



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CALME - CENTRE D'ACTION ET DE LIBERATION DES MALADES ETHYLIQUES

358 avenue de la plantade
06530 Cabris



Validé par la HAS en Février 2022

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Février 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	15
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	16
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	17
Annexe 3. Programme de visite	21

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CALME - CENTRE D'ACTION ET DE LIBERATION DES MALADES ETHYLIQUES	
Adresse	358 avenue de la plantade 06530 Cabris FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	060001997	C.A.L.M.E - CENTRE D'ACTION ET DE LIBERATION DES MALADES ETHYLIQUES	358 avenue de la plantade 06530 Cabris FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

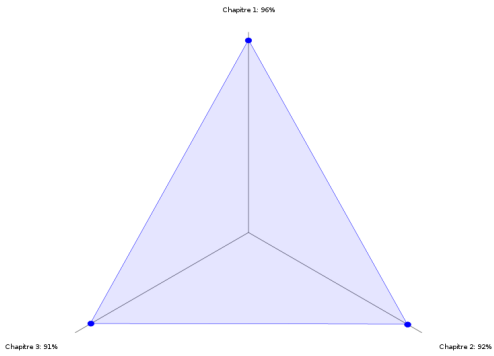
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

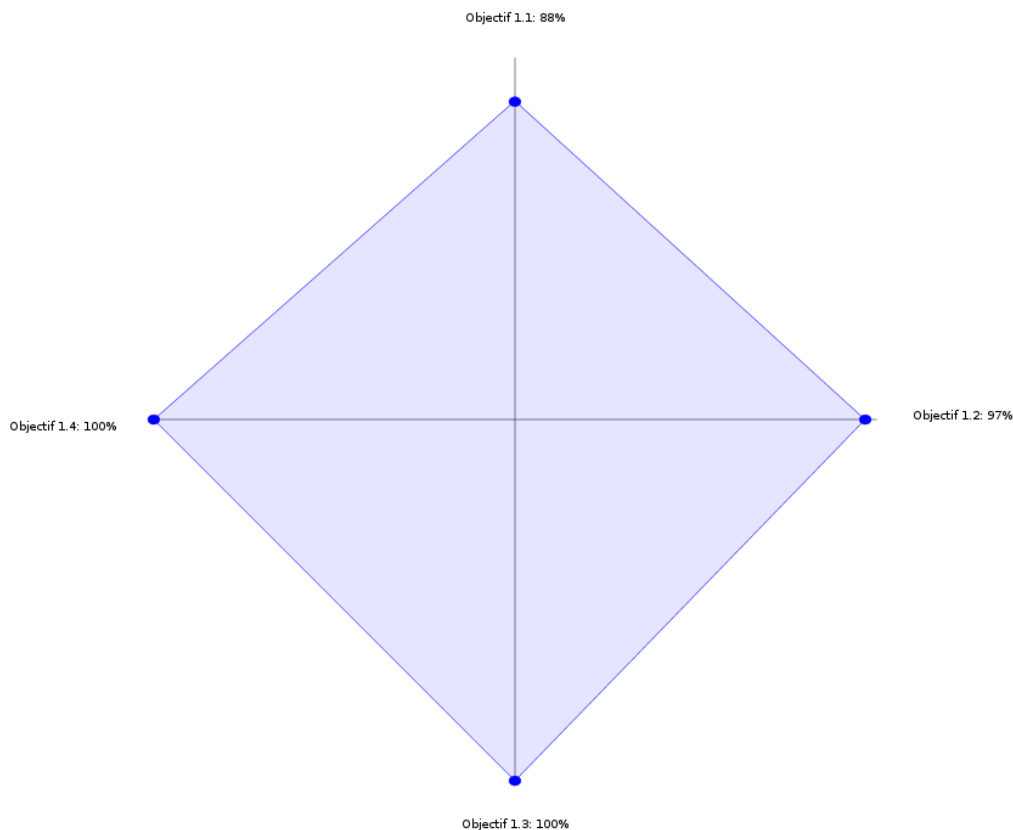
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

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

Résultats

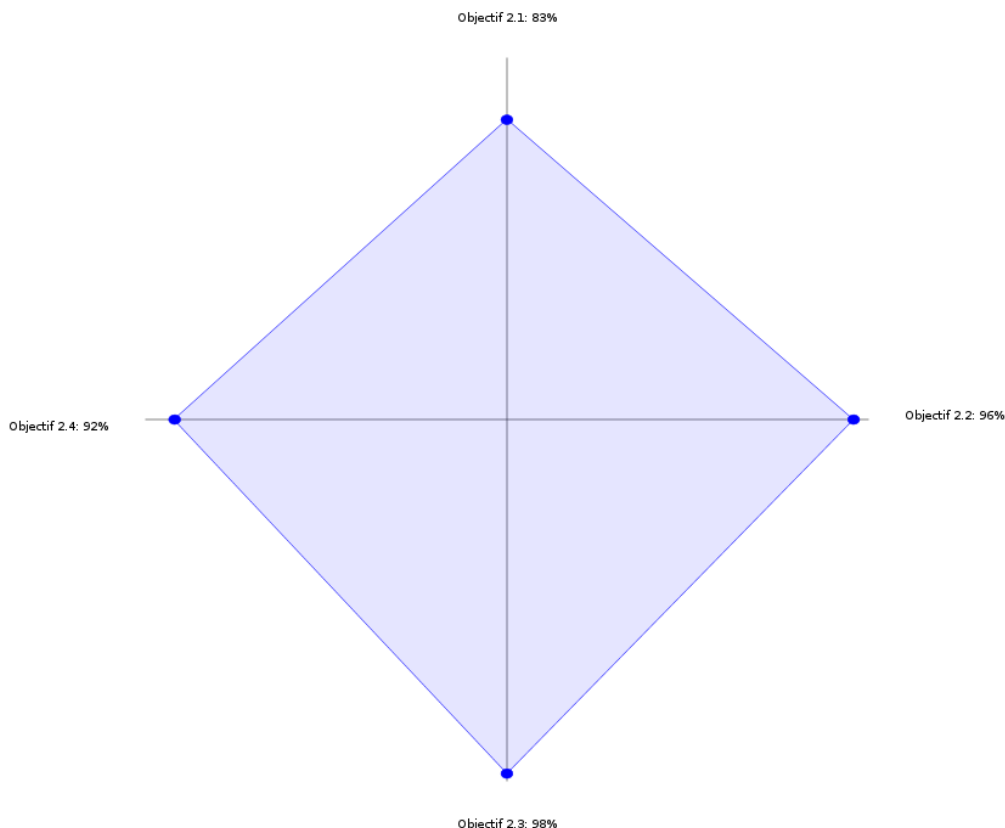


Chapitre 1 : Le patient



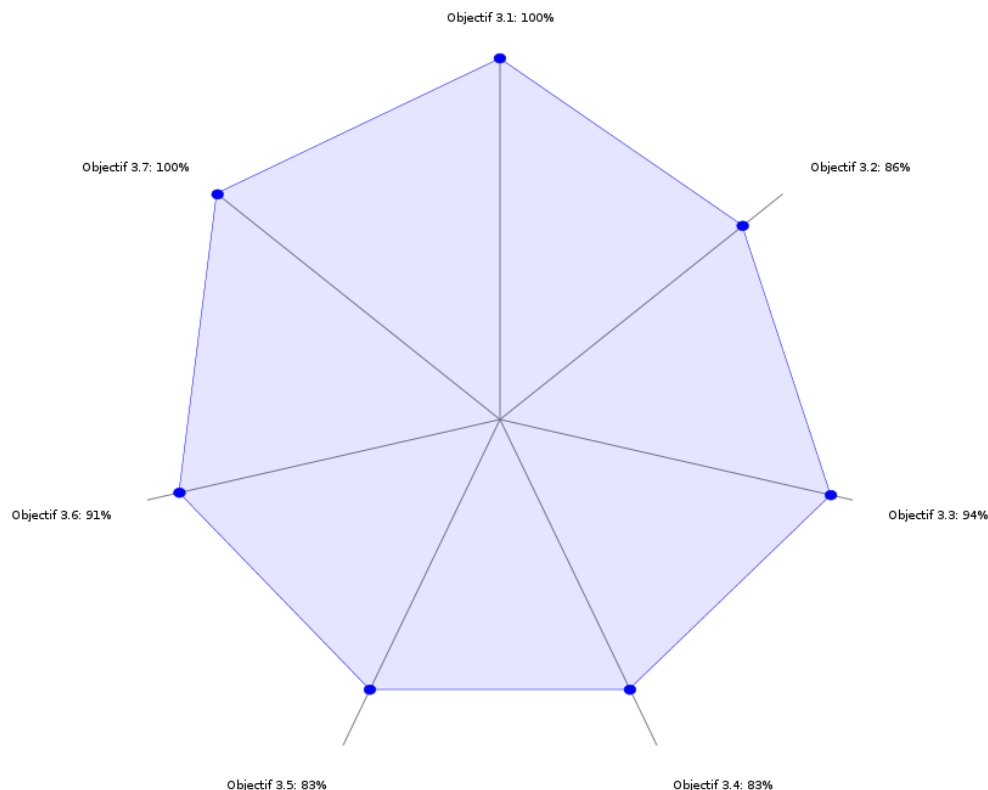
Le patient admis en secteur d'hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé. La clinique CALME (Centre d'Action et de Libération des Malades Ethyliques) a mis en place des actions à destination des patients afin que celui-ci soit associé et s'implique dans sa prise en charge. Le patient connaît ses droits grâce au livret d'accueil qui lui est remis lors de l'admission et des affichages dans les services (chartes et différents documents d'informations obligatoires). Il n'a pas été donné aux EV de constater que les supports d'informations concernant les prises en charge spécifiques pour exemple Charte Romain Jacob, soient mis à disposition de tous les patients. Une information sur la Commission des Usagers et le rôle des représentants des usagers est donnée au patient. L'épidémie de la COVID a « empêché » la tenue de réunions hebdomadaires en présence des représentants des usagers, cette situation pourrait expliquer la méconnaissance de leur existence par certains patients rencontrés. Des messages de santé publique (vaccination, charte de bientraitance) et de prévention primaire (tabac, alcool, activité physique, nutrition, hygiène) sont mis à disposition dans les lieux de passage et d'attente. Le patient peut être sollicité à différentes étapes de son parcours pour désigner la personne de confiance de son choix. Des axes d'amélioration peuvent être apportés en matière de recherche de directives anticipées et sur l'explication de celles-ci au patient, l'information étant certes intégrée au livret d'accueil, mais pas ou peu connue des patients rencontrés. Le patient participe à la construction de son projet de soins avec les professionnels, il fait part de ses besoins, de ses préférences auprès des professionnels qui sont particulièrement à son écoute. La clinique prend en compte l'environnement et les conditions de vie du patient pour la préparation pluri professionnelle de sa sortie, dans le respect de ses besoins et préférences, avec une implication des proches si le patient le souhaite. La précarité sociale ainsi que les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de cette même sortie. Les patients sont régulièrement invités à faire part de leur satisfaction. Le partage de leur expérience représente un point fort de la clinique. Dans ce cadre, il reçoit l'information sur son traitement et le suivi de son hospitalisation. Le patient est invité à remplir les questionnaires de sortie. En 2020, les résultats de l'enquête nationale de satisfaction (E. Satis) réalisée auprès de patients ayant répondu sur leur prise en charge le confirme. Les conditions d'accueil et de prise en charge respectent la dignité et l'intimité des patients. Les locaux sont adaptés au respect de la confidentialité. Les pratiques professionnelles témoignent d'une attention particulière en ce sens. L'utilisation et les modalités de traitement des données par les professionnels permettent d'assurer la confidentialité des informations concernant un patient (changement régulier des mots de passe pour accès au système d'information médical). La bientraitance et la bienveillance sont assurées tout au long du parcours de prise en charge du patient. L'accès aux personnes à mobilité réduite est assuré sur une grande partie de l'établissement. Un audit a été réalisé en matière de prise en charge de patient atteint d'handicap. A l'issue de celui-ci, un certain nombre d'actions correctrices ont été mises en œuvre. Pour autant, la clinique a conscience que cette politique n'est pas totalement aboutie (pour exemple utilisation d'ascenseurs possibles pour toute personne atteinte d'handicap quelle que soit sa forme comme mal entendants, mal voyants, ...).

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Les demandes d'admission sont définies sur la base d'une évaluation pluriprofessionnelle. La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes, ceci s'applique dans tous les domaines et notamment dans l'argumentation en matière de prescription d'antibiotiques (ce constat est confirmé par les indicateurs IQSS). Ces dernières sont tracées mais la réévaluation de la pertinence d'antibiothérapie entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure n'est systématiquement pas faite ; aucune formation et/ou sensibilisation à l'antibiothérapie n'ont été conduites sur les 2 dernières années. Les préférences du patient sont recherchées, des réunions ont lieu de manière hebdomadaire durant les trente-cinq jours de la cure réunissant l'ensemble des intervenants avec le patient. La pertinence des séjours et la réévaluation de ceux-ci sont argumentées et se font en concertation pluri professionnelle (les projets de vie sont coconstruits avec le patient). La pertinence du recours à l'HDJ est envisagée quand les conditions le permettent. Le dossier du patient informatisé est accessible aux professionnels impliqués dans le parcours du patient. Il n'a pas été retrouvé d'identification de certains documents ayant trait à plusieurs patients suivis en hôpital de jour, nuisant ainsi potentiellement à une non-identification d'un patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Dans ce même secteur, la remise de la lettre de liaison n'est pas systématique. La conciliation médicamenteuse est systématiquement mise en œuvre et de fait pour les situations les plus à risques. La clinique ne respecte pas systématiquement les délais de transmission de la lettre de liaison de sortie, ceci est prégnant pour l'HDJ. L'établissement a mis en place des personnes référentes des vigilances. Les modalités de transmission sont définies, et sont connues des professionnels. Une articulation avec les réseaux régionaux (GRIVE – Groupe Régional d'Identitovigilance en Santé) et nationaux (ANSM – Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) d'évaluation de vigilance et d'appui est en place. Les professionnels connaissent les règles à respecter en matière d'identitovigilance, quelle que soit l'étape du parcours du patient. Les équipes bénéficient d'un suivi vaccinal par la médecine du travail et sont sensibilisées à l'importance des vaccinations (audit réalisé auprès de tous les professionnels sur les freins à la vaccination antigrippale sur le modèle de l'enquête conduite par Santé Publique France en 2019). Une formation aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène a été réalisée (les protocoles sont connus des professionnels). Une organisation structurée de la prévention des infections associées aux soins est en place. Cependant, les prérequis concernant l'hygiène des mains, ne sont pas toujours respectés (pour mémoire l'établissement est dispensé du suivi de l'indicateur ICSHA compte tenu de son profil (prise en charge de patients avec dépendance à l'alcool)). Les bonnes pratiques d'hygiène des mains font l'objet de rappels réguliers et d'évaluation pour autant, il a pu être constaté le port de bijoux par des personnels susceptibles d'être à proximité des patients. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation médicamenteuse (médicaments bien identifiés à la pharmacie et dans l'armoire du service). Les médicaments à risque sont identifiés. Ils ne sont pas toujours stockés selon des règles connues des professionnels pour exemples présence dans le réfrigérateur de l'unité de soins de CNO, de même l'insuline n'est pas étiquetée comme médicament à risque et n'est pas stockée de manière spécifique ou encore dans le bac nominatif des patients contenant les médicaments pour la semaine, absence d'identification du tiroir contenant un médicament à risque. Par ailleurs le logiciel utilisé pour la prescription et l'administration de médicament ne permet pas l'identification des médicaments à risque lors de la prescription et la distribution. La liste des médicaments à risque est affichée dans toutes les lieux de stockage. Au cours de la visite, l'établissement a engagé des actions correctives pour leur identification dans les lieux de stockage visés et a fait apporter une modification dans le logiciel du médicament. L'administration est systématiquement tracée avant la prise effective du médicament par le patient. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soins de la personne âgée sont systématiquement recherchés et tracés par l'équipe (analyse pharmaceutique opérationnelle et conciliation médicamenteuse systématique). La pharmacienne dispense une éducation à la santé sur les traitements anticoagulants. Les équipes sont destinataires des résultats des indicateurs qualité sécurité des soins nationaux et des actions institutionnelles engagées, elles participent à leur mise en œuvre dans leur service et utilisent l'outil de déclaration des événements indésirables liés aux soins. L'ensemble des recommandations de bonnes pratiques est disponible (Gestion Documentaire Dématérialisée – GED, classeurs reprenant les principales présentes dans l'unité de soins, ...). Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats, d'analyse des risques, dont les événements indésirables, déclenchant des réunions d'analyse du comité de retour d'expérience (CREX), des indicateurs qualité et sécurité des soins notamment au travers des EPP. La qualité des prescriptions et celle des prélèvements biologiques ne sont pas analysées et partagées entre la clinique et le laboratoire extérieur (absence de retour des revues de direction censées être conduites par ce laboratoire labellisé COFRAC). Les événements indésirables graves sont analysés et font l'objet d'actions correctives. Les professionnels disposent de tableaux d'indicateurs pertinents consultables sur informatique, ou affichés dans les unités. De nombreux audits sont réalisés en interne. Ils sont communiqués aux équipes qui proposent après analyse des actions correctrices révélant une « culture qualité » au sein de l'établissement qui mériterait d'être mesurée. L'évaluation de la satisfaction du patient est recherchée, notamment au travers de l'expérience patient (intervention d'une association dans le cadre du projet thérapeutique).

Chapitre 3 : L'établissement



La clinique CALME dispose d'un Projet d'Etablissement, dont les axes institutionnels prennent en compte les orientations du Projet Régional de Santé. L'établissement participe activement aux projets territoriaux de parcours et à la coordination de ceux-ci sur le territoire ou hors territoire (projet territorial de parcours, collaboration avec le CH de Dijon dans l'étude des troubles cognitifs liés à l'alcool, ...) afin de garantir une continuité de soins et d'éviter les ruptures de prise en charge des patients. A la lecture des nombreuses conventions et participations à différentes formes de coopération, il a pu être constaté un maillage territorial et une coopération public-privé efficiente (pour exemple avec le CH de Grasse et le CHU de NICE). La clinique a mis en place une politique de communication permettant au travers du site internet et de documents papiers, d'informer les usagers sur ses missions, elle s'inscrit dans les réseaux locaux comme le RAAMO – Réseau d'Alcoologie Alpes Maritimes Ouest). La communication avec les patients est quotidienne, et fait partie de la prise en charge. L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient (recueil des plaintes ou réclamations par les professionnels (verbatim) enquête de satisfaction interne, enquête e satis, ...). Les patients traceurs réalisés en interne ont permis de recueillir l'expérience patient. La clinique met en œuvre une politique "d'aller vers". Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux résultats d'exams et échanges d'informations entre professionnels hospitaliers et de ville. Il n'existe pas de matériels dédiés à la prise en charge des urgences vitales au rez-de-chaussée et en hôpital de jour (deux ensembles de matériels – sacs sont disponibles sur la structure). L'accessibilité à son dossier est facilitée pour le patient (indicateurs de suivi confirmant ceci). Il a pu tout au long des parcours et entretiens avec les professionnels, être constatée l'existence d'une « culture de la bientraitance » qui se retrouve dans la charte des valeurs élaborée par l'établissement. Les professionnels n'étaient pas identifiables par catégorie professionnels (maltraitance passive), la clinique a réagi en cours de visite en distribuant à tous les professionnels des badges nominatifs. Les accès des locaux répondent en grande partie aux attentes des personnes vivant un handicap (mobilité réduite, mal voyants, mal entendants) La clinique assure l'implication des usagers et des associations de patients en son sein. Elle est encouragée à accentuer cette participation à d'autres instances que la CDU (pour exemple participation au CLIN). Un suivi des plaintes et réclamations en CDU, un accompagnement en cas de situation conflictuelle sont assurés. En cas de conflits interpersonnels, il n'existe pas de dispositif de médiation avec des tiers structuré et formalisé. L'établissement fait preuve de leadership et a identifié ses risques. Il a mis en place des actions de contrôle et maîtrise. Il promeut la « culture qualité et sécurité des soins » et encourage des formations allant dans ce sens (formation des responsables d'équipe au management). La politique QVT est en place et demeure un axe fort de l'établissement, l'écoute des professionnels est développée et organisée. L'adaptation des effectifs et de leurs compétences est effective. Le travail en équipe au travers d'actions concrètes est favorisé, les compétences individuelles (formation d'un soignant dans le cursus d'IPA) et collectives sont recherchées, développées et mises à disposition de la collectivité professionnelle mais il n'existe pas de démarche spécifique sur ce thème (PACTE). L'accréditation des médecins et équipes médicales n'est pas promue par la clinique. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (Plan Blanc, Cellule de crise face aux pandémies, ...). Il a pu réunir sa cellule de crise dans des situations comme une suspicion de TIAC ou encore dans le cadre de la COVID. L'établissement s'efforce au travers de nombreuses actions de maîtriser le risque numérique. La sécurité tant des personnes que des biens est assurée, personnel de nuit se sentant en sécurité dans l'exercice de sa profession. Des actions en faveur du développement durable sont conduites, même s'il n'a pas été réalisé de diagnostic initial ni formalisé une politique en la matière. Un référent en ce domaine est désigné et une charte existe.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	060001997	C.A.L.M.E - CENTRE D'ACTION ET DE LIBERATION DES MALADES ETHYLIQUES	358 avenue de la plantade 06530 Cabris FRANCE
Établissement principal	060790862	C.A.L.M.E - CENTRE D'ACTION ET DE LIBERATION DES MALADES ETHYLIQUES	358 avenue de la plantade 06530 Cabris FRANCE

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

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

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	45
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Coordination territoriale		
2	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Programmé	
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
5	Audit système	Engagement patient		
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique
7	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG ou EI

8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Représentants des usagers		
10	Audit système	QVT & Travail en équipe		
11	Audit système	Leadership		
12	Audit système	Dynamique d'amélioration		
13	Audit système	Maitrise des risques		
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque
16	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
18	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA

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

