



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

Ardevie-CSSR Les Glamots

5 allée des glamots bp 90021
16440 Roullet Saint Estephe



Validé par la HAS en Octobre 2022

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 2022

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	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	19
Annexe 3. Programme de visite	23

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 de suite et de réadaptation (SSR), 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 avec mention.

Présentation

Ardevie-CSSR Les Glamots	
Adresse	5 allée des glamots bp 90021 16440 Rouillet Saint Estephe
Département / Région	Charente / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	160001574	ARDEVIE	Centre de soins de suite et de réadaptation 5 allée des glamots bp 90021 16440 Rouillet Saint Estephe

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

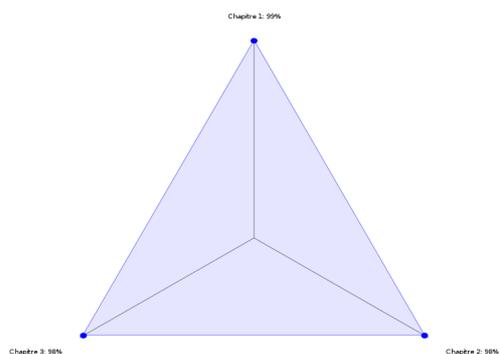
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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 de suite et réadaptation
Tout l'établissement

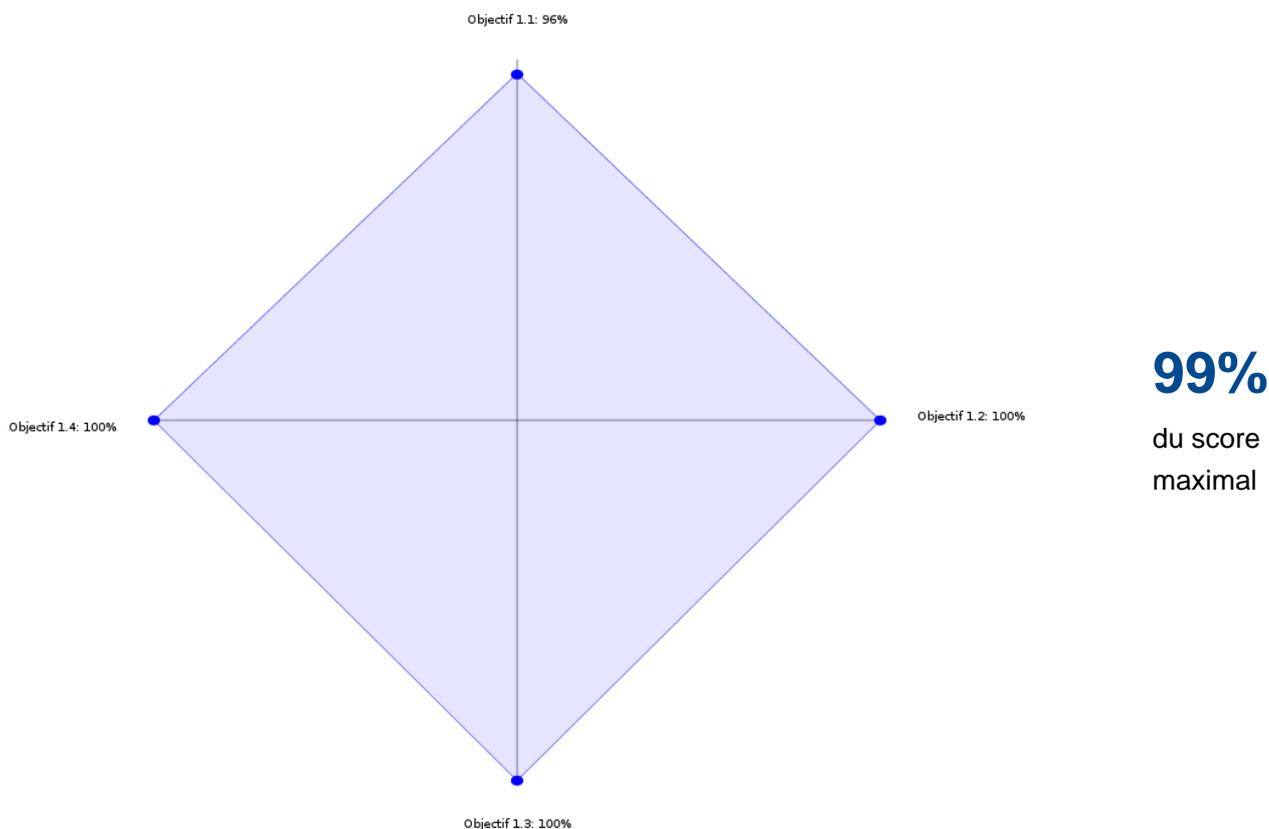
Au regard du profil de l'établissement, 100 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

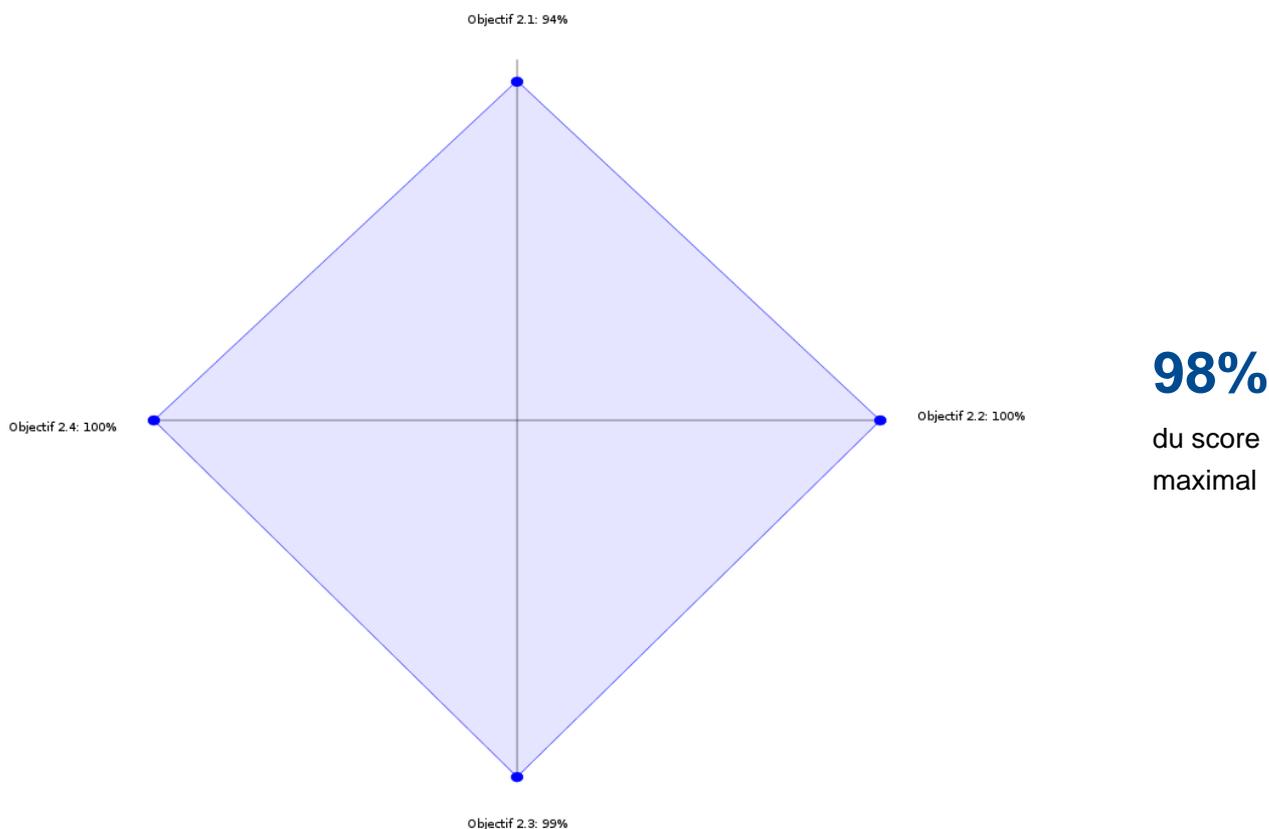


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	96%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

La prise en charge du patient au sein du CSSR Les Glamots- ARDEVIE répond aux attentes du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé. Le patient reçoit une information claire et adaptée tant sur ses droits (charte du patient hospitalisé, charte Romain Jacob, charte de l'enfant, ...) que sur son état de santé. Le patient est impliqué dans toute décision majeure sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques, y compris pour les enfants et adolescents. Son consentement libre et éclairé est recueilli aux différentes étapes de sa prise en charge. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé (plaquettes d'informations, affichage infos sur la chaîne télé de l'établissement). Le patient est informé qu'il peut désigner une personne à prévenir ainsi qu'une personne de confiance. Il en est de même pour la rédaction de directives anticipées et faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs (pour la population

concernée). Le patient vivant avec un handicap, ou âgé, bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour (accès total aux personnes à mobilité réduite) et à sa sortie. Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner (livret d'accueil, affichage, site internet). Il est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction (taux de recueil des questionnaires de sortie proche de 60 %, recueil e-satis, éducation thérapeutique, groupes de travail ...). Des anciens patients font partie d'instances telles le Comité du médicament, la lutte contre la douleur, la nutrition, ... Le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité a été confirmé lors des entretiens avec les patients ainsi que lors des observations au sein des unités et des plateaux techniques. Les professionnels sont identifiables (nom ou prénom, code couleur par fonction sur la tenue). Les conditions d'hébergement sont agréables avec une architecture adaptée à l'activité de SSR. L'établissement dispose majoritairement de chambres seules et confortables : claires, spacieuses, cabinet de douche à l'italienne, climatisation, placard fermant à clé pour les effets personnels, équipement spécifique au handicap, Les plateaux techniques (balnéothérapie, plateaux de rééducation, ...) sont modernes et adaptés. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté (chambre proche du bureau infirmier, présence des parents fortement souhaitée (L'établissement peut accueillir des enfants à partir de 6 ans, mais dans les faits très peu d'enfants sont hospitalisés et la plupart sont des adolescents). La contention mécanique, très peu utilisée au sein de l'établissement et sur des pathologies très spécifique, relève systématiquement d'une décision médicale. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur en hospitalisation complète et de jour, y compris lors des séances de soins de suite et de réadaptation (traitement médicamenteux, utilisation de MEOPA antalgique et anxiolytique (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote). Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants sont impliqués dans la mise en œuvre du projet de soins. Leur présence est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite (Ex : Covid 19). Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge : offre de soins diversifiée pour son inclusion sociale, actions soignantes, éducatives, et scolaires adaptées aux mineurs, permissions de sortie pendant le séjour. Il bénéficie également d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite (soins ambulatoires, équipe mobile de réadaptation ...). Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates (assistantes de service social). En prévision de sa sortie, notamment en ambulatoire, ses conditions de vie habituelles sont prises en compte et il est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

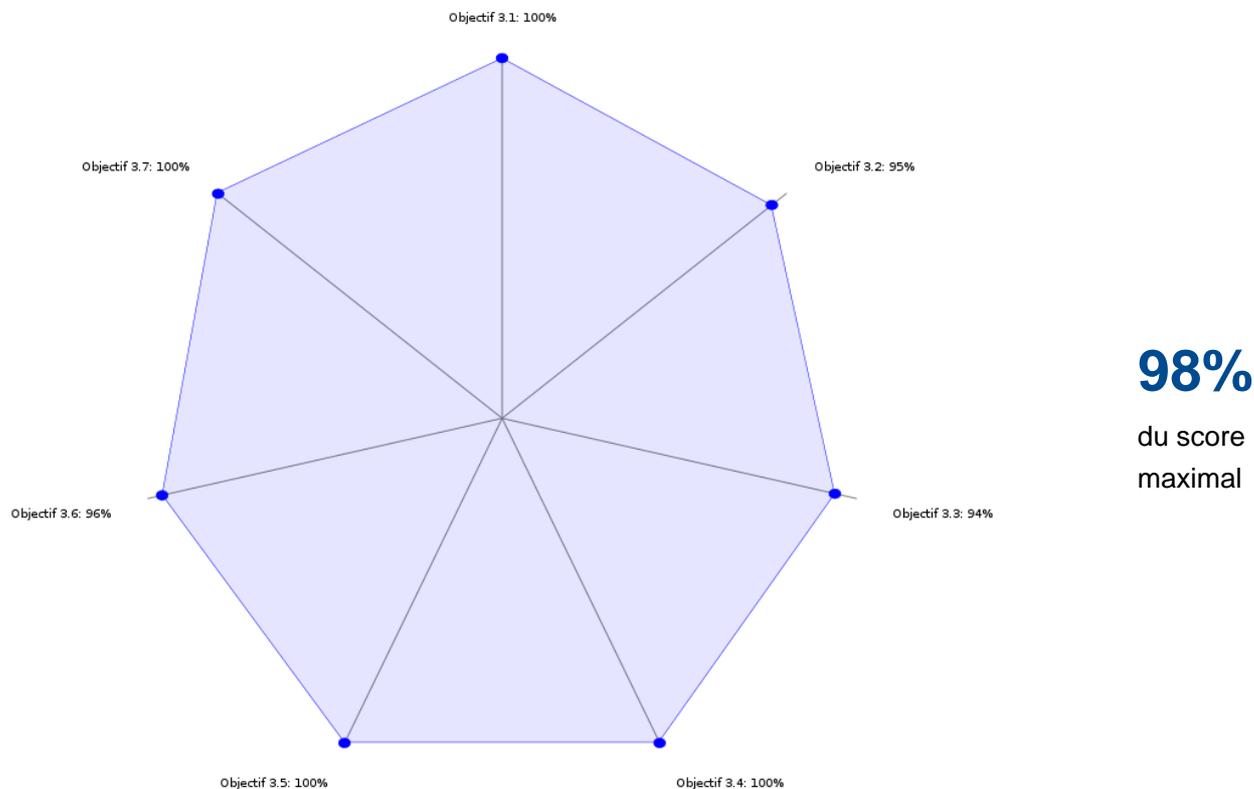


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	94%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe (transmissions orales et écrites, réunions de synthèse, ...). La prise en charge médicamenteuse est sécurisée (prescription, stockage, dispensation, transport, administration) et les équipes respectent les bonnes pratiques. Plusieurs infirmières référent « Pharmacie » sont en place. Il existe des modalités de contrôle spécifiques pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement (liste, pictogrammes, ...). Le circuit des stupéfiants est sécurisé. Le stockage des produits de santé se fait dans de bonnes conditions de conservation et de sécurité. La prise en charge de l'antibiothérapie est assurée (très peu de prescription) avec un référent. La démarche de la conciliation médicamenteuse est une démarche formalisée depuis plusieurs années. La démarche a été momentanément freinée en raison du manque de temps médical et de la crise sanitaire ; mais en 2022, la

démarche est ré-initiée et constitue un des objectifs de la CME et du COMEDIMS. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de sa prise en charge (circuit du médicament, examen de laboratoire, ...) avec une photo du patient dans son dossier et le port de bracelet d'identification. Lors des rencontres avec les professionnels et les différents circuits d'investigation, il a été constaté que les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques (hygiène des mains, précautions standards et complémentaires, absence de port de bijoux, ...) . La mise en application des vigilances sanitaires est effective. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales et l'Équipe Opérationnelle d'hygiène sont opérationnels. Les circuits des déchets (DASRI - Déchets d'activité de soins à risque infectieux, ordures ménagères, tri sélectif, ...) sont conformes aux attendus. L'établissement évalue ses pratiques d'hygiène des mains. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient (antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de bilan, allergies, ...) sont intégrés dans le dossier du patient et accessibles rapidement. Comme l'on démontré les « parcours traceurs », les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. La remise de la lettre de liaison au patient lors de sa sortie, la mise à jour du carnet de santé chez l'enfant, l'alimentation du Dossier médical partagé (espace e-santé) sont effectives. Le transport des patients, limité à des déplacements inter unité notamment vers la balnéothérapie située au sein du même bâtiment, est maîtrisé. Les équipes de soins analysent les résultats liés à la qualité et à la sécurité des soins (cliniques, satisfaction du patient, évènements indésirables associés aux soins, ...) ; l'analyse des IQSS (Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins) est également collective. Pour ce qui concerne les recommandations vaccinales des professionnels de santé, des mesures incitatives sont menées par l'établissement qui propose la vaccination sur place en lien avec le service de Médecine du travail.

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	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
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	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement participe et est acteur des projets territoriaux de parcours et a mis en place de nombreuses modalités de collaboration tant avec les autres établissements sanitaires (Centre hospitalier d'Angoulême « Girac », convention cadre avec le Groupement Hospitalier de Territoire en cours, réseaux douleurs et soins palliatifs, ...) mais aussi en aval avec les structures médico-sociales et sociales. Une communication centrée

sur le patient promeut toutes les formes d'expression. La gouvernance veille à la diffusion et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance (projet Carma). Il assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients et leur entourage. Un référent éthique est en place. L'établissement assure l'implication des usagers, de leurs représentants et des associations de patients au sein de l'établissement dans les instances et dans la vie de l'établissement. Les représentants des usagers contribuent à l'élaboration du programme qualité. Le CSSR Les glamots - Ardevie soutient l' « expertise patient » (implication des représentants des usagers, participation d'anciens patients à des groupes de travail). L'accès du patient à son dossier est organisé et conforme à la réglementation. Le travail en équipe est impulsé et soutenu par la gouvernance, avec la participation de l'ensemble des professionnels y compris les agents de bio nettoyage, de restauration ... La gouvernance fait preuve également de leadership et fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Un système de référents (infectieux, douleur, médicament, chute, éducation thérapeutique, ...) permet l'implication de tous. Un Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est en place (PAQSS). Les Evènements indésirable graves sont analysés collectivement avec un CREX (Comité de Retour d'EXpérience) systématique chaque mois. Un groupe RMM - Revue de Mortalité Morbidité - complète le dispositif. Les IQSS sont exploités et diffusés au sein des unités (4 IQSS font l'objet d'un suivi). L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) notamment au regard du suivi des résultats cliniques (revue de pertinence des pratiques, ...) est opérationnelle (5 EPP en cours). Les responsables de l'établissement pilotent l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge (adéquation entre les ressources médicales disponibles et le nombre de patients notamment) et ont mis en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits. En cas de besoin, un soutien psychologique est proposé. L'encadrement bénéficie d'une formation au management. Les professionnels disposent d'un plan de formation continue. La gouvernance de l'établissement mène une politique volontariste avec les professionnels pour une démarche de qualité de vie au travail (QVT). La direction organise une réunion mensuelle « Information du personnel » privilégiant l'échange. La réponse de l'établissement face aux risques auxquels il peut être confronté est adaptée (ex : tension hospitalière, Plan Blanc, situation sanitaire exceptionnelle, ...). Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont maîtrisés avec des initiatives innovantes (gourde à disposition pour les personnels et les patients, fontaine à eau,...). Une référente environnement est nommée. Les risques numériques sont maîtrisés avec une sécurisation du réseau. Pour ce qui concerne le risque lié à la prise en charge des urgences vitales, chaque unité est dotée d'un chariot d'urgence ou d'un sac à dos. Les professionnels sont formés et des exercices de simulation réalisés. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée (armoire personnelle fermant à clé, caméra de vidéosurveillance dans les couloirs, ...).

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	160001574	ARDEVIE	Centre de soins de suite et de réadaptation 5 allée des glamots bp 90021 16440 Roullet Saint Estephe
Établissement principal	160009080	ARDEVIE-CSSR LES GLAMOTS	5 allée des glamots bp 90021 16440 Roullet Saint Estephe

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
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	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	85
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	20
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
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	Engagement patient		
2	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
5	Audit système	Dynamique d'amélioration		
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicable (HDJ)
7	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète	

			Programmé	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des produits sanguins labiles
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
14	Audit système	Maitrise des risques		
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière	

			Hospitalisation complète Programmé	
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Medicaments à risque/ATB IV/PO
17	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Précautions standards et complémentaires HC
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Medicaments à risque IV/PO
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
21	Audit système	Leadership		
22	Audit système	QVT & Travail en équipe		
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		ATB IV/PO
24	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des évènements indésirables graves
	Audit			

25	système	Coordination territoriale		
26	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients
27	Audit système	Représentants des usagers		

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

