin nouvellement arrivé. Lors de la visite celui-ci a été tout de suite reformé par le référent HM, le médecin titulaire a rectifié le dossier concerné afin de bien indiquer une échelle d'évaluation pour les prescriptions en « si besoin ». Les proches sont largement associés à la mise en œuvre du projet de soin notamment lorsqu'une difficulté de compréhension est identifiée et notamment dans certaines prises en charges (Unité de soins palliatifs, enfant, oncologie...). Le patient peut disposer, de la présence d'un proche en dehors des heures de visite et en permanence si besoin. Les personnes vulnérables et notamment en situation de précarité bénéficient d'une attention particulière soit lors de la préparation d'un séjour programmé ou lorsqu'une situation est détectée au cours de l'hospitalisation. Dans certaines prises en charge les patients sont reçus en amont soit par l'infirmière de parcours, soit par l'assistante. Les assistantes sociales interviennent pour trouver des solutions aux difficultés identifiées. L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, sont prévues en amont de la sortie et un suivi est assuré après la sortie avec un appel à J1, J5 ou J30 selon les prises en charge. Si nécessaire les équipes s'appuient sur les ressources externes (HAD, équipe soins palliatifs...)

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 | 98% |
| 2.4 | Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle | 100% |

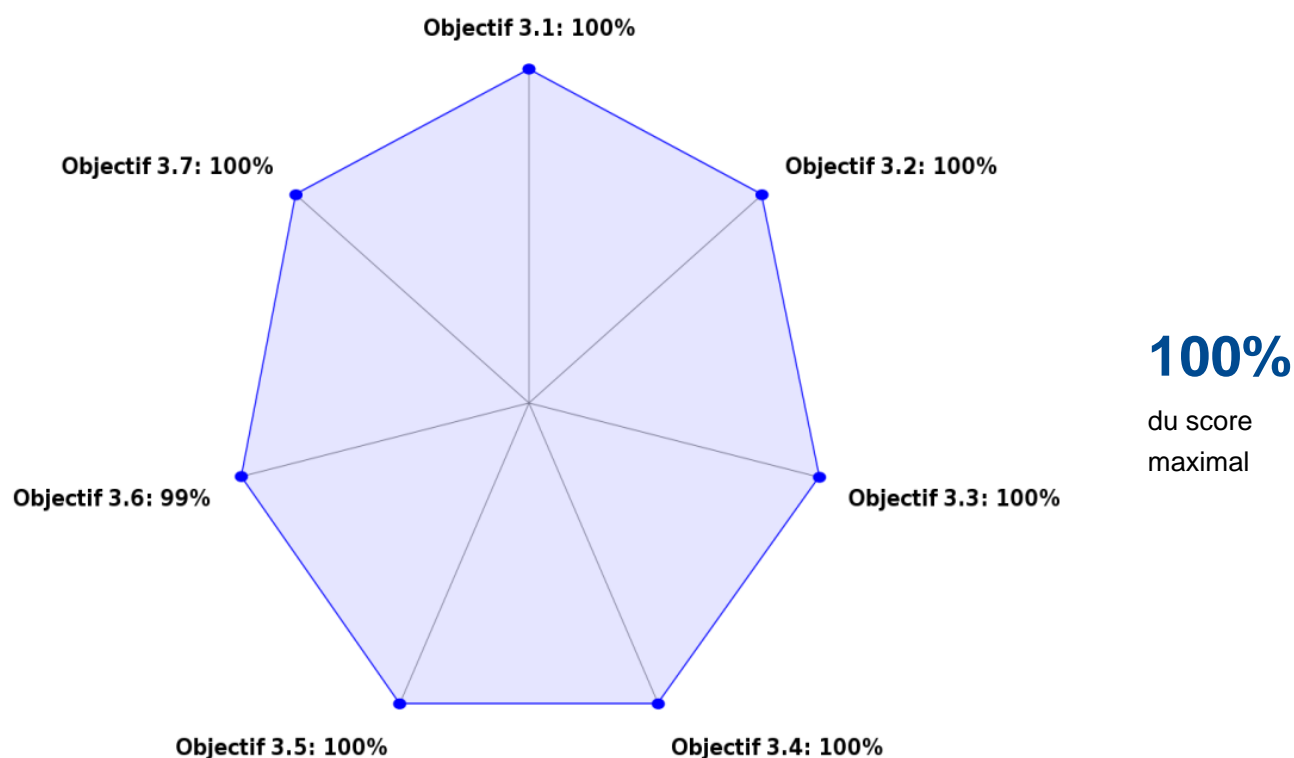
Les professionnels évaluent la pertinence de leurs activités et de leurs parcours dans l'ensemble des disciplines (oncologie, séjours et admissions en SMR, soins continus, unité de soins palliatifs, médecine, chirurgie...). Les parcours sont formalisés (exemple : parcours de l'enfant ou parcours en chirurgie du patient debout), une infirmière de parcours assure l'accompagnement et le suivi, une commission d'admission pluri professionnelle se réunit chaque semaine notamment en SMR. Les équipes analysent collectivement les résultats au sein des secteurs d'activité avec le soutien des professionnels de la cellule qualité. Les membres des instances concernées, sous l'égide du Comité Qualité et Gestion des Risques (CQGR) participent, selon le cas, au recueil des données et à l'élaboration des indicateurs. Les résultats sont diffusés, affichés et individualisés dans l'ensemble des secteurs (affiche par service « les essentiels ») et disponibles sur l'Intranet. Les prises en charge complexes sont soumises à une réflexion d'équipe (notamment en oncologie, soins palliatifs, SMR...). Le recours

à l'hospitalisation à domicile est organisé par la mise en place d'une convention (réunions semestrielles). En matière d'antibiothérapie les praticiens disposent des recommandations actualisées et peuvent aisément recourir à un avis du médecin référent d'antibiothérapie interne et à ceux des services d'infectiologie du CH de Douai ou du CH de Tourcoing. La justification du traitement est systématiquement tracée ainsi que la réévaluation à 24-72 heures (suivi des indicateurs par la pharmacie). La traçabilité de la pertinence de la prescription transfusionnelle et du bénéfice / risque est effective. Les rencontres réalisées au cours de la visite confirment que les professionnels assurent une coordination pluridisciplinaire de la prise en charge des personnes soignées tout au long de leur parcours, et notamment en chirurgie (enfant et adulte), oncologie, soins palliatifs. Diverses dispositions sont mises en œuvre et ce, en amont de l'admission. L'activité de l'infirmière de parcours ambulatoire, RAAC, de l'assistante sociale, des psychologues, des éducateurs sportifs, diététiciennes... renforce la concertation multidisciplinaire et pluri professionnelle. Les professionnels veillent à l'exhaustivité et à la mise à jour des informations médicales et paramédicales dans le dossier patient informatisé. Le dossier patient est accessible à partir de tous les postes de l'établissement ce qui facilite la concertation pluridisciplinaire. Les résultats biologiques sont intégrés dans le dossier patient et également consultable dans le logiciel du laboratoire. Il a été constaté l'homogénéité des pratiques dans l'utilisation du dossier. Les professionnels réalisent des staffs réguliers dans l'ensemble des secteurs (oncologie, soins palliatifs, médecine, soins critiques, SMR...), participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour la cancérologie. Ils ont accès, par conventions établies avec les établissements, les réseaux et structures d'appui, aux compétences externes nécessaires (prise en charge santé mentale, CH d'Arras pour les urgences, avis de spécialistes des établissements de recours...) et aux offres de soins d'aval avec les établissements de santé du territoire dont l'HAD. Les professionnels associent le patient et/ou ses proches ou personne de confiance à la mise en œuvre du projet de soins et adaptent leurs pratiques à la diversité des situations. Le patient ne pouvant être hospitalisé dans l'unité adaptée à ses besoins est suivi dans l'unité d'accueil par le médecin référent. La conciliation des traitements médicamenteux est effective depuis 2021 (formation de professionnels de la PUI, définition d'une population cible, 62 conciliations réalisées, en 2024). Des parcours spécifiques d'admissions directes sont organisés, en médecine et en oncologie notamment. La gestion des lits fait l'objet d'une concertation quotidienne avec l'encadrement des unités d'hospitalisation et du secteur interventionnel. Les médecins d'astreinte/et ou de garde (un médecin urgentiste de garde et un médecin par spécialité d'astreinte) assurent la continuité de la prise en charge des patients. Les professionnels utilisent la check-list « sécurité du patient » au sein des secteurs interventionnels (bloc opératoire, endoscopie). Pendant la visite ils ont mis en place la liste spécifique relative à l'activité de pose de chambres implantables. L'analyse est réalisée, les conclusions diffusées dans un tableau de bord regroupant les indicateurs spécifiques au secteur interventionnel (suivi des reports d'intervention, go/no go...) et des améliorations mises en œuvre en fonction des résultats. Les informations échangées entre les secteurs interventionnels et les unités d'hébergement sont retrouvées dans tous les secteurs. La démarche palliative est coordonnée avec une unité de soins palliatifs de 12 lits, des compétences de personnel formé sont disponibles. Le statut réanimatoire du patient est déterminé et tracé. Le comité d'éthique, facilement sollicité, répond aux demandes des professionnels et partage les réflexions par exemple en matière de limitation et d'arrêt des traitements actifs, pour les directives anticipées. Les professionnels actualisent les données du carnet de santé de l'enfant avant sa sortie. Un courrier de sortie et/ou de liaison est systématiquement remis au patient le jour de sa sortie dans tous les secteurs et son contenu répond aux attendus. L'établissement suit les indicateurs afférents (audits réguliers et IQSS), néanmoins lors de la visite il a été observé l'absence de bilan thérapeutique dans le courrier remis au patient. Suite à ce constat, l'établissement a fait un rappel aux équipes médicales de bien indiquer l'absence de traitement à l'entrée du séjour pour les séjours d'ambulatoire et d'être vigilant sur les courriers lors d'un transfert. Les professionnels ont accès au dossier médical partagé des patients (DMP) qu'ils alimentent. Les pharmaciens ont accès au dossier pharmaceutique (DP) et des lecteurs de carte vitale sont en cours d'achat pour améliorer l'accès au DP des patients. Les professionnels sont formés à l'utilisation du logiciel dossier patient et connaissent les dispositions relatives aux vigilances sanitaires et notamment les règles d'identitovigilance. La permanence des dispositifs de réception et de déclaration est en place. La coordination des vigilances est structurée avec un bilan annuel des vigilances et une vidéo de sensibilisation sur la matériovigilance. Les patients portent un bracelet d'identification

dans les unités d'hospitalisation complète, en secteur de médecine ambulatoire, l'établissement a choisi de ne pas mettre de bracelet mais la décision n'a pas fait l'objet d'une validation par une procédure, ce constat partagé lors de la visite, a fait l'objet d'action corrective le jour même (procédure réalisée, validée et diffusée). Les professionnels utilisent différents scores et dispositifs pour évaluer et prévenir les risques liés à la prise en charge des patients et notamment les risques liés à l'alitement prolongé, aux fugues, l'autolyse, les chutes. Le matériel et les installations techniques nécessaires à la prévention de ces risques sont à disposition. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de prescription du médicament, l'analyse pharmaceutique avec intervention pharmaceutique de niveau 2 est réalisée systématiquement. Lors de leur arrivée les médecins rencontrent systématiquement les pharmaciennes qui organisent des Commissions des Produits de Santé (CQPdS, ex-COMEDIMs) par spécialité. Une attention particulière est portée au traitement des sujets âgés, notamment en SMR et en oncologie. Les observations réalisées ont confirmé l'attention portée par les professionnels au respect des règles assurant la sécurité du circuit du médicament. Néanmoins, il a été observé lors du premier jour de visite le stockage de médicaments périmés dans une armoire de pharmacie. Ce constat a été partagé avec les professionnels et la correction de cet écart a été constaté dès le 2ème jour. Pour ce qui concerne les médicaments à risque les professionnels sont sensibilisés et respectent les bonnes pratiques concernant ces médicaments. Les listes de médicaments à risque sont adaptées aux secteurs. Toutefois le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement retrouvé. Ce bilan est effectif sur les séjours type : Unité soins palliatifs, Soins Médicaux et Réadaptation, Médecine et Chirurgie Hospitalisation complète. Les professionnels qui réalisent des activités transfusionnelles sont formés et connaissent les modalités d'administration, de traçabilité et de surveillance. Ils tracent l'activité transfusionnelle dans le dossier transfusionnel et le dossier patient informatique. La traçabilité de l'analyse bénéfice risque est retrouvée dans le dossier informatisé. Les professionnels rencontrés connaissent les deux complications majeures. Le suivi du taux de destruction est réalisé pour l'établissement et par service transfuseur. Les professionnels, soutenus par la gouvernance et le CLIAS (comité de lutte contre les infections associées aux soins) qui valident la politique définie, déploient de nombreux dispositifs en vue de maîtriser le risque infectieux. Une équipe opérationnelle composée d'une infirmière hygiéniste et de référents en hygiène dans chacun des secteurs d'activité accompagne la formation, la mise en œuvre et le suivi des démarches. Le suivi des prélèvements (air, eau, endoscopes...) est réalisé en équipe. Le suivi de la consommation des solutions hydroalcooliques est réalisé par service et des actions sont menées pour en renforcer l'utilisation (les indicateurs publiés sont supérieurs à 100%). Ils évaluent la qualité de la préparation cutanée en secteur chirurgical. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie et en évaluent la mise en œuvre. Les résultats des indicateurs IQSS 2024 (données 2023) portant sur les infections du site opératoire pour la chirurgie prothétique de la hanche et du genou sont « non atypique » ; il en est de même pour les complications thrombo-emboliques liées à cette activité. Les personnels veillent au respect des précautions standard permettant de maîtriser le risque infectieux (bionettoyage, hygiène des mains, port d'équipements de protection individuels, circuit du linge, des déchets ...). Ils sont formés, connaissent et mettent en application les bonnes pratiques de précautions complémentaires d'hygiène du patient. La propreté des locaux du site a été relevée lors de la visite. L'ensemble des procédures respecte strictement toutes les recommandations, cela est facilité par la conception architecturale, les espaces dédiés, le matériel à disposition, la formation des personnels et leur implication. Les professionnels connaissent les procédures et conduites à tenir pour prévenir le risque infectieux relatif aux dispositifs médicaux invasifs réutilisables et appliquent les bonnes pratiques pré, per et post interventionnelles à ce sujet. Les investigations réalisées ont constaté leur connaissance des mesures d'atténuation ou de réponse à certains risques spécifiques (hyperthermie maligne, installation du patient, risque AES...). La gestion du risque ATNC est parfaitement réalisée en endoscopie. Dans le secteur d'endoscopie l'ensemble des procédures respecte strictement toutes les recommandations, cela est facilité par la conception architecturale, les espaces dédiés, le matériel à disposition, la formation des personnels et leur implication. Une politique de promotion de la vaccination antigrippale est menée : campagne annuelle d'information, accès facilité et gratuit à la vaccination. Le suivi du taux de vaccination par service est connu et diffusé. Une enquête a été réalisée pour évaluer les freins à la vaccination et des actions sont mises en place (sensibilisation, intervention dans les services). La fonction transport interne entre les services et les

établissements support est supervisée par l'encadrement. Les délais de transport et les matériels utilisés sont adaptés à l'activité. Les personnels en charge du brancardage sont formés au respect des droits du patient (intimité, confidentialité...), à la gestion de l'urgence et aux règles de prévention du risque infectieux. Les observations réalisées lors de la visite confirment que les conditions de transport et de bien-être du patient sont conformes à son degré d'autonomie et à son ressenti. L'établissement promeut et organise l'évaluation des pratiques et intègre les actions d'amélioration qui en résultent dans les dispositifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. De nombreux audits et EPP sont réalisés en lien avec les prises en charge de l'établissement, notamment sur la prise en charge en oncologie, obésité, orthopédie... Les représentants des usagers participent au recueil de la satisfaction des usagers ; ils rencontrent des patients régulièrement. Les données issues des enquêtes mobilisant l'expérience patient sont analysées, diffusées notamment aux représentants des usagers et donnent lieu à des actions intégrées au programme qualité et gestion des risques. Les données résultant des démarches d'évaluation sont analysées collectivement en équipe terrain, au sein des instances spécifiques et/ou au sein de la cellule qualité qui apporte un soutien méthodologique actif et participe à la mise en œuvre des démarches. Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration d'évènements indésirables associés aux soins dès leur recrutement. L'analyse des déclarations est réalisée en comité des vigilances risques et Qualité (CRVQ) ; selon le cas, les professionnels de terrain sont associés. La déclaration aux autorités compétentes des évènements indésirables graves est faite. Les actions et programmes d'amélioration qui en découlent sont intégrés aux divers plans d'amélioration centralisés dans le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). L'ensemble des données est diffusé aux professionnels dont la CME et la CDU et est disponible par affichage et numériquement dans tout l'établissement. L'évaluation des pratiques est développée au niveau de tous les secteurs d'activité. Différents audits sont renouvelés annuellement notamment en matière de gestion du risque infectieux, en soins critiques, oncologie, SMR.... Les services analysent les données concernant les hospitalisations longues (attente de SMR, prise en charge prolongée), les données relatives aux réhospitalisations sont disponibles et suivies. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, intégrées au PAQSS général et suivies (indicateurs, reconduction d'audits). Les activités d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie sont assurées par des professionnels libéraux qui participent aux actions d'évaluation notamment pour le suivi des délais de rendu des résultats. Les plateaux techniques de laboratoire et d'imagerie sont situés à proximité. Les entretiens et observations réalisés ont confirmé la satisfaction des professionnels à ce sujet.

Chapitre 3 : L'établissement



| Objectifs | | |
|-----------|--|------|
| 3.1 | L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire | 100% |
| 3.2 | L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement | 100% |
| 3.3 | La gouvernance fait preuve de leadership | 100% |
| 3.4 | L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences | 100% |
| 3.5 | Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance | 100% |
| 3.6 | L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté | 99% |
| 3.7 | L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins | 100% |

L'établissement regroupe des activités de médecine et chirurgie, un service de SMR polyvalent, une unité de soins palliatifs réparti entre une offre d'hospitalisation complète et d'ambulatoire comprenant 280 lits et places. La structure est intégrée au pôle Artois du groupe Ramsay et entretient des liens étroits avec les autres établissements du territoire. Des conventions organisent les relations avec ces établissements publics et privés. Il travaille en collaboration avec les partenaires de ville (Contrat local de santé, communauté urbaine d'Arras...),

avec les CPTS du territoire (notamment CPTS pas de Calais et convention récente avec CPTS grand Arras). Des campagnes de prévention sont organisées en collaboration avec la CPAM. Les parcours sont structurés pour limiter le passage des personnes âgées aux urgences par la convention avec le CH d'Arras. Le retour à domicile est anticipé en amont par l'assistante sociale et l'infirmière de parcours et est également facilité par la convention avec l'HAD et les différents partenariats et conventions avec des établissements d'aval. L'établissement est ancré dans son territoire et contribue à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE). L'établissement participe à des réunions bimensuelles en coordination territoriale sur les tensions hospitalières. Des consultations avancées sont réalisées sur le territoire par les médecins de l'établissement. Le ROR est alimenté automatiquement toutes les heures. Lors de la sortie, les patients sont informés des coordonnées téléphoniques leur permettant de joindre les professionnels en cas de nécessité. L'utilisation d'une messagerie sécurisée est promue, elle est utilisée par les médecins qui alimentent également le dossier médical partagé. La recherche clinique est portée par la gouvernance de l'établissement et par le groupe. La démarche est structurée avec une cellule de recherche et un personnel dédié (ARC). 18 études sont en cours actuellement. Un émargement SIGAPS est en place. L'établissement est centre pilote pour le développement de l'IA dans la recherche clinique. L'établissement a organisé une journée internationale de la recherche clinique. Une newsletter recherche clinique est en place pour diffuser l'information aux équipes. L'établissement est joignable 24h sur 24 aussi bien par les patients, les proches ou les professionnels. L'établissement utilise des solutions de télémedecine (Omnidoc pour dermato et hémato et Healico pour les plaies). Les constats issus de la visite identifient la recherche de l'engagement des patients. Les données issues des enquêtes e-Satis et de satisfaction spécifiques alimentent le PAQSS. Les résultats sont communiqués aux équipes et au public. Des PREMS sont en place (RAAC ortho, obésité, douleur et résilience en oncologie). Le plan de formation intègre des actions de formation à la communication adaptée avec les personnes soignées et la gestion des situations difficiles. L'expertise patient est portée par la gouvernance : association Nénuphar (cancérologie) avec présence quotidienne et lieu dédié, la terre est ronde (obésité), patients témoin en urologie. L'impact est évalué à travers des bilans des interventions et des évaluations de pratiques professionnelles (EPP). Des patients participent à l'EPP bientraitance et les représentants des usagers ont formé les professionnels au DMP. L'établissement veille à centrer sa communication sur le patient. La communication professionnels et patients fait l'objet de formations (les maux et les mots, langage des signes, kit de communication, parcours d'intégration des nouveaux arrivants, tablettes google trad...) Les professionnels sont formés sur les droits des patients : formation continue et pour les nouveaux arrivants (bientraitance, information et consentement, confidentialité, restriction des libertés...). La bientraitance est prônée dans l'établissement : charte bientraitance, flash formation, EPP auto-évaluation des pratiques, vidéos RU. Une cartographie des risques a été réalisée sur les risques impactant la bientraitance. Une procédure décrit le repérage et le signalement des situations de maltraitance. Un bilan annuel est réalisé et fait l'objet d'un codage PMSI. L'accessibilité des locaux aux personnes handicapées est facilitée par la conception récente des bâtiments, les professionnels veillent à la prise en soins des personnes en situation de handicap ; cela a été notamment observé lors des audits, toutefois lors d'un audit il a été constaté qu'un des ascenseurs ne possédait pas de bouton en braille et le message vocal n'était pas audible. Ce constat partagé avec l'établissement a fait l'objet d'action corrective le jour même (augmentation du niveau sonore), les autres ascenseurs étaient conformes. L'accès du patient à son dossier respecte la réglementation en vigueur. La structure dispose d'un comité des usagers. Le projet des usagers, élaboré de manière participative, est mis en œuvre. Les dispositions facilitant leur implication (planification des réunions, transmission anticipée) sont effectives. Ils sont destinataires de toutes les informations relatives à leurs missions et peuvent être contactés directement par les patients. Ils participent au comité éthique et d'autres instances. Leurs avis, observations, recommandations sont pris en compte et intégrés au programme d'amélioration qualité. Le management de la qualité et de la sécurité des soins mobilise la gouvernance. Un comité de pilotage comprenant notamment des membres du comité de direction et le président de la CME supervise la mise en œuvre des axes définis en lien avec les différentes instances. La réalisation de CREX/RMM concerne l'ensemble des secteurs. La culture de la sécurité des soins est une réalité constatée lors des investigations dans les secteurs d'activité et largement diffusée auprès des personnels rencontrés qui en connaissaient les actions. Elle est notamment alimentée par le

recueil et l'analyse collective des événements indésirables déclarés, les démarches d'EPP, l'expérience patients, les échanges au sein des équipes, les audits spécifiques (bientraitance, hygiène...) et la réalisation de formation flash qualité mensuels animés par la responsable qualité dans les services qui sont très appréciés des équipes. Le programme d'actions est suivi régulièrement et actualisé. Le suivi et la diffusion des indicateurs qualité sont réalisés par la cellule qualité, après communication aux instances et groupes de travail (affichage, Intranet). L'établissement mène des actions dans le cadre des journées nationales ou internationales dédiées à la santé avec la participation des représentants des usagers selon le cas. Le site internet et les affichages informent et rendent compte de ces manifestations. La direction et les personnels d'encadrement veillent à l'adéquation des ressources humaines aux activités. Si besoin, les activités ou les effectifs sont ajustées et les capacités d'hébergement adaptées. L'établissement soutient la promotion interne et mène des démarches actives de recrutement. Une politique active de recrutement est en place (partenariats avec IFSI, IFAS, école ingénieurs qualité Lille). Des outils de pilotage activité/ressource sont suivis, des débriefings hebdomadaires sont organisés. Possibilité d'avoir recours à une plateforme de remplacement. Une cellule se réunit toutes les semaines pour la programmation de l'activité au regard des ressources disponibles. Les managers bénéficient de formations managériales. Un accompagnement spécifique est proposé selon les besoins. Un parcours certifiant est en place lors de la prise de poste. Des réunions inter établissement sont organisées entre les managers et des groupes de travail inter sites sont en place. La gouvernance et les personnels d'encadrement encouragent le travail en équipe. Des réunions de service, des espaces d'échange et discussion sont en place, des petits-déjeuners mensuels dans les services (avec RH, DSI et directrice) sont organisés, visite hebdomadaire des services par le DSI, permettent de soutenir les équipes. Un "café bonne semaine" le lundi est organisé entre le DSI et l'encadrement. Des démarches collectives d'amélioration du travail en équipe sont réalisées : village français en USP, aménagement des lieux dédiés aux enfants, réorganisation des flux, salle de pause du bloc. Une équipe est en cours d'accréditation en équipe (urologie). Et l'établissement a été retenu sur un projet de la HAS : label soins certifiés Go no Go. Un travail sur la synchronisation des temps des équipes a été mené dans plusieurs services (ambulatoire par exemple). L'adéquation missions/compétences est assurée par l'encadrement, des actions sont mises en place : Entretiens, doublure, réunion d'accueil, parcours d'intégration (passeport) personnalisé, visite de site. Le parcours des stagiaires est formalisé et suivi par des professionnels formés au tutorat, petit déjeuner d'accueil pour les stagiaires, portfolio, questionnaire de satisfaction. CAE infirmier. Convention Erasmus accueil stagiaires moldaves La démarche est suivie au sein du Copil dédié avec les personnels et les représentants du personnel. La disponibilité et l'écoute des cadres d'unité favorisent la cohésion des équipes. Les réunions d'équipe, l'analyse des déclarations d'événements indésirables, les entretiens professionnels d'évaluation et d'évolution contribuent à l'identification de pistes d'actions pour améliorer la qualité de vie et conditions de travail. Des dispositifs de soutien des professionnels sont en place. La politique de mobilité interne permet aux professionnels de changer de poste, de passer en poste transversal ou managérial, une politique séniorité est en place et emploi personne en situation de handicap, les professionnels sont accompagnés vers des formations diplômantes (DU soins palliatifs, hygiène, douleur...) Un état des lieux des questionnements éthiques a été réalisé. Un comité éthique est en place, dans lequel les représentants des usagers sont représentés. Des sensibilisations et des formations sont organisées. L'engagement des professionnels de l'établissement dans ces démarches est corroboré par les constats et les observations effectués durant la visite. Un comité local QVCT est en place dans l'établissement (composé d'un référent harcèlement, 1 membre du CSE, des professionnels...). Des formations QVCT ont été réalisées pour les managers et les élus. Les managers sont en cours de formation QVCT attitude. Une enquête de satisfaction des salariés est réalisée tous les 2 ans. La gouvernance est soucieuse de la qualité de vie et des conditions de travail. La politique déclinée est étroitement liée aux engagements du groupe. Des temps d'échange sont organisés pour permettre aux professionnels de s'exprimer et de proposer des actions. La politique QVCT est formalisée. Des actions sont en place (semaine QVT + 1 temps QVT par mois : massage, Food truck...), des réflexions sont menées sur l'adaptation des plannings (vie pro/vie perso) avec sondage des équipes et proposition de planning par les équipes. Des berceaux sont attribués dans une crèche proche de l'établissement avec horaires adaptés. Des vis ma vie sont proposés, une application Humanoo est à disposition des professionnels (conseils santé, défis). Le document unique des

risques professionnels recense les risques identifiés au sein de l'établissement et les mesures de prévention adéquates. Les professionnels ont indiqué pouvoir faire facilement appel au soutien de l'encadrement, et ou de psychologues en interne ou en externe (ressource du groupe), pour gérer une relation conflictuelle qui pourrait survenir. Une procédure est formalisée. Un service de soutien psychologique est disponible 24h/24 (Prévia). Les psychologues de l'établissement sont en cours de formation pour les 1ers secours en santé mentale. Une convention avec une association permet le recours à une assistante sociale pour le personnel. La conception récente du site met à disposition des techniques performantes (Robot Da Vinci et robot chirurgical en orthopédie par exemple). Les opérations de maintenance. Le plan des gestions des tensions hospitalières (plan Orsan) et situation de crise est formalisé et structuré. Il reprend les différents risques identifiés, des fiches reflexes et les conduites à tenir. Des exercices (cyberattaque, simulation réelle, déclenchement cellule de crise) sont réalisés régulièrement pour le tester et des RETEX sont organisés. Les professionnels de l'établissement participent, sous l'égide de l'ARS et en relation avec les autres établissements, à la gestion des tensions hospitalières du territoire, selon le niveau assigné dans les plans d'urgence. Le matériel et les aménagements sont disponibles et suivis, ils permettent l'isolement lors d'un risque infectieux. Une attention particulière est accordée à la sécurité des personnes et des biens au bénéfice des patients et des professionnels. Le plan de sécurisation de l'établissement (PSE) est opérationnel, un veilleur est présent 24 heures sur 24, une convention avec la police est en place (convention justice, santé et sécurité). Les accès des secteurs protégés (PUI et bloc) sont sécurisés (accès limité avec code). La politique RSE est formalisée, un Copil RSE est en place, le référent est nommé. L'établissement a réalisé un diagnostic initial de ses consommations, un plan d'actions est défini avec un suivi des actions, des pilotes et des indicateurs. Exemple d'actions : mesures nuisances sonores, étude mobilité (accompagnement mobilité douce), contrôle des impressions, livret d'accueil numérique, détecteur de lumière, circuit court en restauration, ruches, réflexion éco soin, enquête gaspillage médicaments (8kgs en une semaine). Le tri des déchets est organisé, suivi et tracé dans Track déchets. La plateforme Antilope permet le suivi et le partage des actions RSE. La prise en charge des urgences vitales est organisée ; les procédures sont définies et connues des professionnels. Les professionnels sont formés à l'AFGSU. Les matériels sont disponibles et contrôlés régulièrement. Des exercices sont réalisés régulièrement sur l'urgence vitale de jour comme de nuit. La gouvernance de l'établissement promeut la politique qualité – gestion des risques en lien avec les orientations définies par le groupe. Les organisations, les moyens et la communication des résultats sont clairement définis. Les ressources humaines de la cellule qualité assurent la logistique, la formation, le soutien aux professionnels, le suivi des audits et indicateurs, l'instruction des FEI, des réclamations. L'encadrement des unités, l'équipe opérationnelle d'hygiène, les pharmaciennes, les correspondants des vigilances sanitaires, les référents relais dans les unités (douleur, hygiène, vigilances sanitaires, bientraitance...), des médecins sont associés et contribuent à la diffusion et l'acculturation de la politique. La culture de déclaration des événements indésirables est réelle. Leur gestion attentive contribue à l'amélioration continue des pratiques. Les événements indésirables graves sont déclarés sur le portail de l'ARS. Une formation à l'annonce d'un dommage lié aux soins a été réalisée. L'accompagnement méthodologique des équipes, le déploiement des audits, EPP, RMM, l'évaluation de la pertinence des soins dans les secteurs d'activités et la communication des analyses et résultats ont été constatés notamment lors des échanges avec les personnels qui avaient une bonne connaissance des démarches et actions en cours. Les documents sont aisément accessibles sur l'Intranet et des informations régulières sont données. Le plan d'action, actualisé régulièrement, récapitule l'ensemble en suit le déroulement. L'investissement des personnels de la cellule qualité a été remarquée.

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 | 620014779 | S.A.S. CLINIQUE BON SECOURS | 2 rue du docteur forgeois Zac des bonnettes 62012 Arras Cedex FRANCE |
| Établissement principal | 620100099 | HOPITAL PRIVE ARRAS LES BONNETTES | 2 rue du docteur forgeois Zac des bonnettes bp 20990 62012 Arras 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 | Non |
| Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation) | Non |
| Existence de Structure des urgences générales | Non |
| Existence de Structure des urgences pédiatriques | Non |
| Hospitalisation à domicile | |
| Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile) | Non |
| Autorisation de Médecine en HAD | Non |
| Autorisation d' Obstétrique en HAD | Non |
| Autorisation de SMR en HAD | Non |
| Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD | Non |
| Tout l'établissement | |
| Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement | Non |
| Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI | Oui |
| Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse | Oui |
| SAMU-SMUR | |
| Existence de SMUR général | Non |
| Existence de SMUR pédiatrique | Non |
| Existence d'Antenne SMUR | Non |
| Existence d'un SAMU | Non |
| Soins critiques | |
| Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue) | Non |
| Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie) | Non |
| Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) | Non |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte | Oui |

| | |
|--|-----|
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant | Non |
| Médecine | |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre | Non |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale) | Non |
| Patient atteint d'un cancer | |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie | Oui |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie) | Oui |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Autorisation de Chirurgie cardiaque | Non |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie | Non |
| Autorisation de Neurochirurgie | Non |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie | Non |
| Autorisation d'Activité de greffe | Non |
| Activité Urgences | |
| Urgences | |
| Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans | 0 |
| Nombre de passages aux urgences générales | 0 |
| Nombre de passages aux urgences pédiatriques | 0 |
| SAMU-SMUR | |
| Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM) | 0 |
| Activité Hospitalière MCO | |
| Soins de longue durée | |
| Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie | 0 |
| Médecine | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine | 35 |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie | 144 |
| Maternité | |

| | |
|---|-------|
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique | 21 |
| Ambulatoire | |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie | 54 |
| Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique | 0 |
| Tout l'établissement | |
| Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine | 8,106 |
| Enfant et adolescent | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie | 0 |
| Patient âgé | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie | 0 |
| Urgences | |
| Nombre de lit en UHCD | 0 |
| Activité Hospitalière SMR | |
| Soins Médicaux et de Réadaptation | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR | 30 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR | 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 | Patient traceur | | Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 2 | Patient traceur | | Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 3 | Patient traceur | | Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 4 | Patient traceur | | Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 5 | Patient traceur | | Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |

| | | | | |
|----|------------------|---|--|---|
| 6 | Patient traceur | | Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 7 | Parcours traceur | | Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement | |
| 8 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Antibioprophylaxie et Per opératoire |
| 9 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Précautions standard et complémentaires |
| 10 | Traceur ciblé | Gestion des évènements indésirables graves | | EI critique ou presque accident selon la liste fournie par l'ES |
| 11 | Parcours traceur | | Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement | |
| 12 | Parcours traceur | | Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé | |

| | | | | |
|----|------------------|--|--|--|
| | | | Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement | |
| 13 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Dispositif médical réutilisable (Endoscope) |
| 14 | Parcours traceur | | Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques Tout l'établissement | |
| 15 | Audit système | Représentants des usagers | | |
| 16 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable |
| 17 | Audit système | Leadership | | |
| 18 | Audit système | QVT & Travail en équipe | | |
| 19 | Audit système | Dynamique d'amélioration | | |
| 20 | Audit système | Maitrise des risques | | |
| 21 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Chimiothérapie |
| 22 | Audit système | Risques numériques - Professionnels | | |
| 23 | Audit système | Risques numériques - Gouvernance | | |
| 24 | Audit système | Risques numériques - Professionnels | | |
| 25 | Audit système | Entretien Professionnel | | |

| | | | | |
|----|------------------|---|---|---|
| 26 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 27 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 28 | Audit système | Risques numériques - Professionnels | | |
| 29 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Précautions standard et complémentaires |
| 30 | Audit système | Coordination territoriale | | |
| 31 | Audit système | Engagement patient | | |
| 32 | Patient traceur | | Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement | |
| 33 | Parcours traceur | | Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement | |
| 34 | Parcours traceur | | Adulte Ambulatoire Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement | |
| 35 | Audit système | Entretien Professionnel | | |

| | | | | |
|----|------------------|--|--|---|
| 36 | Traceur ciblé | Gestion des évènements indésirables graves | | EI critique ou presque accident selon la liste fournie par l'ES |
| 37 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable |
| 38 | Patient traceur | | Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 39 | Patient traceur | | Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 40 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 41 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 42 | Parcours traceur | | Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques Tout l'établissement | |
| 43 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap | |

| | | | | |
|----|---------------|--|-----------------------------------|--|
| | | | Programmé Tout l'établissement | |
| 44 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os |
| 45 | Traceur ciblé | Gestion des produits sanguins labiles | | Prescription PSL |

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

