



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**POLE ANTIBES SAINT  
JEAN**

2160, avenue michard pelissier  
Chemin du pont romain  
06600 Antibes



Validé par la HAS en Mars 2023

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Mars 2023

# 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	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	20
Annexe 3. Programme de visite	24

# 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.

# Présentation

POLE ANTIBES SAINT JEAN	
Adresse	2160, avenue michard pelissier Chemin du pont romain 06600 Antibes FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
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	060000205	SAS MONTSINERY	2160, avenue michard pelissier Chemin du pont romain 06600 Antibes FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

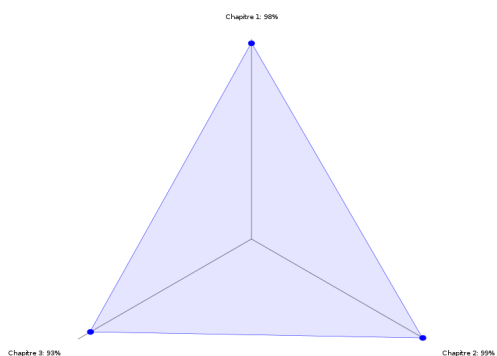


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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

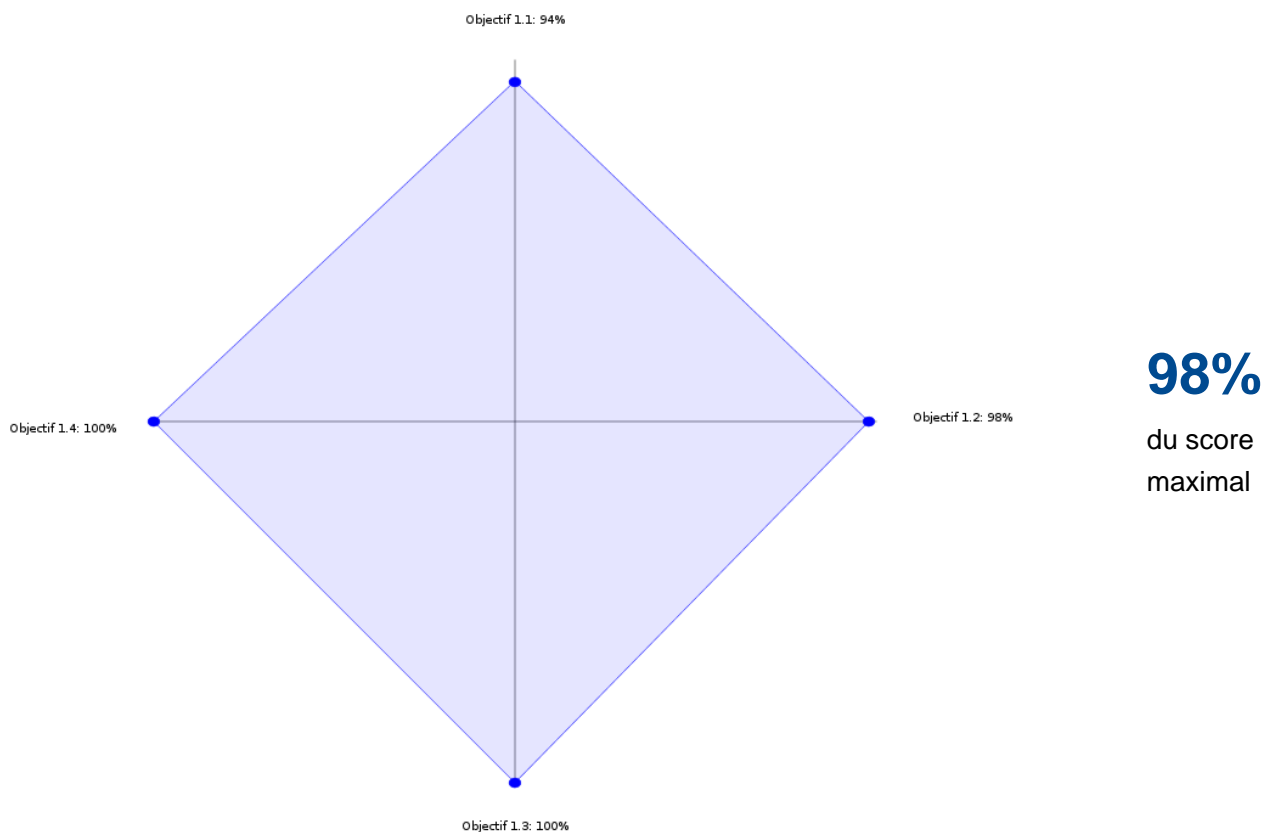
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

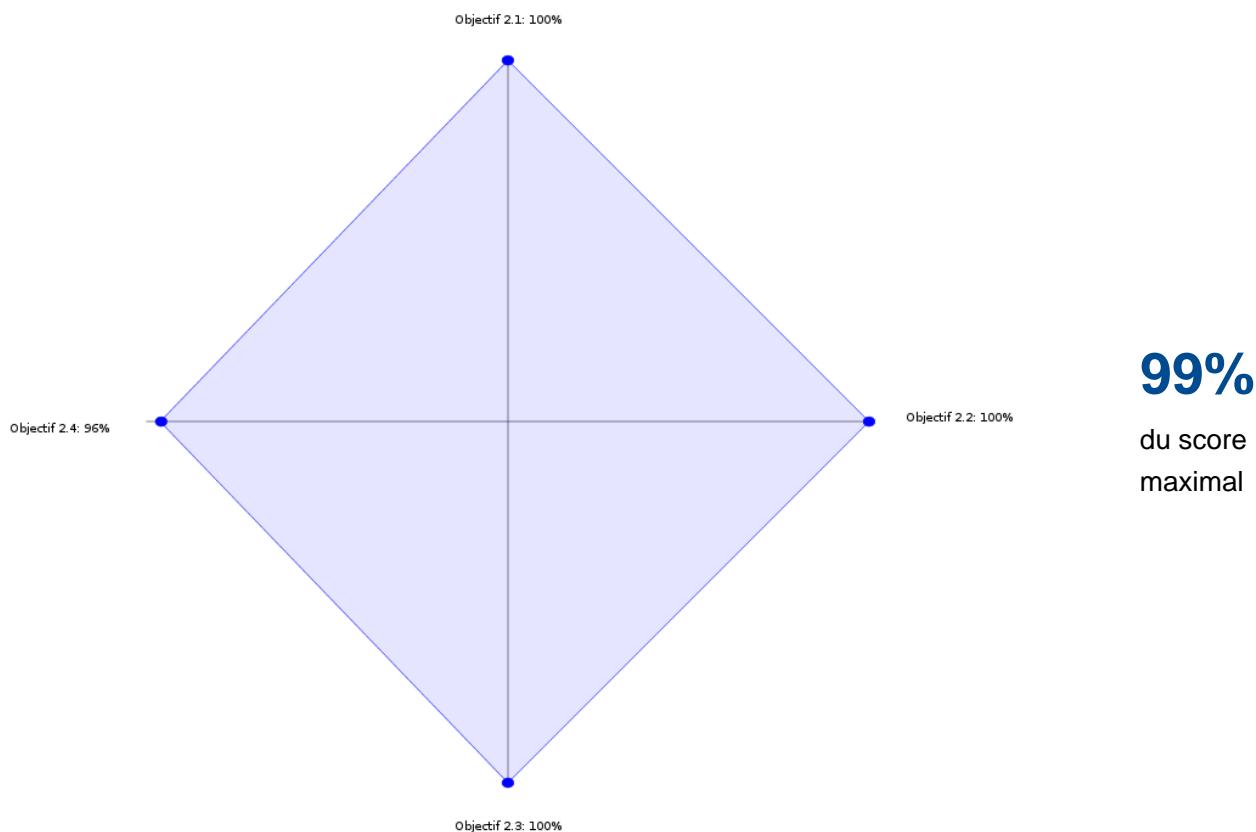


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient reçoit une information adaptée à sa prise en charge et à son niveau de compréhension, son implication est retrouvée et confirmée par le patient lui-même. Pour s'assurer de la bonne compréhension des informations apportés lors de l'entretien initial, les soignants reprennent tout cela après quelques jours de séjour. L'information relative aux représentants des usagers (RU) est notée dans le livret d'accueil et sur les affichages de l'ES. Les patients rencontrés ont déclaré n'avoir pas été informé ni de la possibilité de déclarer un événement indésirable grave ni de celle de pouvoir faire une réclamation sur sa prise en charge durant son séjour. L'information sur les directives anticipées est faite par les soignants médicaux et paramédicaux et tous les patients rencontrés ont pu attester de cette information. L'intimité et la confidentialité sont respectées (des paravents sont disponibles dans toutes les chambres à deux lits), les consultations médicales sont réalisées

dans les bureaux médicaux sur rendez-vous et non directement dans les chambres des patients. Le maintien de l'autonomie du patient est un objectif permanent dans la construction du projet de soin, de son admission à l'organisation de sa sortie. Toutefois, la confidentialité à l'accueil n'est pas toujours respectée (banque ouverte sur le hall d'accueil où circulent patients et familles, pas de local fermé pour le recueil des informations confidentielles) : l'ES a immédiatement pris en compte la remarque des experts et une réorganisation de cet accueil est en cours, les locaux le permettant de manière simple. La douleur est systématiquement recherchée, et quantifiée avec une échelle et des moyens de la prendre en charge sont prescrits. Les contentions sont exceptionnelles (barrières du lit remontées) : elles sont toujours prescrites et réévaluées et font l'objet d'une traçabilité dans le dossier médical du patient. Lors des patients traceurs tous ont souligné la qualité de la prise en charge attentive, bienveillante, bientraitante avec un haut niveau d'écoute et la prise en charge du refus de soins éventuel est organisée. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins, avec l'accord du patient, la présence des aidants est facilitée, les horaires de visites peuvent être adaptés dans la mesure du respect de l'organisation des soins. Les prises en soins paramédicales (kinésithérapie, balnéothérapie...) sont adaptées à chaque patient et coordonnées entre les intervenants. La prise en charge en balnéothérapie est validée médicalement. Les conditions de vie et le lien social du patient sont pris en compte, une attention particulière est portée sur le retour à domicile des situations complexes ou de précarité. En cas de besoin l'ES dispose d'une assistante sociale pour résoudre les situations complexes et se coordonne avec les structure de prise en charge au domicile notamment par le biais du cadre de santé.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

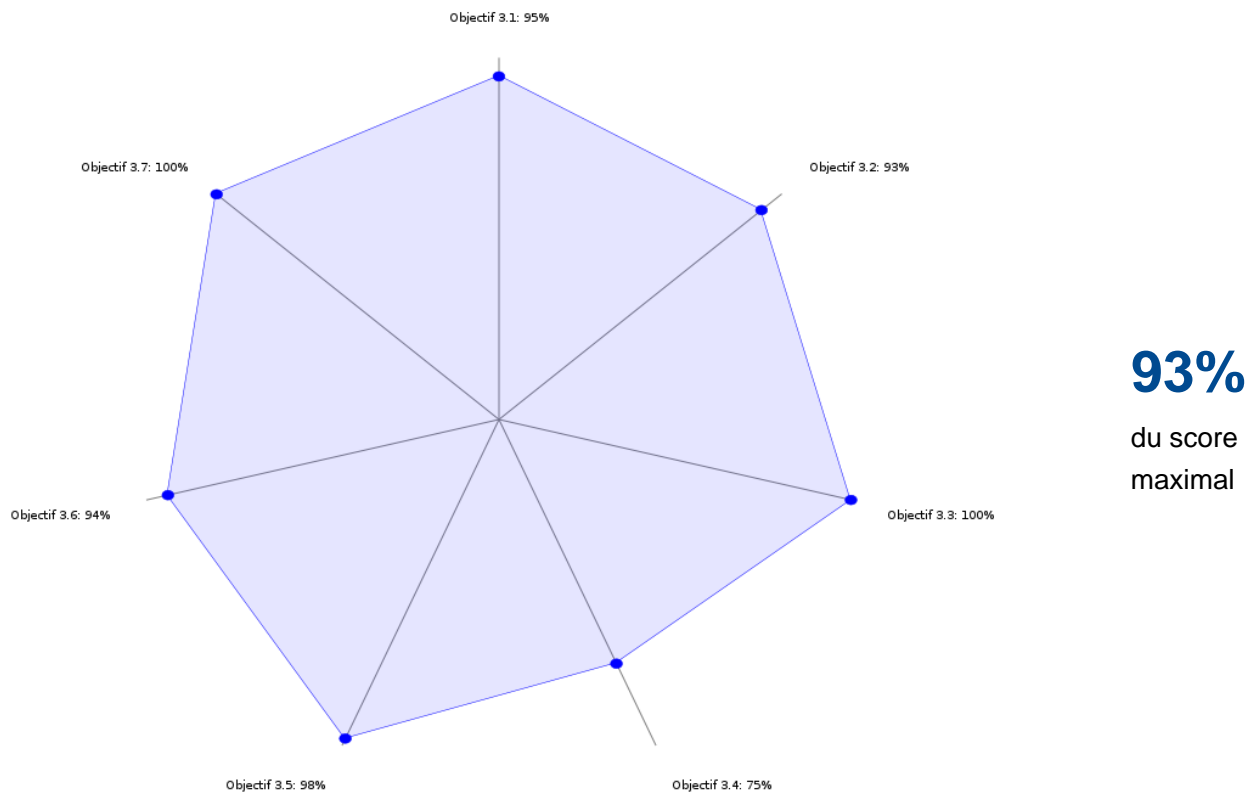


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	100%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

La pertinence des parcours est argumentée au sein des équipes. Les demandes d'admissions sont examinées par un binôme médico soignant, à partir des demandes sur trajectoire ou autres, binôme qui statue sur les demandes en fonction des disponibilités de lits, de la complétude des dossiers et des moyens disponibles pour assurer au patient la meilleure prise en charge possible du patient et de sa pathologie. Par la suite, lors de chaque staff la pertinence de la poursuite des séjours en SSR est questionnée à partir d'une check liste et le dossier renseigné. La pertinence des soins est également évaluée et l'antibiothérapie par exemple est toujours validée par un infectiologue et réévaluée régulièrement. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de façon pluridisciplinaire. Le dossier patient est informatisé, il comprend toutes les données utiles à la prise en charge des patients, il est accessible à l'ensemble des professionnels et

renseigné par tous. Le projet de soins est construit avec les patients qui disposent d'un exemplaire écrit du projet de soins initial, et il est réévalué régulièrement (une fois par semaine lors des staffs tracés dans le dossier et en cas d'adaptation du projet, le patient en est informé). Des équipes de spécialistes sont disponibles dans le pôle Antibes Saint Jean et les hôpitaux et cliniques voisins pour des avis complémentaires. Des consultations avancées sont également disponibles dans la structure pour certaines disciplines. Les staffs réunissent l'ensemble des intervenants auprès du patient et sont organisés dans les 2 unités de manière hebdomadaire : les kinésithérapeutes qui sont installés à titre libéral dans l'ES dans l'établissement participent aussi à ces staffs. Cela permet de souligner la qualité du travail en équipe dans l'ES. La lettre de liaison est remise à la sortie du patient et comporte l'ensemble des données nécessaires à la continuité des soins après le départ du patient. Enfin, la conciliation médicamenteuse est en place dans l'établissement. Le circuit du médicament est maîtrisé, les médicaments à risque sont identifiés et connus des équipes, la chaîne du froid respectée. L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée par le pharmacien avant la distribution des médicaments, les actions relevant de cette analyse sont transmises aux médecins et discutées avec eux. Les patients en hospitalisation complète disposent d'un bracelet d'identité mis à jour si besoin. Le risque infectieux est globalement maîtrisé avec des audits et formations régulières et une bonne connaissance des précautions standards et complémentaires. Cependant, concernant les pré requis à l'hygiène des mains, des professionnels (kinésithérapeute, médecin, gouvernante, cadre de soins) portaient des manches longues ou port de bijoux (montre, bracelet). Les transports intra-hospitalier sont sécurisés, les personnels sont formés. L'évaluation des pratiques et du suivi des résultats cliniques sont ancrés dans la culture qualité de l'établissement. Les questionnaires de satisfaction sont exploités plutôt sous la forme de questionnaires de sorties internes, l'utilisation d'e satis étant limitée dans l'ES du fait de la difficulté de recul des méls des patients. Les résultats sont publiés dans les lieux d'information des patients et ils font l'objet d'actions d'amélioration. Les RU sont informés des résultats de de ces questionnaires : toutefois ils ne participent pas à leur recueil. Des indicateurs sont disponibles et affichés. Les résultats de ces indicateurs sont le plus souvent très favorables. Le recueil IQSS par le Directeur des soins, a conduit à une action menée sur le délai de la lettre de liaison et l'envoi aux médecins correspondants s'effectue via messagerie sécurisée (94% des envois). Les événements indésirables associés au soins sont déclarés et l'analyse est réalisée avec les déclarants, la recherche des causes profondes, permettant la mise en place d'actions d'amélioration. La plupart des événements indésirables concernent les chutes ce qui a conduit à la mise en place d'une EPP et d'actions qui ont permis la diminution du nombre de chutes. Peu d'EI concernant le médicament sont déclarés et il n'y a pas notamment de déclaration de presque accident dans ce secteur.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	75%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'ES est très investi dans le maillage territorial de la région, il participe à la prise en charge des patients relevant du SMR notamment dans la prise en charge post-opératoire en orthopédie et traumatologie. Il fait partie du pôle Antibes Saint Jean mais est également ouvert à l'accueil de patient d'autres structures hospitalières publiques et privées. La communication avec la médecine de ville est effective, les médecins

libéraux pouvant adresser directement leurs patients. Une maison médicale est présente sur le site et une coopération active est en place. Le projet d'établissement récent témoigne de cet investissement de même que l'existence de nombreuses conventions d'aval et d'amont. Dans ce cadre lors de l'épidémie COVID l'ES a travaillé de concert avec les autres ES de court séjour et l'ARS pour prendre en charge en deuxième ligne des patients COVID en consacrant une partie de ses lits à ces patients. Le ROR est régulièrement mis à jour. L'ES est intégré également au CPTS de sa région. L'ES favorise l'engagement des patients, les représentants des usagers sont impliqués dans l'établissement, l'un d'eux étant régulièrement présent sur le site et pouvant échanger avec les patients présents. On peut noter que l'ES a organisé avec l'IDE titulaire du DU plaies et cicatrisation un atelier notamment d'information sur le diabète avec la présence d'un patient expert formé. Toutefois il n'y a pas de projet des usagers. Tous les accès du centre sont accessibles aux personnes en situation de handicap. Il dispose de plusieurs salles dédiées aux activités de rééducation fonctionnelle et d'un bassin de balnéothérapie parfaitement suivi et encadré par des professionnels formés. Ces installations sont partagées avec les kinésithérapeutes libéraux installés dans l'ES. La gouvernance fait preuve de leadership et la culture de sécurité des soins est retrouvée dans tous les services. Les professionnels connaissent la démarche qualité mise en place dans l'établissement, ils maîtrisent les accès informatiques pour consulter le programme qualité et les actions mises en place et leur suivi. Des référents pour les différents risques et des commissions existent (CLIN, CLUD, CLAN , ) ainsi que des représentants des diverses vigilances. Le travail en équipe est soutenu par la gouvernance, qui a organisé les plannings du personnel afin que les équipes puissent se coordonner sur la prise en charge des patients. Une stratégie de développement du travail en équipe est en place, permettant la remontée des personnels concernant notamment les horaires de travail ce qui a permis une adaptation des horaires IDE donnant satisfaction aux personnels. Les équipes témoignent de la qualité du travail en équipe à tous les niveaux et de l'implication de chacun pour assurer la meilleure coordination possible autour du patient. Toutefois il n'y a pas de participation aux démarches de type PACTE. Un membre de l'équipe a été formée à la démarche mais n'a pu la mettre en place par manque de moyens. La qualité de vie au travail (QVT) est promue dans l'établissement, une enquête a été réalisée auprès du personnel, des actions sont mises en place. Le DURP est en place et actualisé. La gestion des risques est connue. La prise en charge des urgences vitales est globalement bien assurée dans cet établissement : Des protocoles sont en place. Tous les agents sont soumis à la formation AFGSU avec un suivi par les RH permettant de s'assurer que chaque agent est formé; l'ES a aussi organisé des simulations inopinées avec un mannequin , simulation s'adressant à tous les agents et notamment aussi aux kinés libéraux installés dans le centre et qui participent à la rééducation des patients. Les 2 unités disposent d'un chariot d'urgence accessibles et connus des professionnels, régulièrement entretenu. Lors de la visite par contre les EV ont constatés que le numéro d'appel en cas d'urgence vitale n'était pas unique ce qui pouvait pour certains agents prêter à confusion: l'établissement s'est immédiatement emparé du problème et opté pour le 15 comme numéro unique et mis en place immédiatement l'affichage nécessaire et l'information du personnel ce que les EV ont pu vérifier. En balnéothérapie un défibrillateur est présent et un chariot d'urgence disponible sur un des étages ou au même niveau dans la maison médicale accessible rapidement par une simple porte (les médecins de la maison médicale sont par ailleurs des urgentistes). La gestion des vigilances organisée, les responsables identifiés et le circuit des alertes maîtrisé. L'établissement dispose de différents plans d'urgence (plan blanc, construit sur la base d'une cartographie, intégration des volets AMAVI, Canicule, gestion des épidémies; plan de confinement avec exercices de simulation). La sécurité informatique est assurée. Des actions de développement durable sont mises en place (Tableau de suivi des consommations, actions menées pour réduire consommations (mousseurs sur robinets) sensibilisation des professionnels aux économies d'énergie par affichage, lors du séminaires d'accueil des nouveaux arrivants. Un Diagnostic DD a été refait en 2022, avec analyse environnementale et calcul du bilan carbone à l'échelle du groupe et benchmarking avec autres ES similaires. A noter également le recrutement d'un ingénieur QSE (pour le groupe). La dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est très présente dans l'établissement. Des indicateurs qualité sont suivis par la gouvernance et connus des équipes. Le programme d'amélioration de la qualité intègre l'expression du patient



(questionnaires de sortie, questionnaire patient spécifique (Douleur induite, bien-être, restauration (PREM'S) ou état de santé du patient (PROM'S)).

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	060000205	SAS MONTSINERY	2160, avenue michard pelissier Chemin du pont romain 06600 Antibes FRANCE
Établissement principal	060780392	POLE ANTIBES SAINT JEAN	2160, avenue michard pelissier Chemin du pont romain 06600 Antibes FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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 SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
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	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	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	97
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	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)	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	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
4	Audit système	Coordination territoriale		
5	Audit système	Engagement patient		
6	Audit système	Représentants des usagers		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Applicable à l'établissement - transport assis
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards



10	Audit système	Maitrise des risques		
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque / Injectable / Antibio
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque / Injectable / Antibio
16	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI ou EIG
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Parcours traceur		Tout l'établissement 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	
	Audit	Leadership		

20	système			
21	Audit système	QVT & Travail en équipe		
22	Audit système	Dynamique d'amélioration		
23	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

