



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HADAR

1525 chemin du lamarin

Bp 863

84083 Avignon



Validé par la HAS en Mars 2023

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 – Mars 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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

HADAR	
Adresse	1525 chemin du lavarin Bp 863 84083 Avignon FRANCE
Département / Région	Vaucluse / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	840003164	HOPITAL A DOMICILE AVIGNON ET SA REGION	1525 chemin du lavarin Bp 863 84083 Avignon Cedex 2 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

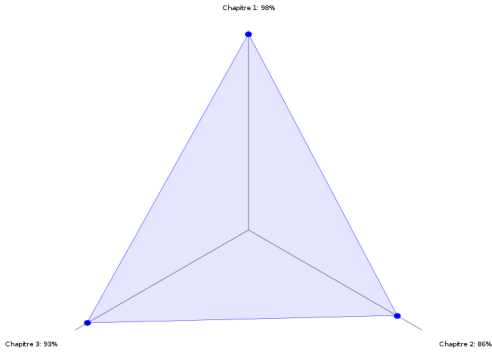
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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

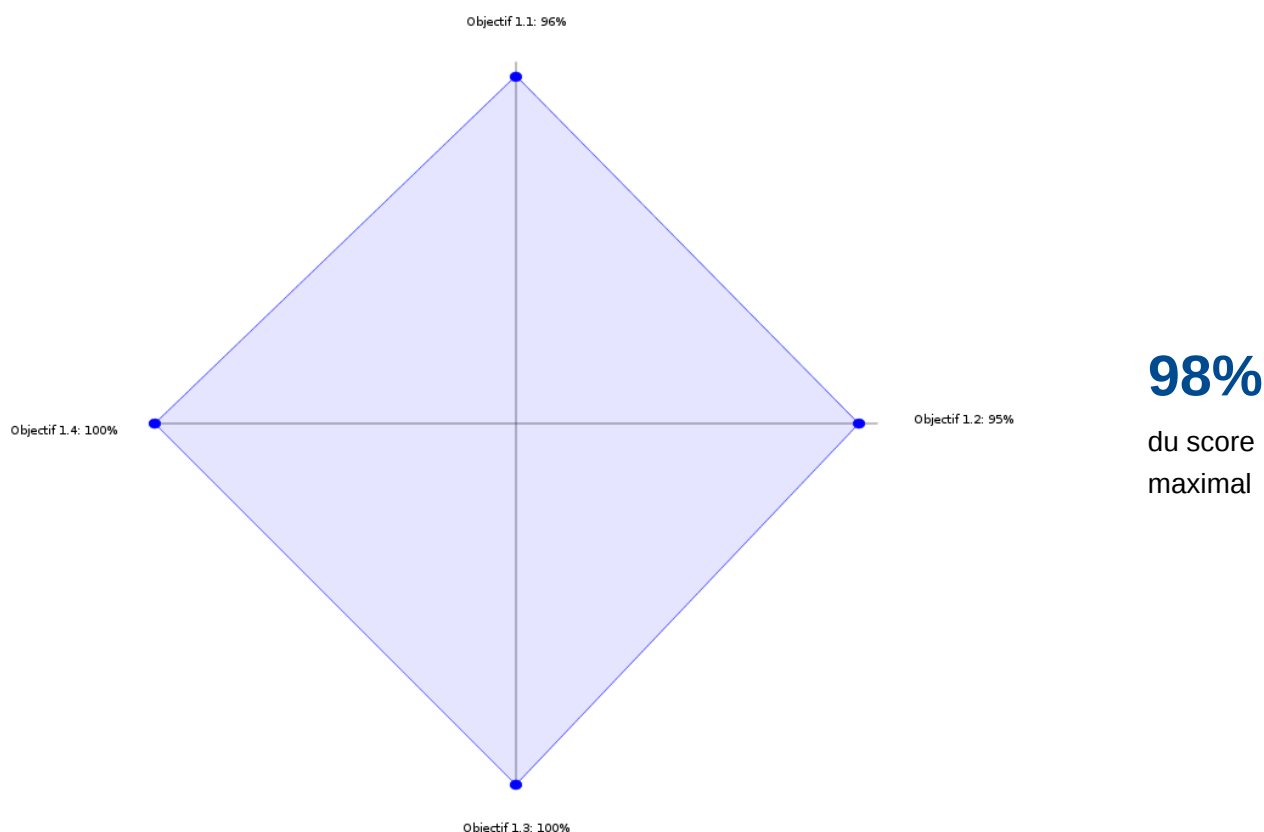
Au regard du profil de l'établissement, [103](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

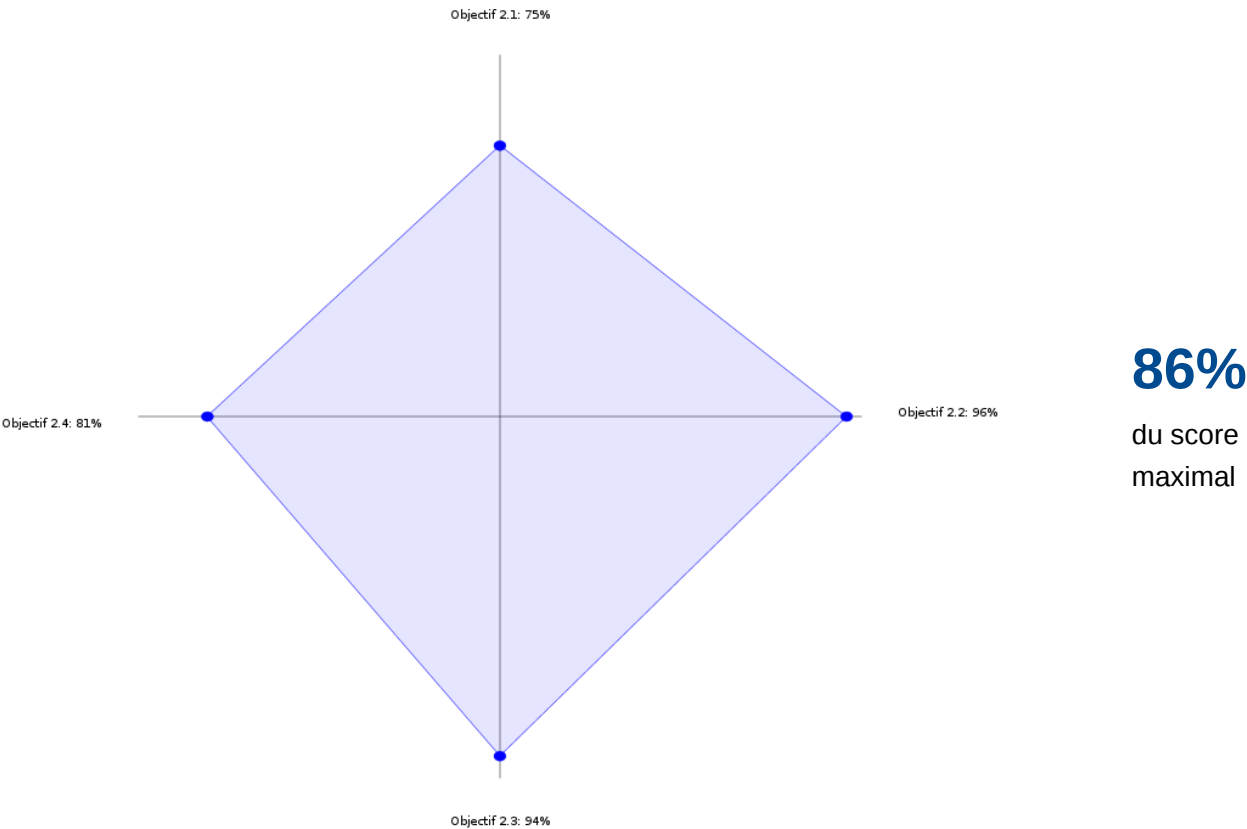


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	96%
1.2	Le patient est respecté.	95%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient reçoit une information claire et adaptée, il est impliqué dans l'évaluation bénéfice/risque pour sa prise en charge et exprime son consentement libre et éclairé. Le livret d'accueil et différents documents d'information sont remis au patient dans son dossier de chevet et expliqués. A ce titre, une check-list d'admission remplie par les infirmiers de coordination et signée par les patients ou la famille, est établie et laissée dans le classeur de soins à domicile. Elle a pour objectif d'aider le patient ou sa famille à se référer aux informations essentielles à son séjour, dont la possibilité de contacter les représentants des usagers. Le site Internet de l'HADAR présente également les coordonnées téléphoniques des représentants des usagers qui peuvent être contactés directement par les patients et leur entourage. Cependant, il est manifeste que les informations répertoriées ne sont pas retenues par la majorité des patients et/ou familles rencontrés,

notamment en ce qui concerne la connaissance des Représentants des Usagers. L'information concernant la personne de confiance et la personne à prévenir est réalisée. Les directives anticipées sont abordées oralement de façon informelle par les équipes du fait de la population suivie (patients âgés atteints de pathologies lourdes et/ou en phase terminale sans toujours d'espoir d'amélioration). Le patient dispose à son domicile d'un classeur l'informant des moyens à sa disposition pour obtenir de l'aide à tout moment 24h/24 et 7j/7 y compris en cas d'urgence vitale. Les soins palliatifs sont réalisés et éventuellement instaurés au décours des prises en charge si nécessaire en lien avec l'une des EMSP territoriales. Le patient est respecté dans sa dignité, son intimité et la confidentialité des informations le concernant est garantie. La prise en charge du patient mineur est adaptée et l'autonomie des patients âgés et /ou porteurs d'un handicap est préservée. Le patient bénéficie de messages destinés à améliorer sa santé en fonction de sa situation (tabac, activité physique, hygiène, nutrition ...). Le patient se sent impliqué dans sa prise en charge, il peut bénéficier de précautions ou d'éducation diverses en fonction de sa pathologie. Il est également informé des consignes de suivi pour son traitement médicamenteux. Il sait comment soumettre une réclamation ou exprimer sa satisfaction. La douleur du patient, son évaluation comme les traitements visant à la soulager sont une préoccupation de tous. Les prescriptions « si besoin » observées sont en lien avec un niveau de douleur factuel pour déclencher l'administration. Cependant, la traçabilité de la douleur n'est pas suffisamment formalisée en particulier selon l'échelle utilisée, au-delà de laquelle le traitement en question devra être administré. La pertinence du maintien de la contention mécanique n'est pas réévaluée notamment pour les barrières de lit. Les proches et les aidants sont impliqués dans le projet de soins. Les conditions de vie sociale sont prises en compte. L'évaluation initiale des patients effectuée par l'IDE Coordonnateur et le médecin praticien en HAD est complète et intègre l'entourage pour s'assurer de l'accord de tous pour la mise en œuvre de la HAD et du projet de soins. Le partage des décisions dans les situations difficiles est effectif. Une assistante sociale est disponible pour gérer les situations de précarité et autres demandes. Son intervention est quasiment systématique pour évaluer l'autonomie, les préférences, l'inclusion et le lien social du patient, voire éducative et scolaire pour patient mineur.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



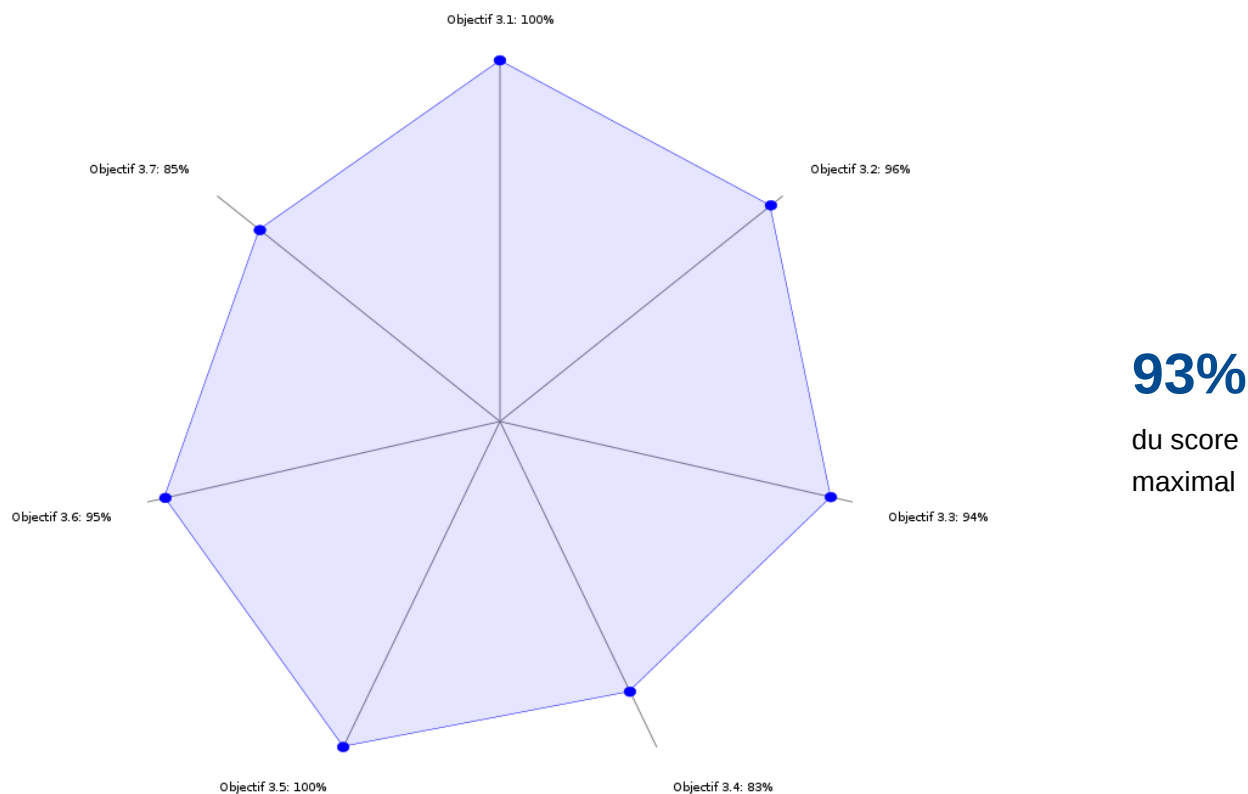
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	75%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	81%

Les séjours et leur réévaluation sont argumentés et se font en concertation avec l'équipe médico-soignante. Des filières en soins palliatifs et pansements complexes sont bien identifiées et répondent aux besoins du territoire. L'HAD peut faire appel si besoin à un réseau d'expertise composée de 3 équipes territoriales de soins palliatifs. En août 2022, un partenariat avec le Centre Hospitalier d'Avignon, établissement de rattachement, a permis de mettre en œuvre la chimiothérapie par voie injectable à domicile avec une montée en puissance de l'activité depuis 6 mois. Bien que l'HAD ne soit pas le prescripteur principal, les médecins praticiens en HAD peuvent être amenés à prescrire ponctuellement un traitement antibiotique. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et tracées dans le dossier. Toutefois, la réévaluation de la pertinence de l'antibiothérapie n'est pas systématique. Un livret dédié à l'antibiothérapie existe au sein de l'établissement. Les praticiens ont la

possibilité de s'appuyer sur les infectiologues des services hospitaliers dont dépendent les patients et ont comme partenaire référent le centre d'infectiologie du Centre Hospitalier d'Avignon. Il est à noter que les médecins de l'HAD n'ont pas suivi de formation spécifique sur l'antibiothérapie. La coordination pluri professionnelle est effective tout au long de la prise en charge du patient lors de nombreux moments d'échanges et réunions programmées de façon journalière, hebdomadaire ou mensuelle autour d'un dossier « papier » / informatique partagé. L'HADAR bénéficie d'équipes pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires : médecin, pharmacien, infirmier, infirmier coordinateur, cadre de santé, assistante sociale, psychologue. Il est à relever une coopération efficace avec les infirmiers libéraux dans le cadre de prises en charge complexes, avec une réelle appropriation des méthodes et outils de l'HAD. Le projet thérapeutique couplé avec le protocole de soins est construit avec le patient et son entourage et communiqué au médecin traitant. La continuité des soins est assurée 24h sur 24, 7 jours sur 7 avec une astreinte de nuit. La rédaction de la lettre de liaison est réalisée mais n'est pas systématiquement remise le jour de la sortie au patient et au médecin traitant. Les équipes ne fournissent pas au patient vulnérable un comparatif de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie (après son séjour). Le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et intégré dans la lettre de liaison. L'établissement connaît ses résultats, notamment ceux des IQSS, et s'engage à poursuivre ses efforts d'amélioration en sensibilisant régulièrement les professionnels et en favorisant une organisation avec les médecins libéraux. Les vigilances sanitaires concernant l'établissement sont identifiées et organisées au sein de l'établissement. Une information annuelle est transmise aux professionnels afin de promouvoir les vaccinations organisées gratuitement par l'établissement. Le taux de couverture vaccinale contre la grippe est analysé et partagé avec les équipes pour mise en œuvre d'actions d'amélioration. L'établissement a participé au recueil national expérimental du suivi de la vaccination antigrippale du personnel. Le taux rapporté par les équipes est de 33% conformément aux résultats de 2022 en progression depuis l'année précédente. 98,57% des personnels sont vaccinés contre le Covid. Concernant le circuit du médicament, les prescriptions sont conformes et scannées sur le logiciel métier et retrouvées dans le dossier du domicile. L'analyse pharmaceutique est réalisée par les pharmaciens de ville. La traçabilité de l'administration est effective mais sur un support unique peu adapté (collage des ordonnances et numérotation des lignes). Il est à préciser que la conciliation médicamenteuse n'est pas initiée. Toutefois, un projet d'informatisation de l'ensemble du circuit du médicament avec un calendrier établi est en cours de déploiement. Un premier secteur est en expérimentation. Un groupe de travail est en cours avec la pharmacie. L'échéance est prévue en 2025. Les pratiques concernant le stockage des médicaments à risque sont bien respectées aussi bien dans la pharmacie de l'établissement qu'à domicile. La liste des médicaments à risque est présente et connue par les professionnels. L'armoire est sécurisée. Certains médicaments à risque n'étaient pas identifiés comme à risque au domicile (insuline, anticoagulant) mais l'établissement a modifié sa pratique en cours de visite. Aucun produit périmé n'a été constaté. La dernière évaluation de l'ensemble du circuit du médicament remonte en 2019 avec l'usage de l'outil Interdiag de l'ANAP. Le CAQES est suivi. Le risque infectieux est bien maîtrisé en cohérence avec les scores provisoires ICSHA 2022. Les précautions standards et complémentaires sont connues et appliquées par les professionnels. Un comité de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS) composée d'un médecin, d'une infirmière hygiéniste et des référents hygiène est en place et se réunit tous les trimestres. Des formations et divers audits sont réalisées (port de bijoux, lavage des mains, bonne utilisation du SHA ...). Les indicateurs sont connus par les professionnels et des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Il est également à noter le respect des protocoles concernant les pratiques sur les dispositifs médicaux invasifs. La gestion des déchets est bien organisée. Une équipe logistique dédiée assure l'élimination des déchets et l'approvisionnement des consommables aux domiciles en parfaite adéquation avec les bonnes pratiques. Conformément à la politique qualité, les évaluations des pratiques professionnelles sont régulières. Les thèmes sont définis en fonction des orientations, des enjeux de prise en charge et des problématiques rencontrées. Le programme EPP et son bilan sont présentés et validés en CME. 112 événements indésirables ont été répertoriés et analysés collectivement en 2021. Le bilan 2022 est en cours. La méthode ALARM est utilisée pour réaliser l'analyse des causes profondes. Des RMM ont été

organisés durant l'année 2022 dont une déclaration faite à l'ARS. L'évaluation de la satisfaction des patients, voire des plaintes et des réclamations est effective. Les IQSS sont diffusés et exploités, mais l'analyse pourrait être plus participative et collective pour une appropriation optimale. Des actions d'amélioration de la qualité sont inscrites au PAQSS. L'expérience patient n'est pas encore utilisée dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles. A noter qu'un personnel a obtenu un DU en ETP et doit développer des actions en HAD.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
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	85%

L'Association pour l'Hospitalisation A Domicile d'Avignon et Région (HADAR) dispose d'une structure HAD et d'une structure SSIAD. Le territoire d'intervention de la structure HAD est large incluant toutes les communes du département du Vaucluse, les communes limitrophes au département du Gard (Gard Rhodanien) et celles des BdR, ainsi que le secteur de Saint-Rémy de Provence. L'HADAR est organisée en grands pôles de

management et en secteurs d'activité. Les partenariats sont identifiés par 4 domaines de coopération. Le secteur médical regroupe notamment le Groupement Hospitalier de Territoire du Vaucluse et les Etablissements de santé privé du territoire. Des conventions sont élaborées avec le secteur libéral entre professionnels de santé, les laboratoires d'analyse médicale, les pharmacies de ville et autres prestataires. On compte de nombreuses conventions avec les EHPAD de la région. L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours et au Plan Régional de Santé. La plateforme territoriale d'appui (dispositif d'appui à la coordination) du Vaucluse favorise la fluidité des parcours en concertation avec l'établissement. Une convention tripartite pour la création d'une équipe mobile pour l'autonomie de la personne âgée et ou en situation de handicap a été signée avec les centres hospitaliers de la région. L'actualisation du ROR est opérationnelle quotidiennement. Les situations de tensions saisonnières sont connues telles que par exemple la canicule avec un renforcement du personnel durant ces périodes, voire une redistribution des ressources humaines en fonction des besoins et des fluctuations de l'activité. Le site internet de l'établissement favorise l'accès aux soins en diffusant les modalités de contact de l'établissement et de ses services. Des brochures et livret d'accueil pour l'hospitalisation à domicile sont remis aux patients. La messagerie sécurisée est opérationnelle. MS Santé est utilisée par le médecin praticien en HAD afin de garantir les échanges de données médicales vers l'extérieur. D'autre part le déploiement des applications mobiles permet un accès rapide et simplifié au dossier médical pour l'ensemble des soignants. L'établissement encourage les professionnels à participer à des appels à projet en lien avec la recherche clinique. A ce titre une IDE Coordinatrice a été recrutée pour des missions en lien avec les chimiothérapies et l'immunothérapie, voire des essais cliniques auxquels le patient admis en HAD serait inclus. Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie sont suivis. L'établissement est en cours de développement de la promotion de l'expression du patient au travers sa participation à titre expérimental de l'enquête nationale e-Satis HAD. Le questionnaire de satisfaction à la sortie du patient a été modifié durant la visite pour prendre en compte l'expérience du patient. Ce questionnaire sera présenté à la CDU en mars 2023 pour validation. Il n'existe pas de questionnaires spécifiques sur l'expérience patient en HAD (PREM's) ou sur le résultat de leur santé de leur point de vue (PROM's). Les patients ne sont pas sollicités dans le cadre des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques, mais des démarches individuelles au domicile sont toutefois proposées telle que par exemple l'éducation thérapeutique pour les diabétiques, ou familles formées à la nutrition entérale ou hygiène pour les pansements complexes. L'HADAR est en contact avec le service d'oncologie hématologie du centre hospitalier d'Avignon pour développer le dispositif de pair-aidance avec notamment des patients experts ou tout autre domaine où le patient partenaire pourrait intervenir par exemple pour la formation des professionnels ou l'éducation thérapeutique auprès d'autres patients. L'impact de ces expertises ne peut pas être évalué à ce jour. Toute suspicion de situations de maltraitance est rapportée auprès de l'assistance sociale et analysée en staff pluri professionnel sans toutefois qu'il soit établi une évaluation annuelle de l'effectivité du repérage. Il existe une sensibilisation à la bientraitance réalisée par le Directeur de l'HAD et un représentant des usagers auprès des soignants. Une formation a également été délivrée par une psychologue. La lutte contre la maltraitance constitue un objectif partagé collectivement, partie intégrante des valeurs de l'établissement. L'implication des acteurs dans le respect de la personne, de ses droits, dignité, confidentialité est culturelle. Les professionnels maîtrisent les conduites à tenir en cas de situation à risque et facteurs de maltraitance pour les patients vulnérables, isolés ou exposés. Des communications sont régulièrement faites en staffs. Une assistante sociale est présente dans l'établissement. L'établissement est organisé pour permettre l'accès au patient à son dossier. Les délais de remise de dossiers sont disponibles. La CDU est informée du nombre de demande inscrit au bilan annuel. Les quatre séances réglementaires ont été tenues. Le calendrier des séances pour 2023 est établi et les comptes rendus sont formalisés et transmis aux RU avec les documents de synthèse des différentes présentations faites en séance. Le bilan a été élaboré pour les données 2021 et transmis à l'ARS. L'établissement compte 2 RU titulaires et 2 RU suppléants depuis la désignation par l'ARS en décembre 2022. Le bilan des plaintes et réclamations, les résultats des enquêtes de satisfaction, le bilan des déclarations des événements indésirables graves et les résultats des indicateurs qualité et sécurité

des soins sont présentés en CDU. Le programme qualité et sécurité des soins prend en compte les recommandations. La politique qualité et sécurité des soins est déclinée en actions concrètes sur le terrain, impliquant notamment l'ensemble des professionnels. La validation de protocoles divers peut faire partie des actions citées par les professionnels ou le travail réalisé pour la prise en charge de la douleur ou la sécurisation des médicaments à risques au domicile. Le plan d'actions est effectif avec l'implication de la gouvernance précisément dans des actions ou par sa présence lors de réunions terrain et mise à disposition des moyens. La culture de sécurité des soins est prégnante et partagée dans l'établissement sans toutefois qu'elle ait fait l'objet d'une évaluation. L'adéquation des ressources humaines est contrôlée que ce soit pour l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement. Un audit pour mesurer et suivre la charge de travail du personnel a été commandité. Tout le personnel reçoit chaque année avec le bulletin de salaire une note les invitant à donner leur souhait de formation pour l'année à venir avec indication des lieux de consultation des catalogues d'organismes formateurs. Des formations sont disponibles pour le personnel telles que du coaching ou communication et relation au domicile. Le personnel témoigne toutefois de manque d'information ou de disponibilité pour y assister. La politique QVT est inscrite au projet social avec un axe majeur portant sur la poursuite de la politique d'amélioration des conditions de travail et de promotion de la qualité de vie au travail. Cet axe est décliné en plusieurs objectifs. Les professionnels sont impliqués dans les actions et peuvent être force de proposition. Des staffs sont en place pour permettre un libre échange entre soignants encadrement et administratifs. Une cellule alerte peut être déclenchée en cas de conflits interprofessionnels mais n'est pas connue de l'ensemble des professionnels. Les médiations peuvent être proposées. La psychologue dédiée pour la prise en charge des patients intervient cependant au cas par cas auprès des professionnels. Les équipes partagent des questionnements éthiques. Il existe un CLUD.E traitant notamment de ces problématiques. Les RU vont y être invités. La gouvernance soutient et valorise le travail en équipe. L'organisation de la coordination des soins a été revue afin d'améliorer le travail et la dynamique d'équipe. Le cadre soignant a été formé à l'optimisation des plannings et des tournées au domicile des patients. Les compétences sont évaluées régulièrement et un consultant accompagne les démarches d'amélioration des pratiques professionnelles. Il n'existe pas de programme d'amélioration continue du travail en équipe, type PACTE ou autre. Les relèves sont effectives ainsi que les astreintes. La gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (Covid, grippe, situations climatiques...). La cellule de crise est opérationnelle. La période Covid a permis de l'évaluer. Les retours d'expérience permettent d'améliorer le dispositif. Des réunions sont organisées avec l'ARS et le DAC 84 pour identifier et prévenir les risques du territoire. Les besoins de ressources supplémentaires sont identifiés. Les professionnels de santé libéraux peuvent intervenir et des partenariats avec l'Institut Sainte Catherine ont été mis en place. Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés par badges et visio surveillance. Le référent sécurité informatique est identifié et connu des professionnels. La politique des changements des mots de passe est connue et communiquée aux professionnels, ainsi que la conduite à tenir en cas d'intrusion ou d'agression. Une enquête CEREN a été réalisée afin de mettre en évidence des améliorations en lien avec la consommation d'énergie. Un référent développement durable est identifié et un Comité Développement Durable a été créé. De nombreuses actions sont visibles au sein de l'établissement et connues des professionnels. Le plan de sécurisation de l'établissement n'a pas été formalisé. Un audit par un prestataire externe est prévu pour identifier les vulnérabilités de l'établissement. Les revues de pertinence ne sont pas déployées au sein de l'établissement. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées aux équipes. Les résultats IQSS, bilan des événements indésirables et des questionnaires de satisfaction à la sortie sont partagés et commentés avec les personnels. La déclaration, l'analyse et le partage des événements indésirables associés aux soins sont réalisés dans une dynamique d'amélioration. Les RMM respectent la méthodologie ALARM. Le projet des usagers est intégré au projet d'établissement. Les recommandations de la CDU sont intégrées au programme 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 2023
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	840003164	HOPITAL A DOMICILE AVIGNON ET SA REGION	1525 chemin du lavarin Bp 863 84083 Avignon Cedex 2 FRANCE
Établissement principal	840011340	HADAR	1525 chemin du lavarin Bp 863 84083 Avignon FRANCE

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

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

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
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	140

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Audit système	Représentants des usagers		
3	Audit système	Leadership		
4	Audit système	Engagement patient		
5	Audit système	Dynamique d'amélioration		
6	Audit système	Coordination territoriale		
7	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
10	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé	

12			Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Adulte Médecine Pas de situation particulière	

			Programmé	
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires/standard
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Circuit des médicaments et des produits de santé
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient en situation de précarité Adulte Médecine Programmé	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Médecine Programmé	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Médecine Pas de situation particulière Programmé	
28	Audit système	Maitrise des risques		
29	Audit système	QVT & Travail en équipe		
30	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA

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

