



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

ASSOCIATION DE DIALYSE VAROISE

Avenue Jules Renard
83500 LA SEYNE SUR MER



Validé par la HAS en Juin 2024

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Juin 2024

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 2024	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

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

ASSOCIATION DE DIALYSE VAROISE	
Adresse	Avenue jules renard 83500 LA SEYNE SUR MER FRANCE
Département / Région	Var / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	ESPIC
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	830003695	ASSOCIATION DE DIALYSE VAROISE	1309, avenue du commandant houot 83130 LA GARDE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

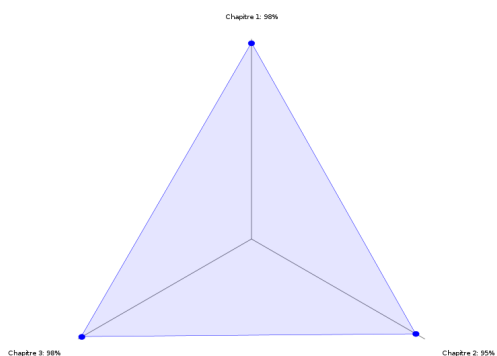
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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

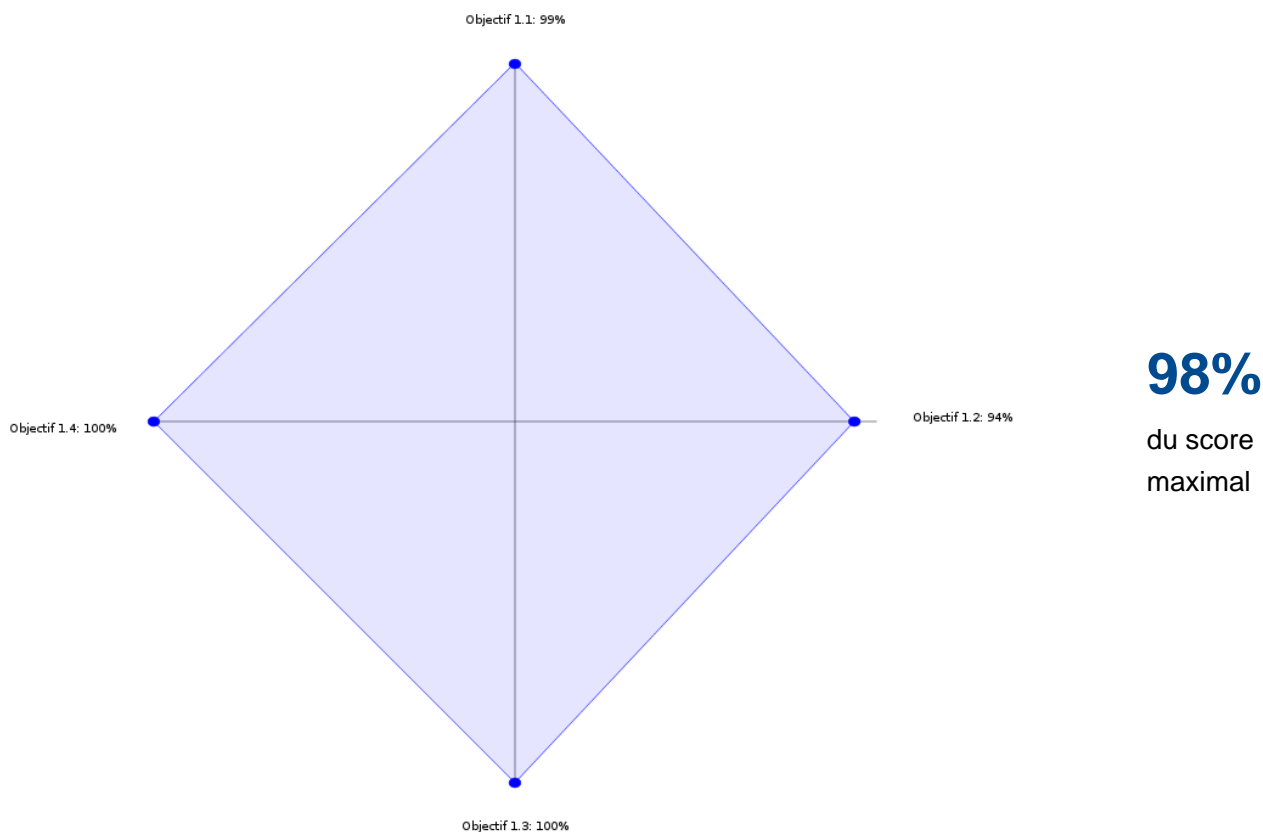
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

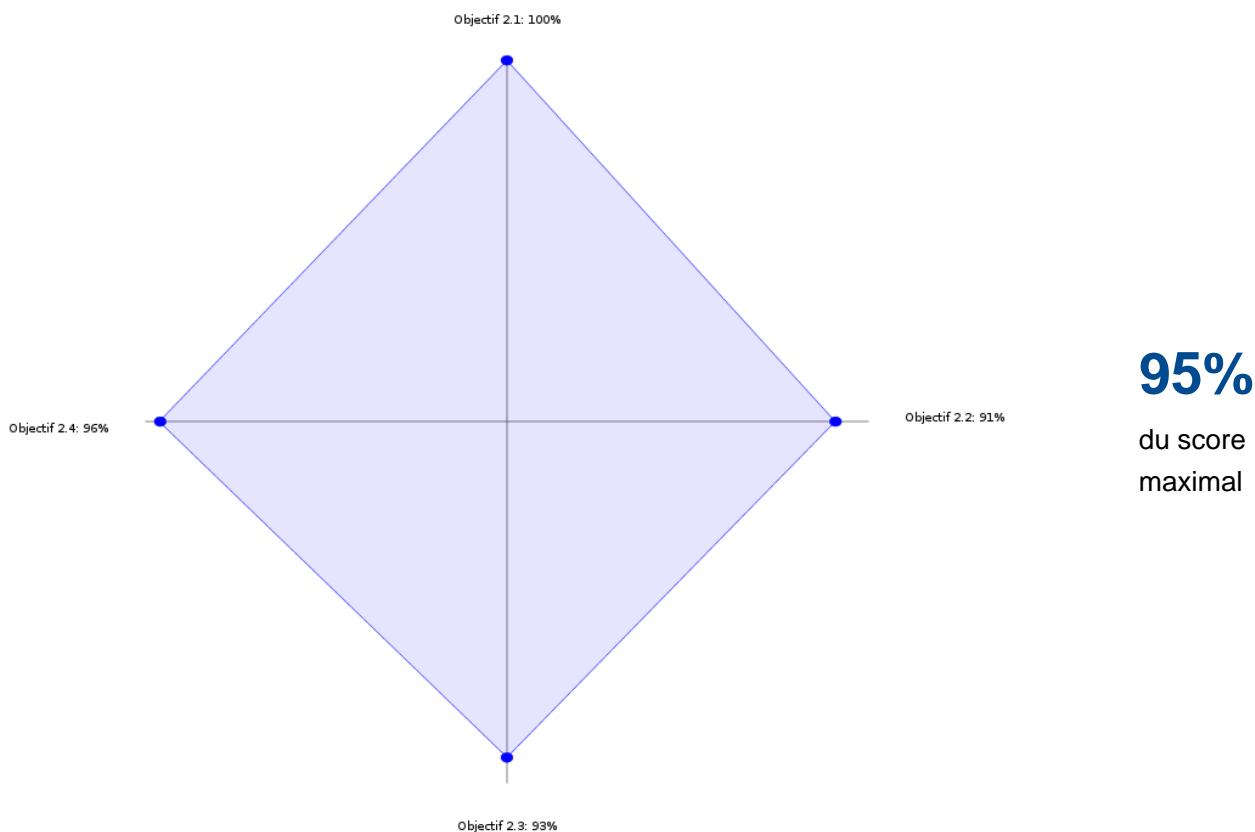


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	99%
1.2	Le patient est respecté.	94%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé, il reçoit une information claire et adaptée au travers d'un livret d'accueil patient (LAP) et d'un livret d'information patient (LIP). La désignation de la personne de confiance ainsi que les directives anticipées sont retrouvées dans le dossier patient informatisé (DPI). L'information sur les représentants des usagers (RU) est disponible dans le LAP est dans les salles d'attentes des patients, les patients rencontrés les connaissent. « Mon espace santé » n'est pas alimenté par le DPI, les patients disent ne pas être informés ni de son alimentation, ni de la possibilité d'utilisation de la messagerie sécurisée, bien que des actions d'information aient été mises en place par l'ES en concertation avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Le projet de soins est élaboré en concertation avec le patient, notamment dans le choix de la technique et du mode de dialyse qui peuvent être proposés au patient : hémodialyse en centre, unité de dialyse médicalisée

(UDM), autodialyse (UAD), hémodialyse quotidienne au domicile (HDDQ) ou dialyse péritonéale (DP). La formation à la DP est réalisée au CH de Toulon en convention avec ADIVA. Une information spécifique à chaque modalité est développée au sein de l'établissement de santé (ES) par les équipes elles-mêmes, le programme est proposé à tous les patients, il est accompagné d'explications par les professionnels eux-mêmes. Il n'y a pas de patient expert au sein de l'ES. L'intimité et la dignité du patient sont respectées, des boxes individuels et des paravents permettent d'isoler les patients en salle commune d'hémodialyse, il a cependant été remarqué que certains patients étaient tutoyés par des professionnels sans que l'information soit retrouvée dans le dossier du patient. L'autonomie du patient est recherchée, il reçoit les aides essentielles toutefois l'activité physique adaptée (APA) n'est pas mise en place dans l'établissement. La douleur est recherchée, prise en charge et réévaluée si nécessaire à chaque séance de dialyse, les protocoles douleur sont validés lors des Commissions Médicales d'Etablissement et du Comité de Lutte contre la Douleur une infirmière (IDE) est diplômée du Diplôme Universitaire (DU) de douleur, elle réalise des formations internes sur le terrain en plus des formations E learning "Prévention de la douleur" . Cependant la prescription de paracétamol « si besoin » sans autre mention est retrouvée dans les dossiers des patients. La précarité est prise en compte par l'assistante sociale de l'ES, elle suit tous les dossiers qui le nécessitent.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

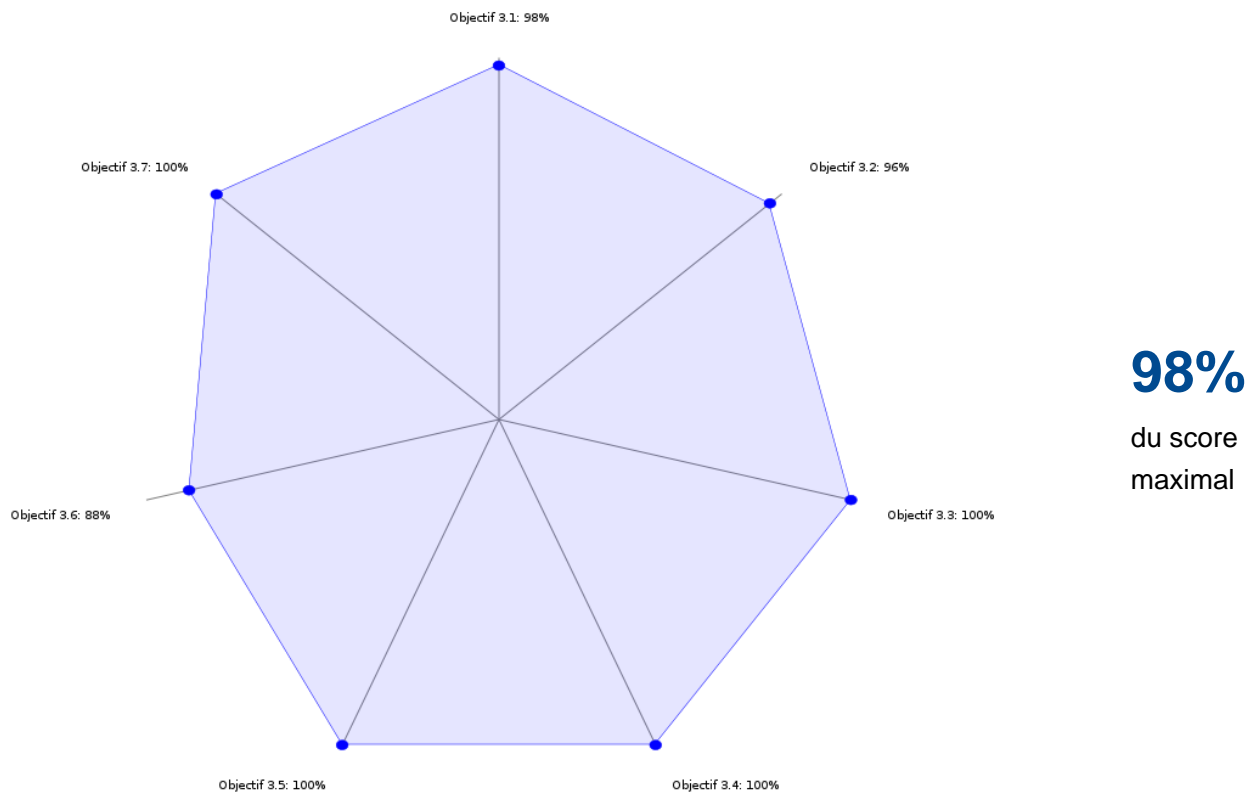


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

La pertinence des décisions de prise en charge sont argumentées au sein de l'équipe ainsi que toutes les décisions concernant le parcours patient. Les prescriptions d'antibiotique sont justifiées, argumentées, réévalués entre 24 et 72h, ce qui apparait dans le DPI. Le DPI permet un accès aux informations concernant le patient par l'ensemble du personnel qui se coordonne autour du projet de soins du patient. La conciliation médicamenteuse n'est pas mise en place. L'ES fait partie des réseaux régionaux « douleur » et « soins palliatifs » ce qui permet un accès facilité aux expertises, il fait aussi appel aux autres spécialités ; cardiologue, endocrinologue ou autre en fonction des besoins des patients, en respectant leur préférence. Afin de pouvoir contrôler aisément l'identité du patient, une photo est présente dans le DPI et sur une carte patient qui est intégrée au générateur de dialyse à chaque séance. Les vigilances sont mises en place et connues de

l'ensemble des professionnels. Le circuit des médicaments à risque est maîtrisé. Ni la lettre de liaison, ni le bilan thérapeutique ne sont retrouvés dans le dossier patient cependant, un courrier ainsi qu'une extraction du dossier du patient sont envoyés à chaque fois que cela est nécessaire (consultations externes, retour de séjours de vacances...). Les précautions standard et complémentaires sont mises en place et respectées cependant, il a été constaté que certains générateurs de dialyse étaient équipés de l'ensemble du matériel utile à la séance plusieurs heures avant l'arrivée du patient concerné ainsi qu'en présence de patient en cours de séance ce qui entraîne un risque infectieux et de contamination croisée important. L'établissement a immédiatement affiché une note d'information (note N° 24/002/MA) interdisant cette pratique. Les recommandations vaccinales pour l'ensemble du personnel sont mises en place pour l'ensemble du personnel. Le processus d'accréditation des équipes n'est pas promu au sein de l'ES. Il n'y a pas de réunions formelles autour de la prise en charge des patients cependant, un IDE est présent lors de la visite des néphrologues en cours de séance. Les événements indésirables sont déclarés et analysés, les actions d'améliorations qui en découlent sont connues des professionnels concernés. Des Comités de Retour d'Expérience (CREX) et des Revues Morbi-Mortalité (RMM) sont mises en place autant que nécessaire.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	88%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement est bien implanté dans son territoire, il participe aux projets territoriaux, il a établi des conventions avec divers partenaires afin d'optimiser la prise en charge des patients, le recours aux circuits courts, notamment pour les personnes âgées est mis en place avec les différents partenaires du territoire. L'ES est adhérent à un GIE composés de plusieurs établissements de diverses spécialités. L'établissement est

aisément joignable via la téléphonie cependant la messagerie sécurisée n'est pas fonctionnelle entre les praticiens et les patients et la pratique du FAX est encore communément utilisée. L'établissement participe à divers projets de recherche clinique. Bien qu'ayant une communication centrée patient, l'ES n'a pas mobilisé l'expertise patient et ne les pas inclus dans les CREX et les RMM. La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance existent sous diverses formes (formations, actions de sensibilisation). Le projet des usagers n'est pas formalisé. L'ensemble des dispositifs d'audits, de questionnaire de satisfaction, de FEI alimente le PAQSS et les professionnels sont invités à être force de proposition pour alimenter cette dynamique seule l'évaluation de la culture qualité n'est pas encore opérationnelle La gouvernance s'implique directement dans le dispositif qualité notamment en effectuant des visites annuelles dans les unités de soins et en développant l'utilisation d'une application et d'outils numériques à disposition des professionnels. Le travail en équipe est soutenu par la gouvernance. Les compétences sont régulièrement évaluées et de nombreuses formations diplômantes sont suivies par les professionnels ; DU hygiène hospitalière, DU douleur, DU soins palliatifs, DU de néphrologie, sophrologie, participation à l'association des techniciens de dialyse (ATD), aide-soignante en cours de formation à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Une réflexion éthique est initiée au sein de l'ES, les équipes peuvent s'y référer en cas de nécessité. La gestion des tensions hospitalières est maîtrisée. Des charriots d'urgence sont présents sur tous les sites, ils sont vérifiés par les pharmaciens ou par les IDE en fonction du site, toutefois aucun exercice de simulation d'arrêt cardiaque n'a été effectué et il n'y avait pas de numéro d'appel unique, 2 voir 3 numéros étaient affichés en fonction des lieux. L'établissement a réagi immédiatement en organisant la mise en place d'un numéro unique en s'appuyant sur l'équipe informatique. L'établissement a développé une dynamique d'amélioration et de qualité des soins, notamment en exploitant ses indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), tous les événements indésirables sont exploités, les actions mises en place sont connues des professionnels. 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 : Développer les prescriptions conditionnelles pour tous les antalgiques Réaliser des exercices de simulation d'urgences vitales Pérenniser la mise en place du numéro unique pour les urgences vitales et évaluer le dispositif

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	830003695	ASSOCIATION DE DIALYSE VAROISE	1309, avenue du commandant houot 83130 LA GARDE FRANCE
Établissement principal	830012589	CENTRE DE DIALYSE LA SEYNE	Avenue jules renard 83500 LA SEYNE SUR MER FRANCE
Établissement géographique	830016671	CENTRE DE DIALYSE SAINT-JEAN	Avenue georges bizet 83000 TOULON FRANCE
Établissement géographique	830015970	CENTRE DE DIALYSE GASSIN	Espace santé - quartier st martin - d559 83580 GASSIN FRANCE
Établissement géographique	830216495	ADIVA-DIALYSE A DOMICILE	1309, avenue du commandant houot 83130 LA GARDE FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière 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)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
5	Traceur ciblé			Prescription médicament à risque injectable ou per os
6	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité	

			Programmé Tout l'établissement	
7	Traceur ciblé			Prescription médicament antibiotique injectable ou per os
8	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
10	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Traceur ciblé			Prescription PSL (Si non applicable, garder le traceur ciblé et mentionner NA sur tous les EE)
17	Traceur ciblé			EI
18	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

19	Audit système			
20	Audit système			
21	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
22	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Audit système			

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

