



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

## **CLINIQUE DE LA CIOTAT**

Boulevard lamartine  
13600 La Ciotat



**Validé par la HAS en Avril 2025**

---

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 – Avril 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	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 2025	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 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.

# Présentation

CLINIQUE DE LA CIOTAT	
Adresse	Boulevard lamartine 13600 La Ciotat FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / 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	130000813	CLINIQUE DE LA CIOTAT	Boulevard lamartine 13600 La Ciotat FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

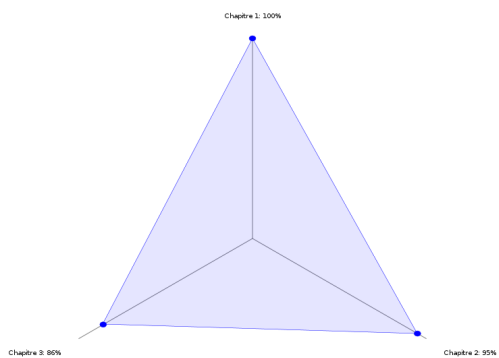
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# 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
Tout l'établissement

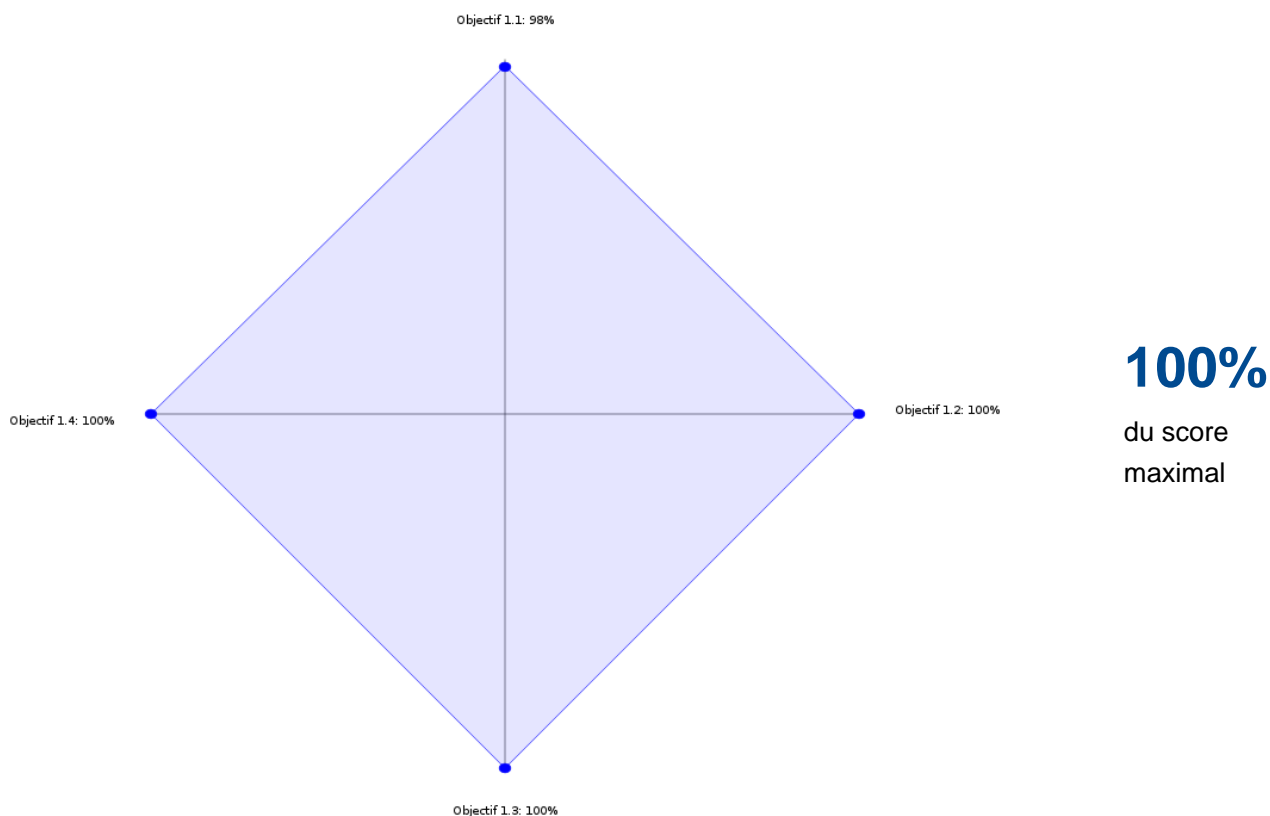
Au regard du profil de l'établissement, [108](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

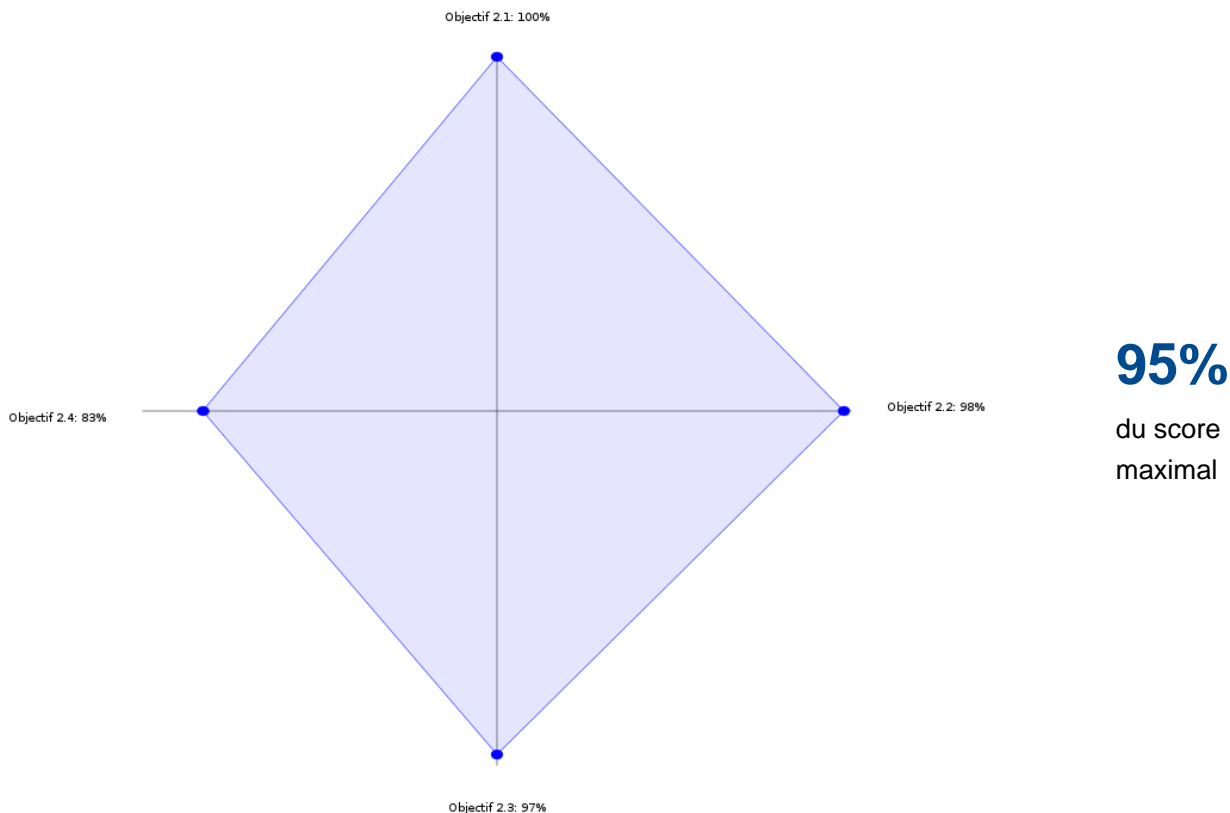


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Le patient, au sein de la clinique de La Ciotat, reçoit une information claire, de qualité, tout au long de sa prise en charge sur les diagnostics, les rendez-vous et déplacements, les moyens thérapeutiques (actions et effets indésirables), et les consignes de sortie qui concernent son séjour. Cette information est adaptée au degré de discernement du patient, en particulier pour le patient âgé. Il existe une réelle volonté des équipes soignantes de recueillir le consentement libre et éclairé du patient tout au long de son séjour. Les enfants sont également invités à exprimer leurs avis sur le projet de soins. L'information des bénéfices – risques avant l'administration des produits sanguins labiles ou des antibiotiques est assurée, de même que lors de l'implantation de dispositifs médicaux. Les désignations des personnes de confiance et à prévenir sont effectives. Le patient dispose, au travers d'un passeport ambulatoire, de l'ensemble des informations nécessaires pour sa prise en charge. Il existe des contacts automatisés par SMS et message internet (en particulier par messagerie citoyenne) en

hospitalisation ambulatoire comme conventionnel (à J-3, J-1, JO et J+1). Il existe une analyse des réponses des patients (tracées dans le dossier patient informatisé) avec appel en cas de non réponse ou de problématique. Il existe de multiples supports d'information (écran dédié dans les salles d'attentes, affichage, canal télévisé interne dédié, espace patient sur le site internet, guide du dialysé, ...) afin que le patient devienne un acteur de sa prise en charge et plus largement de sa santé. Il est remis au patient, lors de son admission, en plus d'un livret d'information patient adapté à l'hospitalisation, un livret d'entrée patient qui regroupe les informations sur la personne de confiance, son droit à rédiger des directives anticipées, les représentants des usagers, « mon espace santé », le recueil de la satisfaction patient, les règles d'identification et le consentement éclairé qui est signé après l'entretien avec le praticien. D'autres supports d'informations sont également développés dans l'établissement afin de compléter l'information donnée aux patients : écrans CAST, chaîne d'information sur la télévision, document d'information « Satisfaction patient et RU ». Malgré cela, ces informations ne sont pas toujours totalement intégrées par le patient (en particulier les messages pour réduire ses risques, pour déclarer un évènement indésirable associé aux soins ou EIAS, ou la nécessité d'utiliser une messagerie sécurité de santé pour les échanges avec les professionnels). Un questionnaire de satisfaction spécifique à la clinique, en plus de l'e satis, est proposé au patient. Une analyse en est réalisée. La prise en charge du patient, y compris âgé ou avec handicap, respecte son intimité et sa dignité au sein de locaux adaptés, de bonne tenue tout en respectant la confidentialité et le secret professionnel. Le maintien de l'autonomie fait également partie du projet de soins. Le patient bénéficie d'une prise en charge de la douleur efficiente (évaluation et traitement). L'environnement et la prise en charge du patient mineur sont réfléchis, adaptés et sécurisés. La formation continue des personnels concernés par la prise en charge pédiatrique est assurée. Des associations participent à la prise en charge grâce à des dons de matériels spécifiques et originaux. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte avant l'entrée pour anticiper l'organisation de la sortie et pour adapter les soins à la sortie aux souhaits du patient. Les proches et aidants sont associés, en accord avec le patient, au projet de soins. Ils sont présents à toutes les étapes, en particulier dans les situations complexes.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

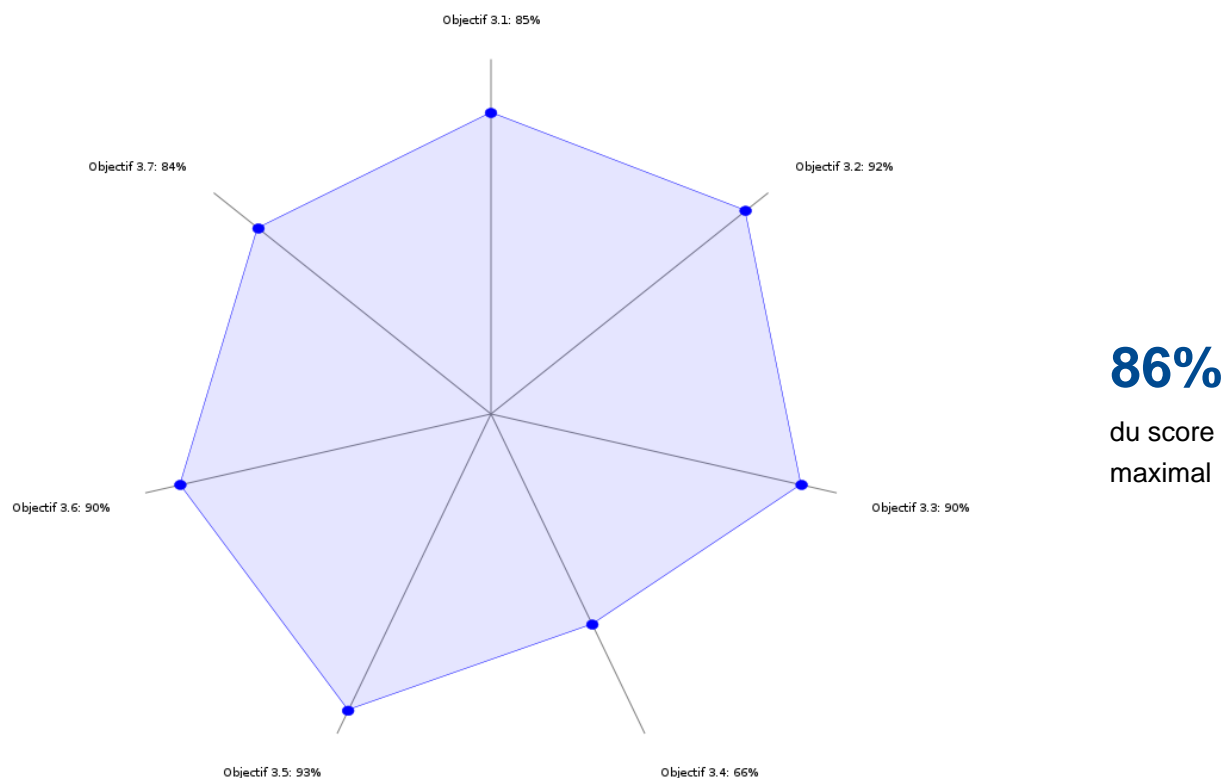


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	83%

La pertinence des prises en charge est argumentée au sein des équipes. En particulier la pertinence de l'antibiothérapie est tracée (prescription, antibioguide, avis expert, justification, ré évaluation et prescription prolongée). La sécurité transfusionnelle est assurée (convention avec le CH de La Ciotat pour l'urgence vitale immédiate et livraison directe de l'EFS), l'hémovigilance est également assurée de même que le suivi de la pertinence de la prescription des produits sanguins labiles. Il en est de même, enfin, pour l'antibioprophylaxie, le protocole et la prescription sont présents, la pertinence et la qualité sont évaluées. Il existe une coordination des équipes de la clinique et avec celles des autres établissements du groupe dans le projet de soins. Un réseau d'experts interne ou externe est formalisé, auquel les équipes peuvent faire appel. Enfin des médecins généralistes d'un centre de santé libéral sur site peuvent donner des avis dans le service de chirurgie. Le risque de dépendance iatrogène est analysé et prévenu. La prescription d'une l'HAD est réfléchi. La démarche palliative

est organisée grâce aux experts externes. Il existe des soins de support opérationnels (kinésithérapie, assistante sociale, psychologue). La lettre de liaison n'est pas toujours fournie au patient lors de sa sortie. Elle est envoyée et au médecin traitant, permettant la continuité des soins. Sa qualité est suivie, cependant le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement retrouvé dans tous les services ou expliqué à tous les patients vulnérables. Il existe un document de liaison infirmier pour la continuité des soins para médicaux. Pour les enfants, le carnet de santé est mis à jour. L'autorisation et l'organisation de la sortie en chirurgie ambulatoire est validée. Les équipes ont accès et utilisent au quotidien un système d'information optimisé, ergonomique. Le Dossier Patient Informatisé est accessible à tous les soignants, simultanément, pour les différents éléments du soin, les comptes rendus et les résultats d'examens complémentaires (y compris tous les soins de support). Un logiciel métier est utilisé en Unité de Dialyse Médicalisée (interconnecté au DPI) La prise en charge de la douleur est efficace (évaluation, prescription, si besoin). Les bonnes pratiques d'identification sont appliquées (INS, bracelet, photo du visage à l'admission dans le DPI) Au bloc opératoire, l'activité est très essentiellement programmée et l'organisation structurée. De nombreux indicateurs de l'activité sont suivis comme les re programmations. Il existe une Cellule de Régulation de l'Activité au Bloc et un conseil de bloc. La check-list de bloc opératoire est mise en œuvre, manuscrite. Il existe une analyse quantitative du taux de remplissage et qualitative des modalités de réalisation, de suivi des No Go et de leurs causes. Il existe, dans le Dossier Patient Informatisé, des fiches de liaison entre les services avec de plus appel systématique lors de sortie de SSPI. Si les locaux et le matériel du bloc opératoire appartiennent au GCS public -privé créé avec le CH, l'organisation de son activité est propre à la clinique. Au bloc opératoire, les dosimètres et les moyens de protection sont disponibles. Les formations à la radioprotection sont réalisées. Pour les praticiens libéraux, il n'existe pas de trace de la formation continue à la radioprotection malgré les relances de la CME. Le circuit du médicament et des DMI (continuité de disponibilité, prescription, dispensation, transport, stockage, administration, information du patient et traçabilité) est maîtrisé, y compris pour les médicaments à risque (avec par exemple impression automatique d'étiquettes pour les produits injectables à partir du DSI ou identification des médicaments à risque jusqu'à l'administration). Au sujet du risque infectieux, les équipes maîtrisent les pratiques concernant les précautions adéquates, les dispositifs invasifs, et les pratiques au bloc opératoire. Concernant les bonnes pratiques d'hygiène des mains, la solution hydro alcoolique n'est pas toujours privilégiée, par exemple lors de l'administration de produits de santé. Le secteur endoscopique maîtrise également les risques infectieux. Il existe des protocoles et des évaluations. Le circuit des déchets est conforme. Le transport intra hospitalier est optimisé (délai, sécurité, confort). Il existe des analyses de la qualité de fonctionnement avec le laboratoire d'analyses médicales et le service de radiologie du CH. Les équipes améliorent leurs pratiques grâce à la déclaration et à l'analyse des événements indésirables associés aux soins. L'expérience patient est analysée au travers de questionnaire de satisfaction, de PREM's et de PROM's sur des patients ciblés (prothèses en orthopédie, dialyse). Il n'existe pas de patient expert ou d'autre mobilisation de l'expertise patient. Les RU sont impliqués dans l'analyse. Il existe une analyse des IQSS avec actions d'améliorations par service. Pourtant chez les professionnels, le lien entre ces indicateurs et ces actions ne sont pas toujours compris. Il n'est pas réalisé d'analyse des résultats cliniques, à partir d'un échantillon de patient (évaluation des pratiques professionnelles).

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	85%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	90%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	66%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	90%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	84%

La clinique de la Ciotat coordonne les parcours grâce, à la fois, à son intégration à son territoire : membre du CPTS « vignes et calanque » en lien avec les professionnels de premier recours ou le médico-social, avec le CH par le GCS, la coopération pour les avis spécialisés, les admissions aux urgences – USC ou l'HAD, et avec d'autres ES comme la clinique Bouchard comme centre lourd de repli de dialyse, grâce également à son intégration dans une dynamique de complémentarité réciproque au sein des établissements du groupe des

Etablissements Sainte Marguerite (ESM). La recherche clinique n'est qu'en cours de structuration avec l'aide du groupe ESM. L'établissement promeut la bienveillance et la lutte contre la maltraitance est institutionnalisée (diffusion des recommandations, affichage du numéro national, recensement, e-learning). Malgré cela, tous les professionnels ne connaissent pas tous les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance Pour les personnes vulnérables, le recours possible existe à une assistante sociale et à des référents interprètes dont le langage des signes. L'établissement assure l'accessibilité et l'information (écrans inclusifs) aux personnes vivant avec un handicap. Les représentants de usagers sont impliqués par l'établissement (commission des usagers, récent projet des usagers, partage des indicateurs, analyse des événements indésirables, actions de sensibilisation, participation au comité d'éthique) mais encore de manière incomplète (pas de démarche d'expertise patient, pas d'implication dans la politique d'accueil, pas d'implication dans d'autres instances). L'établissement soutient une culture de sécurité des soins et analyse un ensemble d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour élaborer avec les équipes un programme d'actions qui est suivi. Il n'a pas été réalisé de réelle enquête globale de la culture sécurité des professionnels, dont certains ne se sont pas approprié le plan d'action. Les compétences sont évaluées (entretien annuel des professionnels et bilan de compétences) avec un plan de formation est élaboré annuellement. Ce plan de formation contient des qualifications dans certains postes de coordination, qui sont encore en cours. Il existe une plateforme d'e-learning. L'établissement n'est pas engagé dans des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe même si au quotidien le travail en équipe est dans la culture de l'établissement. Il existe un dispositif de gestion interne des conflits, mais les dispositifs externes de résolution ne sont pas connus de certains professionnels. La gouvernance assure une adéquation des ressources à l'activité (avec développement d'une application spécifique) La démarche éthique est structurée au sein de l'établissement avec un questionnement au sein des équipes et un comité d'éthique fonctionnel. Il existe une politique formalisée Qualité de Vie et des Conditions de Travail, à partir d'une enquête de satisfaction et des entretiens annuels périodiques. Il existe une cartographie des risques à priori et à posteriori. Un plan blanc adapté est en place (établissement de 2 ou 3 ème ligne pour le plan ORSAN 13) avec cellule de crise, surveillance des matériels disponibles, procédure d'isolement d'un patient. Un exercice de déclenchement de la cellule de crise, annuel, est réalisé. Le plan de sécurisation de l'établissement est structuré. Il correspond aux attentes des professionnels. La politique de développement durable est présente (diagnostic, suivi journalier des consommations d'H2O, guide des pratiques pour les professionnels, achats éco-responsables, politique zéro papier, tri sélectif et gestion des déchets) mais il n'existe pas, pour l'instant, de référent. La prise en charge des urgences vitales intra hospitalière est sécurisée (numéro unique, chariot d'urgence, procédure). L'ES n'a pas réalisé d'évaluation du dispositif. Les formations AFGSU sont suivies. Des exercices de simulation à l'urgence vitale ont été réalisés, néanmoins ils n'ont pas été réalisés pour les urgences vitales pédiatriques. Une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est présente au sein de l'établissement (indicateurs diffusés, analyse collective des EIG, CREX et RMM). Les patients ne participent pas à des démarches collectives d'amélioration des pratiques, au delà des patients traceurs réalisés lors de la préparation de la visite. Et les recommandations de la CDU ne sont pas connues des professionnels. Comme pour certains le lien entre les actions et indicateurs qualité. Il existe une dynamique des médecins accrédités à titre personnel. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :? Mettre en place des analyses des résultats cliniques Impliquer les professionnels dans la démarche qualité Mettre en place des évaluations du dispositif urgences vitales

# 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	130000813	CLINIQUE DE LA CIOTAT	Boulevard lamartine 13600 La Ciotat FRANCE
Établissement principal	130781867	CLINIQUE DE LA CIOTAT	Boulevard lamartine 13600 La Ciotat FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	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	37
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	27
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	4,486
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0

Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	10
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	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		antibioprophylaxie et per op
2	Audit système	Représentants des usagers		
3	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI selon liste transmise par l'établissement
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
5	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
6	Audit système	Coordination territoriale		
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		psc
9	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
11	Audit système	Leadership		
12	Audit système	QVT & Travail en équipe		
13	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
14	Audit système	Risques numériques – Professionnels		

15	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Audit système	Maitrise des risques		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Audit système	Dynamique d'amélioration		
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
24	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

25	Audit système	Engagement patient		
26	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Audit système	Risques numériques – Gouvernance		
30	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

---

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

---

