

---

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

**INSTITUT ARTHUR  
VERNES**

36 rue d'assas  
75006 Paris



---

Validé par la HAS en Novembre 2025

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

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	24
Annexe 3. Programme de visite	28

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ... et sur des méthodes

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

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

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

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

### Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

### Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

## référence pour l'élaboration du rapport de certification

# Décision

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

# Présentation

INSTITUT ARTHUR VERNES	
Adresse	36 rue d'assas 75006 Paris FRANCE
Département / Région	Paris / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but non 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	750813305	FONDATION INSTITUT ARTHUR VERNES	36 rue d'assas 75006 Paris 06eme FRANCE

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

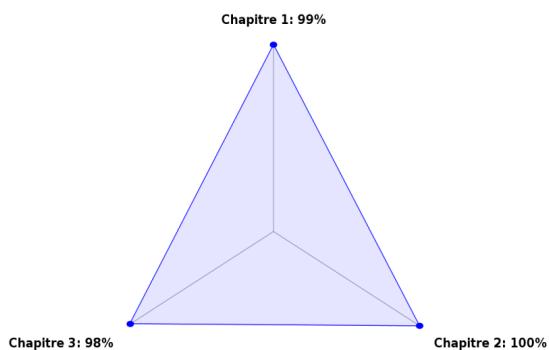
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# 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

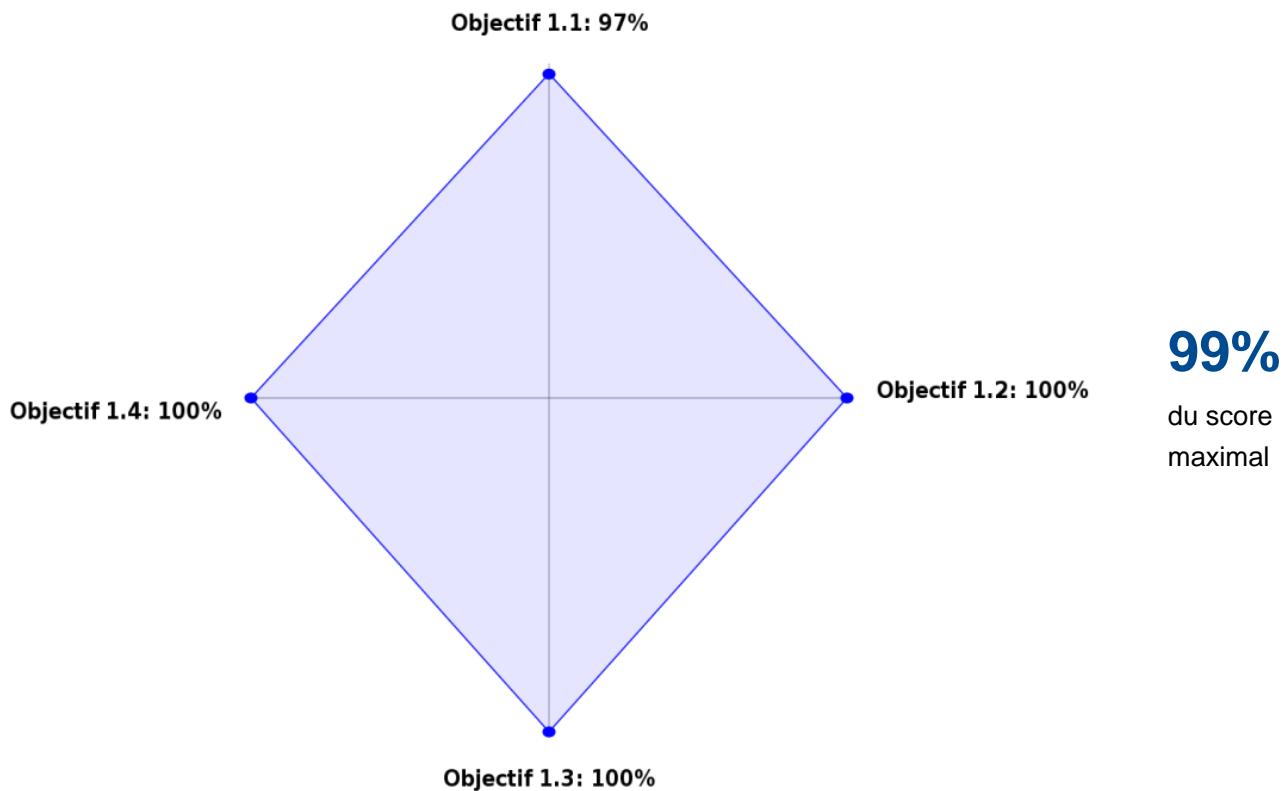
Au regard du profil de l'établissement, 108 critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

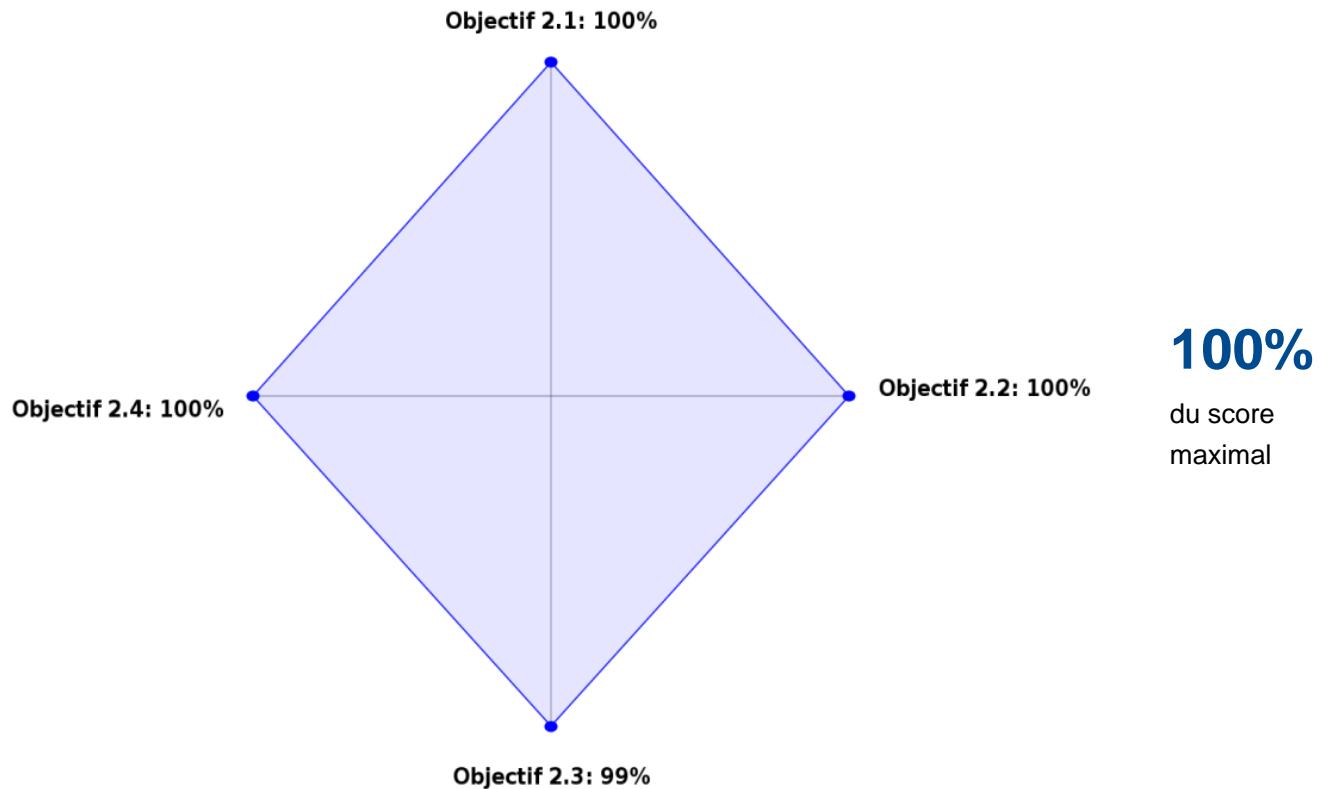


Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1,2	Le patient est respecté.	100%
1,3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1,4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'institut Arthur Vernes est une Fondation reconnue d'utilité publique à but non lucratif située à Paris. Elle est composée d'un Pôle chirurgical spécialisé tête et cou, d'un centre de santé polyvalent accueillant des consultations et d'un centre d'imagerie complet. La synergie de ces trois entités est un atout à l'intérieur du territoire de santé. Le Pôle chirurgical, concerné par la certification HAS, joue un rôle moteur dans l'offre de soins territoriale pour la prise en charge des pathologies ORL et ophtalmologiques, voire plus marginalement pour une activité de chirurgie dermatologique. Elle constitue un pôle d'attraction pour les patients parisiens mais aussi pour ceux du bassin sud-ouest parisien. Le Pôle chirurgical réalise la totalité de son activité en chirurgie pouvant accueillir des adultes et des enfants. Le projet d'établissement 2025-2027 s'inscrit dans les orientations du Projet Régional de Santé arrêté par l'Agence Régionale d'Île de France. Objectif 1 : Le patient est informé et son implication est recherchée Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses

modalités. Le bénéfice/risque est retrouvé dans le dossier médical informatisé. Le projet de soins est élaboré et validé avec le patient ou les parents de l'enfant. Les préférences des enfants sont recherchées et prises en compte autant que possible. Les documents remis au patient de façon systématique comportent le livret d'accueil, les formulaires de consentement, les documents d'information sur le geste chirurgical ou anesthésique, les consentements aux soins, la désignation des personnes à prévenir et de confiance ainsi que le recueil des directives anticipées. Ces documents sont ensuite versés au dossier médical informatisé. Ce dossier est adapté au parcours de soins (hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire), et également à l'âge du patient (adulte ou mineur). Le Représentant des Usagers et ses missions sont connus partiellement par les patients rencontrés même si des informations sont disponibles à cet effet. Les différentes chartes sont affichées dans tous les lieux d'accueil des patients. Les messages de santé publique (vaccination, maltraitance) et de prévention primaires (tabac, alcool, activité physique, nutrition, hygiène ...) sont présents dans tous les lieux de consultation ou d'attente. Les différents flyers sur la nutrition remportent un vif succès. Le DMP est systématiquement renseigné et les messages de promotion de mon espace santé sont retrouvés sur les supports vidéo ou papier. Les patients rencontrés connaissent ce dispositif. La sortie du patient est anticipée, les ordonnances sont remises en amont. Les consignes de suivi sont expliquées et les consultations postopératoires sont fixées dès la sortie du patient. L'ensemble des patients rencontrés connaissent la possibilité de donner leur avis sur leur prise en charge que ce soit en termes de satisfaction, expérience, réclamation. Les données sont exploitées et un plan d'action est rédigé. La planification de sa mise en œuvre et de son efficacité est suivie. Certains patients rencontrés ne connaissent pas les modalités pour déclarer tout événement indésirable associé à ses soins (EIAS) malgré l'information disponible. Objectif 2 : Le patient est respecté L'accueil en consultation est organisé afin de créer du lien et faciliter les démarches des usagers. Les parents, enfants et patients adultes sont pris en charge administrativement par une équipe depuis la première consultation jusqu'à la sortie (numéro d'appel centralisé avec pré tri au standard, qualification de l'identité, entrée en hospitalisation, formalités de sortie, rendez-vous post chirurgie). Ce secrétariat médical joue également un rôle de pivot dans la gestion des messageries sécurisées et des rendez-vous sur agenda Doctolib pour l'envoi de message de rappel. Des évolutions sont encore prévues pour poursuivre l'optimisation et faciliter le flux numérique des documents. Malgré des locaux exigus, le patient est respecté dans sa dignité et son intimité. La confidentialité des informations est garantie. Le personnel est impliqué dans ces démarches et adapte leur pratique. Un circuit pour la prise en charge des enfants a été défini notamment par la création de plages opératoires ambulatoires distinctes de celles de l'adulte. Cette réorganisation permet aux enfants d'être accueillis dans une SSPI dédiée. La présence des parents est assurée jusqu'à l'entrée du bloc. Les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants. Concernant la douleur, la traçabilité et la réévaluation après administration d'analgésiques sont retrouvées dans les dossiers. Des protocoles de prise en charge de la douleur sont formalisés, intégrés au DPI et connus des professionnels. Tous les antalgiques prescrits en « si besoin » sont encadrés par un score de douleur (échelle numérique, EVA ou autre échelle adaptée au profil du patient). Une EPP sur la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant a été réalisée en 2024 et a confirmé la parfaite complétude de la traçabilité. Objectifs 3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient Les proches et les aidants sont impliqués dans le projet de soins. Les conditions de vie sociale sont prises en compte. Au moins un des parents de l'enfant hospitalisé est systématiquement présent auprès de l'enfant. En cas de nécessité, la présence des proches est facilitée, voire élargie. Objectif 4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge Les conditions de vie habituelle sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie. Si nécessaire, des prestataires sont sollicités pour poursuivre la prise en charge au domicile. Dans le cas de patient mineur atteint d'un handicap, un circuit permettant sa prise en charge rapide et l'entrée d'un des proches dans la zone opératoire est organisée.

# 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	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

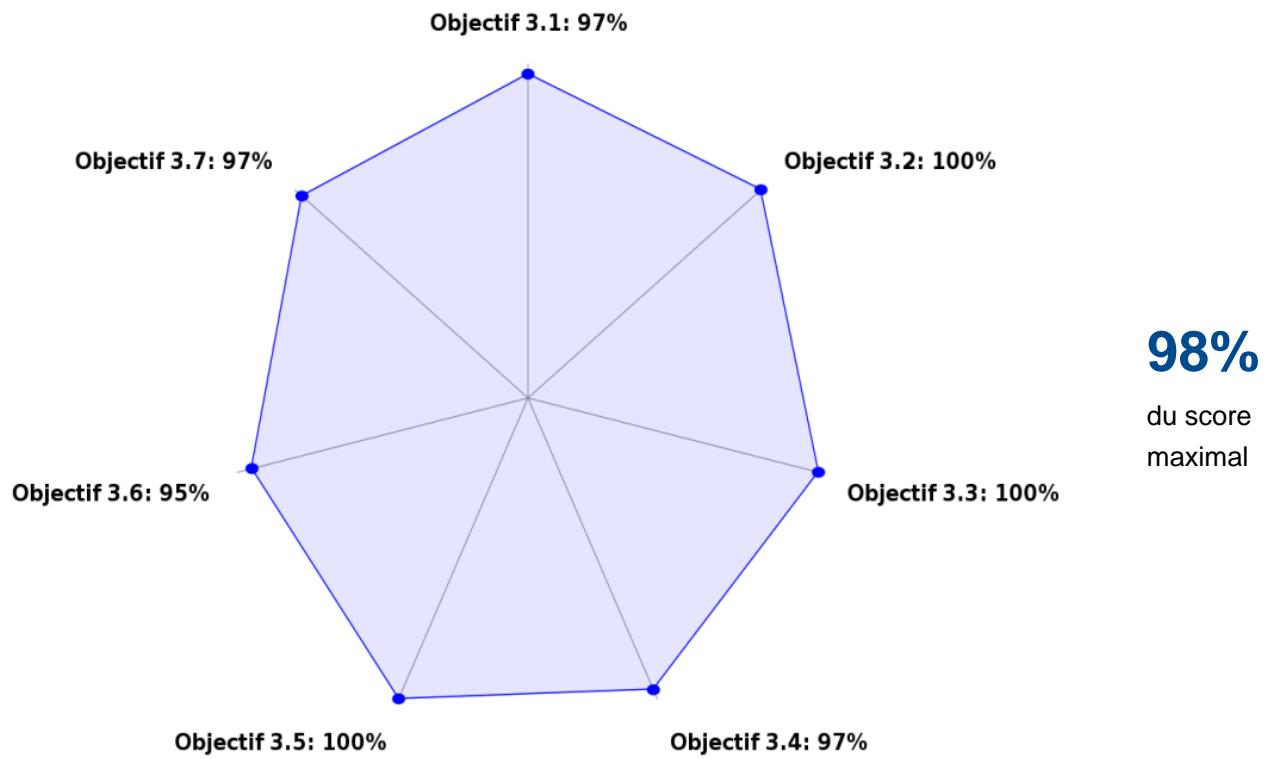
Objectif 1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe. La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe. Les prises en charge standards ou complexes sont formalisées et intègrent les recommandations de bonnes pratiques. La pratique de la contention est rarissime. Cependant, il existe une procédure de contention en cas de nécessité. Tous les professionnels interrogés connaissent les bonnes pratiques. La typologie des patients accueillis au sein de l'établissement explique le faible recours à l'antibiothérapie. Cependant, les bonnes pratiques et les recommandations sont connues par les praticiens (justification, réévaluation). Un référent médical infectiologue est identifié et disponible. Objectif 2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Le logiciel utilisé par l'établissement pour le dossier patient permet la dématérialisation complète du dossier médical partagé. L'accès simultané et le

partage en temps réel de l'ensemble des informations nécessaires à la prise en charge du patient sont garantis de la consultation des praticiens jusqu'à la sortie de l'établissement que ce soit en ORL ou en ophtalmologie. Le projet de soins est élaboré collectivement de manière pluridisciplinaire. Il est validé par le patient, voire avec les parents de l'enfant pris en charge, et réajusté en fonction des évaluations réalisées au fil de la prise en soins. L'établissement a mis en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux avec une cible sur les patients en hospitalisation complète, âgés de plus de 60 ans et ayant plus de 5 médicaments prescrits. Cette cible est atteinte à 100 % (soit 4 à 5 patients par mois). La pharmacienne développe et réalise la conciliation sur d'autres patients. La check-List est complétée à toutes les étapes. Elle est adaptée pour la prise en charge pédiatrique, pour la chirurgie ORL (rhinosinusienne score CLOSE) et celle de la cataracte (implant). Le taux de déprogrammation est suivi ainsi que le taux d'évitabilité. L'analyse des cas évitables permet la mise en place des mesures correctives. L'activité pédiatrique est importante. Les recommandations de prise en charge pédiatrique en anesthésie sont respectées. Le personnel est formé, il est présent lors de l'anesthésie. Seuls les enfants de plus de 12 Kg sont pris en charge. Une coopération avec la clinique Marcel Sembat a été validée pour la prise en charge chirurgicale des enfants de moins de 12 Kg. La lettre de liaison est remise au patient à la sortie et permet la continuité de son parcours. Elle est intégrée au DMP. Le taux d'ouverture du DMP pour les enfants est de 86%. Le carnet de santé est systématiquement demandé et rempli. Les éléments de prévention sur la vaccination sont contrôlés lors des consultations médicales. Des conseils ad-hoc peuvent être prodigués en ce sens. Objectif 3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les lieux où s'effectue l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans la qualification de l'identification, sont connus. Les patients pris en charge portent tous un bracelet d'identification. La carte d'identité ou le passeport (ou pièce d'identité des deux parents pour les enfants) sont scannés dans le dossier informatisé. Pour les enfants, l'autorisation des deux parents est systématiquement recherchée ou à défaut le jugement de divorce. Une procédure concernant la coordination des vigilances réglementaires a été formalisée et revue en mai 2025. Cette procédure prévoit entre autres l'organisation de la veille sanitaire, la gestion des alertes et l'évaluation du dispositif. L'ensemble des vigilants concernés par l'activité de l'établissement sont identifiés. Une affiche avec tous les contacts a été élaborée et est disponible dans les services. Toutes les prescriptions sont informatisées et sécurisées. La pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique et suit le taux de complétude qui atteint 88% au premier trimestre 2025. La dispensation des médicaments est globalisée. Le médicament est identifiable jusqu'à l'administration. Un logiciel est en cours de déploiement pour le dossier pharmaceutique. La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement vérifiée avant l'administration. L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier. Chez l'enfant, on retrouve systématiquement la dose/kg. Les règles de stockage des médicaments à risque sont respectées. Les médicaments à risque sont identifiés par un étiquetage spécifique dans toutes les zones de stockage y compris en PUI. Une liste globale est adaptée pour l'ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle. Les personnels concernés par leur utilisation ont été sensibilisés aux risques spécifiques. Une formation « Médicaments à risques : comment les gérer/focus sur les never events » est d'ores et déjà prévue au plan de formation pour Juillet 2025 pour renforcer à nouveau les connaissances des professionnels. Les zones de stockage et les chariots de distribution sont tous sécurisés par une serrure à clé. Les habilitations nominatives pour accéder à la clef qui ouvre la dotation aux médicaments pour besoins urgents sont formalisées et validées par la pharmacienne. Cet espace restreint et hors pharmacie est également sécurisé. Les péremptions sont vérifiées mensuellement. Les conditions de transport pour les médicaments dont les thermosensibles sont adaptées et sécurisées. Les températures des frigos sont vérifiées. Une procédure existe en cas d'alarme. Le COMEDIMS est en place, les ordres du jour et les comptes rendus sont disponibles. Concernant la gestion de la transfusion des PSL, l'hémovigilant de l'établissement est identifié et connu des professionnels. Il n'existe pas de DUV. La dernière transfusion effectuée dans l'établissement date de 2021. En conséquence, le taux de destruction est à 0% pour les trois dernières années. De fait, l'analyse de pertinence des actes transfusionnels ne peut pas être réalisée. Cependant, en cas de nécessité, l'ensemble des documents nécessaires à l'information du patient, à la commande des PSL, à la surveillance, à la traçabilité, à la détection des complications ..., ainsi que le dossier transfusionnel sont mobilisables. Des formations annuelles rappelant la procédure sont délivrées. Un établissement partenaire est identifié. Des solutions hydroalcooliques sont

disponibles dans toutes les pièces et sur les chariots. Les prérequis à l'hygiène des mains et la technique sont respectés par l'ensemble des professionnels rencontrés. Un audit a été réalisé par l'EOH en janvier 2025 et le quiz à destination des professionnels du CPIAS a été proposé lors de la journée Hygiène des mains. Des actions de sensibilisation ont été réalisées à la suite. Les nouveaux arrivants médicaux participent à un atelier de pratique animé par les chirurgiens titulaires. L'environnement du patient est propre, la mise en application des précautions standards et complémentaires est conforme aux attendus. Des containers pour objets piquants, coupants tranchants sont disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée. Le circuit des déchets à risques infectieux (DASRI) respecte les règles de tri et d'hygiène. Un audit a été réalisé en septembre 2024 avec le prestataire de la collecte pour optimiser le processus de tri et de stockage. Des actions généralistes ont été mises en place ainsi que, plus spécifiquement, en hospitalisation, au bloc, en SSPI et au local central. Le suivi du plan d'actions a été réalisé lors du CLIN d'avril 2025. La traçabilité de désinfection du naso-fibroscopie d'ORL est conforme. Des analyses régulières de bactériologie sont effectuées. Au bloc, les feuilles d'écologie sont en place. En ce qui concerne les DM à usage unique, l'équipe dispose de procédures de gestion des cathéters périphériques (VVP). L'établissement a réalisé un audit sur le respect des bonnes pratiques de pose. La date de pose est tracée dans le dossier. En janvier 2025, un audit de préparation cutanée de l'opéré a également été réalisé et à conduit à la mise en place d'actions dont l'évaluation de l'efficacité a été planifiée. Une EPP concernant l'antibioprophylaxie a été réalisée sur la période 2024-2025. Elle a permis d'évaluer l'antibiothérapie utilisée et l'adéquation aux recommandations en cours. A la suite, les protocoles ont été actualisés et sont disponibles pour les professionnels. La prescription d'antibioprophylaxie est anticipée lors de la consultation d'anesthésie et sa réalisation est tracée dans le DPI. Une nouvelle étude rétrospective a été menée. Des actions de sensibilisation à l'importance de la vaccination sont régulièrement menées, tant auprès des professionnels que des patients. Le taux de personnel vacciné contre la grippe est à 51% pour 2024. Les freins à la vaccination sont recherchés et analysés. Un questionnaire a été établi en ce sens pour mieux les appréhender. Les résultats ont permis au CLIN d'élaborer des supports d'information pour promouvoir la vaccination. Les patients se rendent debout au bloc opératoire accompagnés par un brancardier de parcours. Dans le cas de la pédiatrie, les parents accompagnent l'enfant jusqu'au SAS d'accueil. Le retour en service se fait avec l'équipe dédiée. Les délais de transport intra hospitalier sont adaptés au besoin de l'activité. La sortie d'ambulatoire est validée par le médecin et l'IDE. Il existe une check liste de sortie adaptée au type de chirurgie. Les professionnels utilisent systématiquement le score de Chung. Objectif 4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Les équipes réalisent des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles à partir d'un échantillon de patients permettant l'amélioration continue des pratiques : EPP douleur, EPP Check List, antisepsie de l'opéré, retrait du redon, pose de VVP, hygiène des mains. Ces EPP ont toutes permis de mettre en place des actions d'amélioration. L'établissement recueille l'expression des patients concernant leur degré de satisfaction et leur expérience (promotion et suivi e-Satis, outil interne « Merci Docteur »). Des actions d'amélioration sont mises en œuvre (poste de surveillance supplémentaire en ambulatoire, installation de paravent fixe entre les fauteuils et paravent mobile supplémentaire si nécessaire, refonte de la signalétique, meilleur échelonnement des sorties). Les plaintes et réclamations sont analysées, traitées et diffusées aux équipes. Des actions sont mises en place telle que le réajustement des collations en ambulatoire et proposition d'une collation sucrée ou salée. Les indicateurs nationaux concernant la qualité et la sécurité des soins sont suivis et diffusés régulièrement aux équipes via des affiches de communication. Des actions ont été mises en place. 111 événements indésirables sont répertoriés dans la base pour 2024 dont 14 événements porteurs de risques et 3 événements indésirables graves. Le COPIL se réunit pour analyser ces événements déclarés et requalifie si besoin leur criticité. Les événements indésirables graves donnent lieu à un retour d'expérience en RMM ou en RETEX. Ils sont déclarés le cas échéant à l'ARS. Les motifs de conversion d'hospitalisation versus ambulatoire sont analysés. La méthode ALARM est utilisée lors des comités pour la recherche des causes profondes. Les analyses donnent lieu à des actions intégrées au PAQSS. Un bilan annuel reprend en synthèse les travaux de ces analyses. Le bilan est diffusé à l'encadrement et des affiches synthétiques sont élaborées et diffusées pour garantir l'information des professionnels dans les services. Le représentant des usagers est invité aux RMM. Le patient est informé de la survenue du dommage imputables à une activité de

soins qui le concerne. L'information est tracée dans le dossier médical. Il est invité à exprimer son ressenti. L'analyse systémique prend en compte le vécu du patient. Au bloc opératoire, des audits de complétude de la Check List existent. Onze No-Go ont été enregistrés et leurs conséquences ont été analysés en COPI (retard ou report de la prise en charge). Après analyse, des plans d'action sont validés et mis en place. La réalisation de la Check Liste est collégiale et maîtrisée. Les événements porteurs de risque du bloc opératoire sont également analysés. Ces événements ont également permis la mise en place d'actions (amélioration des procédures d'identitovigilance, transmission d'information au DPI systématisée. Une EPP sur le délai de transmission des comptes rendus d'anatomo-pathologie a eu lieu en 2025. Des actions immédiates ont été mises en place (priorisation des prélèvements notamment) et d'autres actions sont programmées et intégrées au PAQSS. L'établissement est satisfait de la qualité des examens d'imagerie et du délai de rendez-vous. Il n'y a pas d'actions d'amélioration nécessaires sur cette thématique.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	97%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
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	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

Objectif 1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire L'établissement est impliqué dans des coopérations de repli et de continuité des soins avec notamment la Fondation Hôpital Saint Joseph, la Fondation Rothschild et l'Hôpital Necker. L'Institut Curie est en lien avec l'Institut Arthur Verne pour les RCP communes d'ORL et de dermatologie pour les patients atteints de cancer. On note également une convention avec la clinique Marcel Sembat pour la prise en charge chirurgicale ORL des enfants de moins de

12kg. Les relations de partenariat avec le laboratoire La Scala pour les analyses de biologie médicale sont formalisées. La clinique développe ses liens avec la CPTS Paris 6 et 7. L'établissement est impliqué dans la prise en compte de projets de territoire tels que le dépistage du cancer du sein, la mobilisation des médecins libéraux lors des crises sanitaires et l'amélioration du repérage des médecins traitants pour les patients en ALD.

L'établissement est en lien avec l'école IFSI. L'association AVIAM est représentée par le représentant des usagers titulaire. L'Hôpital Cochin complète le maillage territorial avec une convention en lien avec le prêt et dépannage de médicaments en urgence ainsi que l'accès à une unité de stérilisation. Pour favoriser et optimiser l'admission directe des personnes âgées de plus de 75 ans et éviter les ruptures dans les prises en charge lors de soins critiques, une convention a été formalisée et mise en place avec la Fondation Hôpital Saint Joseph.

L'établissement est en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'Institut Curie. Il existe également des liens avec la HAD Studio Santé. Le ROR est actualisé annuellement. Les situations de tensions saisonnières sont connues notamment en période hivernale de la grippe chez les enfants pouvant entraîner une diminution et une réorganisation du programme opératoire. Le site internet et le livret d'accueil favorisent l'accès aux soins en diffusant les modalités de contact de l'établissement et de ses services. Un numéro unique permet de joindre le pôle chirurgical avec une redirection en fonction du correspondant recherché. Des écrans dynamiques de communication sont installés dans les espaces attente des patients. Les sujets tels que l'accompagnant en ambulatoire, le représentant des usagers, les directives anticipées, mon espace santé, le carnet de santé numérique, le don de sang et d'organes, la santé mentale participent à l'information des patients. De nombreux contenus vidéo sont disponibles. L'établissement promeut la recherche clinique et encourage les professionnels à y participer. Le développement de l'enseignement et de la recherche est un des axes prioritaires du projet stratégique. Les équipes médicales réalisent des études prospectives multicentriques essentiellement dans les services d'ORL (Projet « Biopose » pour comparer l'efficacité des différentes biothérapies). Les médecins qui participent à ces études sont rattachés à l'unité de recherche clinique du groupe hospitalier Saint-Joseph. Une convention de partenariat a été créée avec cette URC. Un comité d'éthique existe à l'Institut Arthur Vernes et valide chacune des études observationnelles réalisées par les équipes. D'autres domaines spécifiques telle que l'intelligence artificielle appliquée aux rhino sinusites chroniques diffuses comparent les performances entre Chat GPT4 et la stratégie diagnostique et thérapeutique des médecins ORL. Un MOOC en chirurgie fonctionnelle rhino-sinusienne est en cours de finalisation. A partir des travaux réalisés par ces équipes, des publications ont été faites dans des revues scientifiques internationales. Six publications ont été enregistrées pour 2023. Des patients sont inclus dans l'étude "Biothérapies dans la Polypose nasale sévère" dont l'Institut est investigateur et dans l'étude clinique Nefapa (Nerf facial dans le bilan préopératoire des tumeurs de parotide). Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie sont suivis. Lors du dernier recueil national, sur les données 2023, la qualité de la lettre de liaison a été évaluée à 94% en hospitalisation complète et 96% chirurgie ambulatoire. Des actions ont été validées telle que l'envoi du courrier par messagerie sécurisée au médecin traitant. Objectif 2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement La CDU est opérationnelle. Le Président de la CME est Président de la CDU. A ce jour, un représentant des usagers titulaire est présent dans l'établissement. La désignation des postes vacants par l'ARS est en cours. Quatre réunions en 2024 ont eu lieu. Le RU participe à d'autres instances telles que le CLIN, le comité d'éthique et le COPIL qualité. Le projet des usagers est formalisé pour 2023-2027 en concertation avec le RU et la commission des usagers. Ce projet s'inscrit dans le projet d'établissement et comporte 4 axes priorisés. Les actions en lien avec la CDU et les droits des patients sont intégrés au programme qualité et sécurité des soins. Le RU témoigne d'une mobilisation dans la dynamique d'amélioration pour le patient et participe ainsi à la qualité de l'accueil et au confort du patient. Les actions du RU et ses recommandations sont connues de la majorité des professionnels rencontrés. L'établissement promeut l'expression du patient au travers de l'enquête e-Satis, ainsi que différents questionnaires en lien avec la prise en charge du patient hospitalisé moins de 48h ou à destination des patients n'ayant pas de messagerie. Une enquête « Merci Docteur » recense des commentaires et permet ainsi de recueillir également le vécu du patient. Les questionnaires sont validés en CDU et les résultats y sont présentés. Une enquête PROMS évalue les résultats des soins reçus, perçus par les patients en chirurgie ophtalmologique, notamment pour la cataracte, le glaucome et la rétine. Un autre questionnaire PROMS, dans le cadre de la rhino-sinusite chronique, mesure l'impact des

traitements sur la qualité de vie des patients. Des actions d'expertise des patients sont en place. Un parcours diagnostique et thérapeutique pour l'anosmie, réalisé avec un groupe de patients experts, a permis de mettre en évidence des problématiques en lien avec la malnutrition et mettre en place des temps d'échange prévoyant une explication du fonctionnement du système olfactif pour améliorer la compréhension des patients. Des supports ont été élaborés par des patients pour favoriser l'implication des patients lors de l'entretien sur la prise de décision partagée dans le traitement de la polyposie naso-sinusienne. A noter que le patient est sollicité pour participer à la RMM dont l'évènement indésirable le concerne. L'éducation thérapeutique est déployée notamment en hôpital de jour où le patient apprend à réaliser son injection de biothérapie et favoriser son autonomie à domicile. Le bénéfice de l'intégration des patients en tant que partenaires est tangible sans toutefois que l'impact en soit mesuré à ce jour. L'institut assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels. Il existe notamment le livret de l'anesthésiste, le livret d'accueil du nouveau soignant et une réunion de présentation de l'établissement pour les nouveaux internes. Le bilan des plaintes et des réclamations a été présenté le 13 mai 2025 en CME ainsi qu'en Conseil d'Administration et en CDU. La bientraitance et la lutte contre la maltraitance constituent un axe majeur des valeurs de l'établissement, inscrits dans la politique qualité. Une charte permet de sensibiliser les professionnels sur dix points de bientraitance qui sont revus lors du recrutement du professionnel. Un référent bientraitance a été nommé, ainsi qu'un pour la maltraitance adulte et un pour les mineurs. Les risques impactant la bientraitance sont connus. Des communications et des rappels sont faits en réunions de service. Il existe une procédure pour prévenir, détecter, prendre en charge et signaler un acte de maltraitance institutionnel, ainsi qu'une procédure pour les situations préoccupantes ou acte de maltraitance externe. Ces documents sont complétés par des fiches réflexes à l'attention des professionnels. Ce dispositif est renforcé pour le repérage et la prise en charge des enfants maltraités. Les missions du CRIP 75 sont rappelées aux professionnels. Le recensement des cas de maltraitance est en place dans le PMSI. A ce jour, un cas a été enregistré depuis janvier 2025. L'institut a réalisé en décembre 2024 un diagnostic complet sur l'accessibilité pour tous. Le rapport a donné lieu à un plan d'actions à court, moyen et long terme concernant l'accessibilité physique, sensorielle, digitale et guidage. Des dispositifs spécifiques favorisant l'accessibilité aux personnes en situation de handicap sont d'ores et déjà disponibles (modernisation des ascenseurs pour accueillir les fauteuils roulants, boucle à induction magnétique dans les services à l'accueil, réfection de l'escalier central avec prolongation des mains courantes et installation de nez de marche..). L'établissement est organisé pour permettre l'accès du patient à son dossier. Les délais de remise de dossiers sont suivis en CDU. En 2024, on enregistre 1 jour en moyenne pour la transmission des dossiers de moins de 5 ans et 9 jours pour les dossiers de plus de 5 ans.

Objectif 3 : La gouvernance fait preuve de leadership La politique qualité et gestion des risques 2025-2027 vient d'être actualisée pour tenir compte notamment des résultats de la certification HAS et garantir le suivi des actions prioritaires. Elle est validée par la directrice de l'établissement, le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et le directeur qualité. Elle a été partagée en COPIL, en CME et en CDU. Elle se décline autour de cinq axes prioritaires ciblant la culture qualité et la maîtrise des risques, la culture de l'évaluation, de la pertinence et des résultats ainsi que la QVT et le développement durable. Ces axes sont repris dans le programme qualité et gestion des risques et prennent en compte l'expérience des patients, les déclarations et l'analyse d'événements indésirables, les résultats des indicateurs. Ce programme est suivi en COPIL mensuel avec l'implication de la gouvernance qui travaille en concertation étroite avec l'encadrement pour déployer toutes les ressources nécessaires et garantir la mise à disposition des moyens. Les professionnels rencontrés peuvent citer au moins une action d'amélioration en lien avec leur service. L'établissement a réalisé une enquête nationale culture et sécurité des soins auprès des professionnels en juillet 2023. Le taux de participation est de 62%. Le rapport témoigne que les professionnels ont une perception globale de la sécurité des soins à 76% et a mis en évidence trois dimensions à améliorer. Il a été présenté en COPIL de juin 2023 et des actions ont été mises en place notamment en matière de ressources humaines, de réponse non punitive à l'erreur et de soutien au management pour la sécurité des soins. Une nouvelle enquête est prévue pour mesurer l'évolution de la perception de la sécurité des soins. La gouvernance garantit l'adéquation entre les ressources humaines et la qualité/sécurité des prises en charge. Les congés sont anticipés sachant que l'institut ferme 4 semaines en aout. Un pool de personnel vacataire fidélisé est disponible. La gestion des plannings est décentralisée pour

correspondre au plus près des besoins et adaptée au programme opératoire. Des formations sont organisées pour l'encadrement notamment des formations au management et à la gestion des conflits. L'expérience vécue des managers peut être partagée au travers de différentes réunions. Les managers peuvent bénéficier d'actions de soutien ou de coaching externe. La gestion des conflits est graduée avec une gestion par le cadre de proximité, puis recours à la Direction et/ou président de la CME si besoin. Une fiche réflexe est établie en ce sens.

Objectifs 4 et 5 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. L'équipe d'ORL de la clinique (chirurgie de la face et du cou) est accréditée depuis le 23 décembre 2022 par la HAS. L'équipe médicale pour les deux anesthésistes-réanimateurs est également accréditée depuis le 20 février 2025 par la HAS. Pour améliorer les pratiques ou les organisations, d'autres démarches collectives sont en place tels que le team building sous forme de week-end de développement professionnel continu, des réunions d'équipe assurant la coordination des différents acteurs et l'optimisation de la prise en charge des patients ou encore des soirées qualité. Une politique qualité de vie au travail a été élaborée en mai 2025 et décline de nombreuses actions concrètes mises en place et des projets en développement (valorisation de la politique de diversité et d'inclusion, possibilité de faire don de jours de congés ou de repos). Cette politique a été présentée et discutée en CSE du 6 mai 2025. Le bilan social cible des indicateurs de suivi qu'ils soient démographiques, liés au taux d'absentéisme, durée des absences, d'accident du travail, maladie professionnelle, accès à la formation ou encore en lien avec les questionnaires de satisfaction adressés aux professionnels ou le score ENPS (Employee Net Promoter Score). Les compétences sont évaluées ainsi que les projets professionnels des collaborateurs. La gouvernance encourage le dialogue social et la conciliation vie professionnelle et vie privée. Le comité social d'entreprise et la direction mènent de nombreuses actions pour améliorer la qualité de vie et des conditions de travail et le développement des compétences : aménagement d'une salle de pause pour le repas avec terrasse, locaux professionnels et achat de matériel adapté et ergonomique, aménagement d'une salle de sport, organisation d'évènements fédérateurs ou de temps festifs pour renforcer la convivialité, organisation d'ateliers de prévention en santé, formation interne et externe. Le plan de développement des compétences 2025 est établi et suivi. Un comité éthique de la Recherche et Clinique a été créé en juillet 2022 et le règlement intérieur a été adopté. Ce comité est reconnu à l'international. Un questionnaire concernant le recensement des questionnements éthiques a été administré début 2025 aux professionnels et a mis en évidence des problématiques de terrain majoritairement en lien avec l'innovation technologique, la recherche clinique et le respect des droits des patients (la contention, le refus de soins de la part d'un patient présentant des signes de démence ou l'encadrement de l'intelligence artificielle dans les situations cliniques). Ces questions ont été abordées en comité éthique et les réflexions collectives ont permis de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés notamment lors des soirées qualité ou au travers des newsletters. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés notamment lors des soirées qualité ou au travers des newsletters. A noter que le représentant des usagers assiste au comité éthique. Les professionnels peuvent être accompagnés par un médiateur en santé externe. Objectif 6 : L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Les risques en lien avec l'activité de l'établissement sont identifiés avec la méthode AMDEC : canicule/grand froid, attentat/agression, panne électrique, risque NRBC, afflux de victimes. Le PGTHSSE est formalisé et a été revu mai 2025. Il est décliné en fiches réflexes qui décrivent explicitement et de manière synthétique les actions à accomplir. La cellule de crise est opérationnelle rapidement et a été évaluée récemment. L'établissement est identifié de « troisième ligne ». L'ensemble du personnel rencontré connaît les modalités d'alerte en cas de situation exceptionnelle. Le PSE est formalisé et a été revu début mai 2025. L'ensemble des vulnérabilités internes et externes est répertorié. Les accès pour les secteurs protégés sont cartographiés et sécurisés (pharmacie, bloc opératoire). Les situations à risque pour les mineurs ont été identifiés (autorité parentale conflictuelle pour l'intervention d'un enfant). Des dispositifs adaptés sont en place. L'établissement est engagé dans une démarche de développement durable. La politique a été rédigée par le groupe développement durable en mai 2025 à partir de l'analyse des activités et des risques inhérents pour l'environnement. Un binôme professionnel est référent développement durable. Le guide du développement durable a été établi pour illustrer de gestes simples, les moyens pratiques et concrets de

réduire l'impact environnemental. Les professionnels partagent une culture d'achat responsable et du réemploi. Des actions sont mises en place au niveau des achats, de la gestion des stocks et de lutte contre le gaspillage : mise en place du bionettoyage des blocs à la vapeur pour limiter la consommation de produits chimiques, bloc opératoire N2O free, réduction des impressions, choix de mobilier fabriqués en Europe, lutte contre la surconsommation, don de matériel, ... Le recyclage des déchets est effectif en ambulatoire, en hospitalisation et au bloc. Les consommations d'eau et d'énergie sont surveillées et limitées par la baisse des températures de chauffage, la réparation rapide des fuites d'eau par le service technique, le passage en led des éclairages et autres mesures adéquates. L'établissement s'est fixé des objectifs afin de poursuivre la prise en compte de la notion de développement durable avec la réduction de l'usage unique, le tri des déchets alimentaires, la poursuite des ateliers prévention santé pour le tabac par exemple. Des exercices de simulation d'urgence vitale ont été réalisés. Un premier scénario a testé la prise en charge du patient depuis l'alerte jusqu'à l'arrivée du médecin et un second auprès du médecin compétent pour intervenir en cas d'urgence afin de tester le numéro d'appel unique et dédié. La conduite à tenir a été formalisée. Les chariots d'urgence vitale sont identifiés, accessibles et vérifiés ainsi que les préremptions des médicaments. Leur composition est adaptée aux profils des patients pris en charge et chaque chariot comporte des tiroirs distinctifs entre les médicaments et matériels pour adultes et enfants. Tous les professionnels de soins sont régulièrement formés en interne aux gestes de première urgence. La formation AFGSU est d'ores et déjà inscrite pour 2025 et en prévision 2026. Objectif 7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La gouvernance encourage les médecins des activités à risque à s'engager dans le dispositif d'accréditation. La liste des médecins accrédités est disponible sur le site de la HAS. La liste des médecins éligibles non engagés est établie. Les échéances d'engagement de ces médecins ou de renouvellement dans le dispositif sont suivies. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées aux équipes via l'intranet de l'établissement avec des rappels en CME ou lors des points qualité.. L'institut fait partie de l'inter-ESPIC parisien avec l'Hôpital Saint Joseph, l'Hôpital Rothschild et l'institut Curie. Ce groupe partage tous les mois la revue bibliographique. Le programme d'amélioration de la qualité est exhaustif et prend en compte les actions en lien avec l'expérience patient, les résultats IQSS, le développement durable, l'EPP douleur, les droits des patients, la sécurité du système d'information, l'éthique et de nombreux autres domaines. Un COPIL mensuel suit l'avancée de ces actions. Ces résultats sont partagés en CME, en réunion d'équipes dans les services, lors des points et soirées qualité. Des affiches reprenant les scores des IQSS sont disponibles dans les services et « Le mémento des pro' » relaie de nombreux messages fondamentaux en matière de qualité et sécurité des soins.

# 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	750813305	FONDATION INSTITUT ARTHUR VERNES	36 rue d'assas 75006 Paris 06eme FRANCE
Établissement principal	750300097	INSTITUT ARTHUR VERNES	36 rue d'assas 75006 Paris 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	7
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	24
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	16
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
<b>Sites opératoires et salles d'intervention</b>	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	3
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	3
<b>Activité Hospitalière HAD</b>	
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	Gestion des évènements indésirables graves		EI grave ou critique
2	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		transport intra-hospitalier d'un patient : chambre > imagerie > chambre
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os : de la prescription à l'administration
4	Audit système	Dynamique d'amélioration		
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		antibioprophylaxie
6	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Audit système	Coordination territoriale		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : de la prescription à l'administration
10	Audit système	QVT & Travail en équipe		

11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		PER OPERATOIRE
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Leadership		
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		précautions standards et complémentaires
15	Audit système	Maitrise des risques		
16	Audit système	Représentants des usagers		
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
21	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

22	Audit système	Coordination territoriale		
23	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os et un antibiotique
28	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
30	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
32	Audit système	Engagement patient		
33	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL

34	Audit système	Leadership		
35	Audit système	QVT & Travail en équipe		
36	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
37	Audit système	Entretien Professionnel		
38	Audit système	Dynamique d'amélioration		
39	Audit système	Maitrise des risques		
40	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
41	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et un antibiotique
42	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Audit système	Représentants des usagers		
44	Audit système	Coordination territoriale		
45	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

46		Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
----	--	--	--

---

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

---

