



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

HAD SANTE SERVICE DAX

ESPACE DR JEAN MASSIE

22 route des pyrenees

40180 NARROSSE



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 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	14
Chapitre 3 : L'établissement	19
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	25
Annexe 3. Programme de visite	29

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

HAD SANTE SERVICE DAX	
Adresse	ESPACE DR JEAN MASSIE 22 route des pyrenees 40180 NARROSSE FRANCE
Département / Région	Landes / Nouvelle-Aquitaine
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	400000535	SANTE SERVICE DAX	ESPACE DR JEAN MASSIE 22 route des pyrenees 40180 NARROSSE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

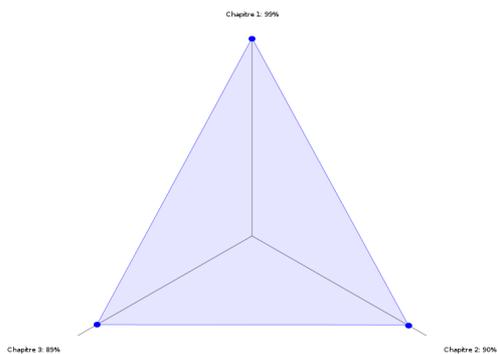
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

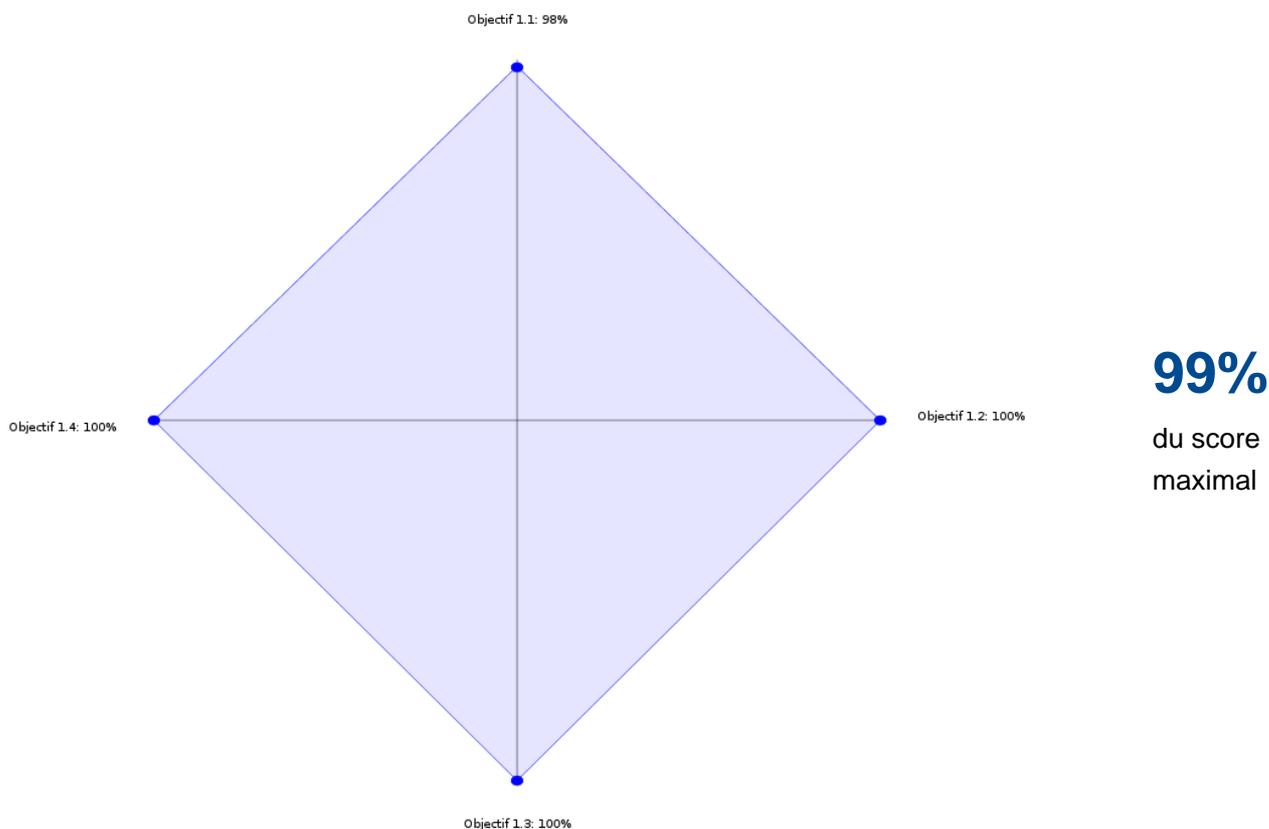
Au regard du profil de l'établissement, **103** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



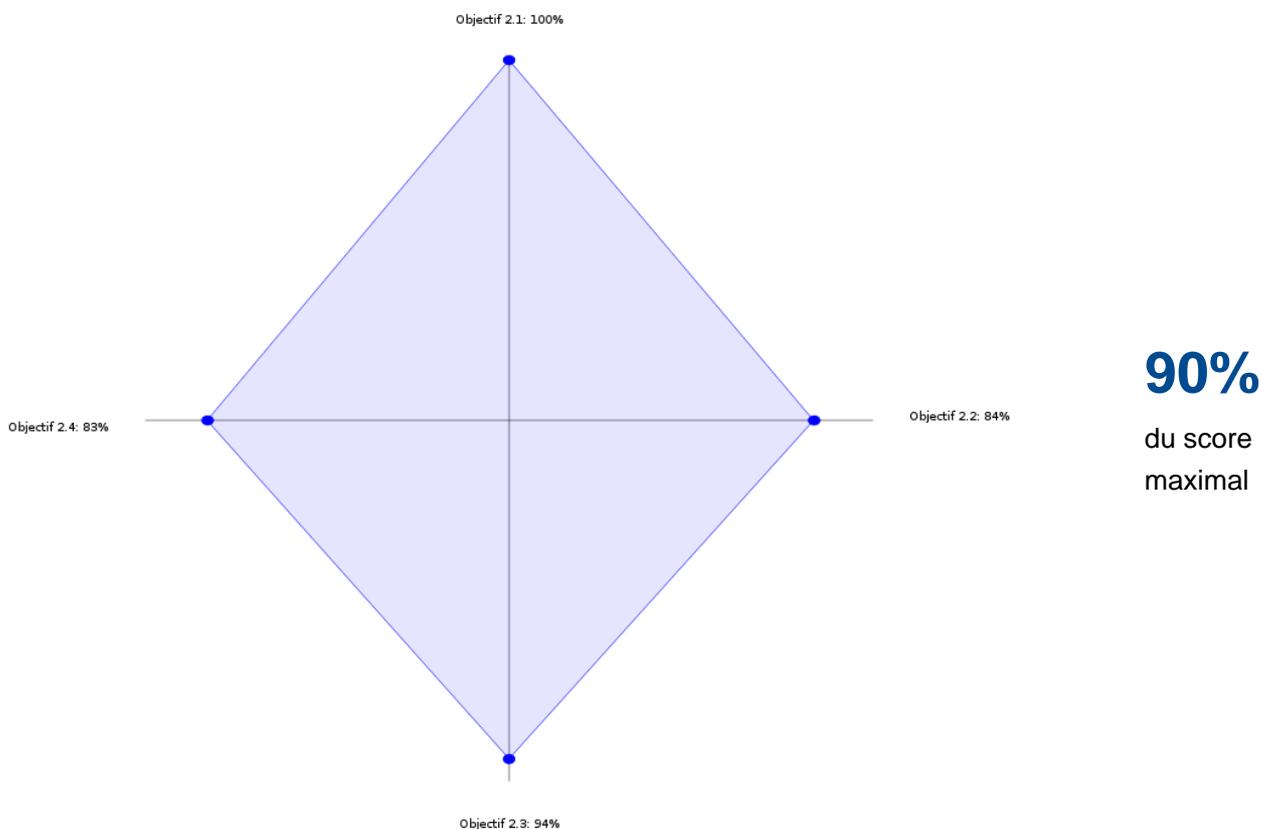
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

L'association Santé Service Dax regroupe au sein de ses activités des prises en charge en : Hospitalisation à Domicile et un Service de Soins Infirmiers à Domicile. L'HAD expérimente la présence de nuit des IDE en EHPAD. Les prises en charges principales concernent les soins de nursing lourds, les soins palliatifs, les pansements complexes et la nutrition entérale. Le patient reçoit une information initiale sur ses droits, les missions et le fonctionnement de l'HAD, de la part des professionnels, lors de l'entretien d'évaluation de prise en charge et de la visite d'admission à son entrée en HAD. Ces informations orales sont complétées par la remise du livret d'accueil en cours d'actualisation qui se complète d'un feuillet précisant notamment les coordonnées des représentants des usagers. Les échanges avec les patients ont permis d'identifier une méconnaissance de l'existence et du rôle des représentants des usagers. Les informations sur son état de

santé lui sont délivrées par les professionnels et les médecins praticiens d'HAD tout au long de sa prise en charge, au décours des staffs pluriprofessionnels ou en cas d'évolution significative. Dans les locaux de l'HAD, un affichage permanent diffuse des informations de santé publique, relatives aux représentants des usagers ainsi que les résultats des indicateurs nationaux. En amont de l'admission une demande de préadmission est faite par un médecin hospitalier ou le médecin traitant. L'infirmière de coordination (IDEC) de préadmission rencontre le patient pour recueillir toutes les informations (médicales, sociales ...) nécessaires à la prise en charge. Les aidants sont contactés si besoin. Le recueil de ces informations se complète lors de l'admission. Le dossier informatisé structure comporte l'accord initial signé par le patient ou l'autorisation de prise en charge des parents pour les mineurs. La désignation d'une personne de confiance est recherchée et tracée ainsi que le recueil de l'éventuelle existence de directives anticipées. Sur la base d'un bilan pluridisciplinaire et sur les besoins et les attentes exprimés par le patient et/ou les aidants, sont posés une planification des soins, un projet thérapeutique et une macrocible d'entrée détaillée qui mentionne les objectifs personnalisés de soins. Le projet de soins est expliqué au patient, accepté librement ou dans le cas d'une personne fragile ou handicapée par le représentant légal ou la personne de confiance. La participation et l'adhésion du patient et/ou de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est organisée et effective à chaque étape de la prise en charge sans toutefois que les objectifs spécifiques du patient et son implication effective soient tracés de manière explicite dans le dossier. Le patient et son entourage disposent au domicile des informations nécessaires afin de pouvoir contacter un professionnel de santé, si besoin, à tout moment. L'information précise la conduite à tenir en cas d'urgence vitale. Un infirmier de coordination peut répondre au besoin du patient 24h/24 et 7 jours sur 7. De plus, un avis médical peut être sollicité auprès d'un médecin praticien d'HAD d'astreinte téléphonique. Le soutien du patient et de son entourage dans les situations qui le nécessitent est assuré par les équipes dans leurs différents champs d'activité : kinésithérapeutes, assistantes sociales, psychologues, ... La mise en œuvre de la démarche palliative est pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée avec les professionnels de soins de support. Le projet de soins est élaboré en cohérence avec les volontés exprimées par le patient. Les équipes de coordination accordent une place particulière à l'aidant et sont sensibilisées à sa souffrance psychique ainsi qu'aux bouleversements familiaux que cela engendre. La satisfaction est recueillie à partir des questionnaires de satisfaction délivrés au cours de l'hospitalisation complétés par une enquête annuelle dont tous les patients rencontrés n'avaient pas connaissance. Il en est de même pour l'information concernant leur possibilité de signaler un événement indésirable par l'intermédiaire du formulaire à disposition dans le dossier chevet. La préparation de la sortie est effectuée en coordination médicale, paramédicale et/ou sociale, avec les intervenants de la ville, les équipes associatives et/ou les réseaux de soins pour l'adapter au mieux aux conditions de vie habituelles du patient. Le respect du patient, de son intimité et de sa dignité sont recherchés dans tous les cas. Les professionnels sont particulièrement attentifs avec une bienveillance de tous les instants exprimées par les patients. La coordination des professionnels autour des droits des patients est effective, lors des différentes réunions et rencontres périodiques et lors des transmissions régulières. Les problématiques de prises en charge (pratiques comme éthiques) y sont abordées de manière pluridisciplinaire. Le projet de prise en charge, le recueil initial des données, le projet de soins personnalisé et l'organisation des pratiques permettent le respect des libertés individuelles, de la dignité, de l'intimité des patients et de la confidentialité des informations médicales détenues, assurés lors des soins, y compris des soins d'hygiène. L'HAD développe une prise en charge pédiatrique depuis peu. Chaque prise en charge bénéficie en amont d'un staff pluriprofessionnel permettant d'ajuster les besoins, les compétences spécifiques aux enfants et l'adaptation de l'environnement. Tout au long du séjour, l'autonomie du patient est recherchée avec la possibilité de compléter sa prise en charge par des professionnels adaptés à son état de santé (aide-soignante, kinésithérapeute, psychologue ..). La confidentialité des informations est respectée ainsi que le secret professionnel. La confidentialité du dossier au domicile est assurée à l'aide d'une pochette fermée. Le matériel relatif à la prescription de contention est adapté aux besoins identifiés qu'il s'agisse d'une contention au lit (barrières de lit), d'une rare contention au fauteuil et/ou d'une contention localisée. L'anticipation, le soulagement et la réévaluation de la prise en charge

de la douleur relèvent de pratiques homogènes, effectives et systématiques qui ont été consolidées en réponse à la valeur 2021 de l'indicateur IQSS prise en charge de la douleur. L'anticipation du repérage de patient à risque douloureux ou susceptible de l'être est institutionnalisée dans les pratiques avec une gestion renforcée de la douleur (anticipation soulignée par les patients, prescription anticipée). L'évaluation de la prise en charge de la douleur est standardisée pour l'ensemble des patients de l'établissement. Une évaluation journalière ou a minima hebdomadaire est réalisée auprès de chaque patient. Les informations recueillies sont tracées de façon uniformes dans les différents supports des dossiers du patient (domicile papier et structure informatique). L'implication des proches et/ou aidants est systématiquement recherchée. Ils aidants sont contactés lors de la préparation de l'admission et leur accord à ce mode de prise en charge est sollicité. Avec l'accord du patient, les proches ou aidant sont associés au projet de soin avec des réponses adaptées et personnalisées. Les professionnels développent des contacts permanents avec les proches et aidants de patients dépendants (soins palliatifs ...). Les conditions de vie notamment sur le plan social et du handicap sont prises en compte le plus en amont possible, avec l'intervention possible d'une assistance sociale et d'une psychologue au début et tout le long de la prise en charge.

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	84%
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	83%

Les équipes médicales, soignantes et paramédicales, s'attachent à une analyse de la pertinence des séjours, des actes et des prescriptions relevant des différentes prises en charge. La demande de préadmission est recueillie via trajectoire ou à l'aide d'un formulaire de prescription dédié. L'évaluation globale des besoins du patient est assurée (évaluation clinique, sociale et psychologique) lors de l'enquête d'admission menée par l'équipe de coordination de l'HAD, avec la participation du patient, des proches et des aidants du domicile. L'admission est validée avec les médecins coordonnateurs de l'HAD. Une concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est réalisée pour toute situation complexe, en amont de l'admission pour, notamment, la prise en charge d'enfants et la prise en charge de fin de vie, et/ou une fois par semaine lors de réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires. Ces évaluations permettent d'identifier la nature des soins à réaliser

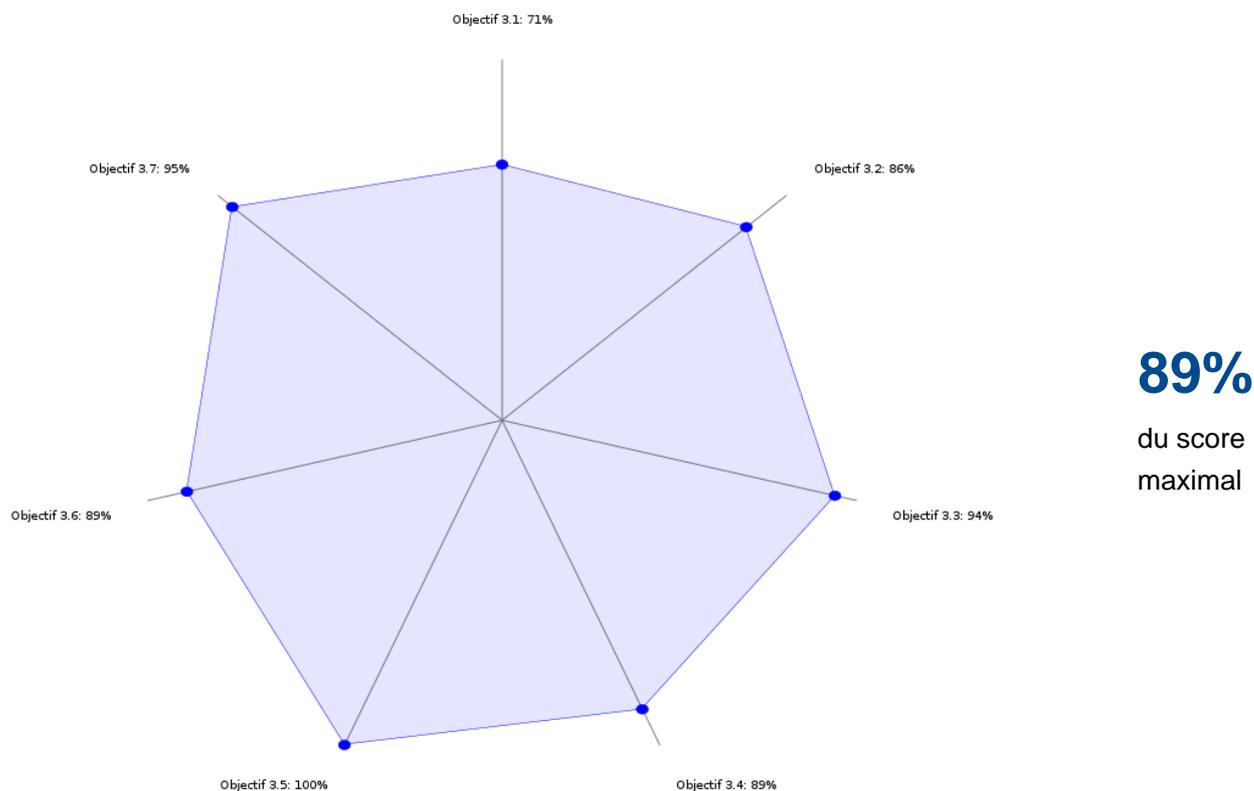
et les bénéfices attendus pour le patient. La prescription d'une mesure de restriction de liberté (précautions complémentaires, contention) est assurée par le médecin coordonnateur du patient, évaluée durant le séjour et tracée dans le dossier patient informatisé. Les prescriptions d'antibiothérapie sont majoritairement réalisées par des prescripteurs externes à l'HAD. Dans ce cas, les médecins coordonnateurs s'assurent de la justification de cette prescription par le prescripteur ainsi que de sa réévaluation. Les prescriptions d'une antibiothérapie réalisée par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur (rares) font l'objet d'un suivi. Le logiciel DPI ne dispose pas d'alerte, le pharmacien et les médecins se coordonnent à l'aide d'un tableau de suivi partagé pour s'assurer de la réévaluation dans les 3 jours. En cas de besoin, l'HAD peut faire appel au référent interne (médecin coordonnateur) et à un infectiologue du CH de DAX. Les médecins coordonnateurs bénéficient d'information/formation lors de réunion ville-hôpital à thème et des journées Omédit sur les antibiotiques. Pour améliorer la coordination entre intervenants et l'accès et la traçabilité des informations, l'HAD a déployé un dossier patient informatisé qui a nécessité une harmonisation conséquente des pratiques. Ce logiciel métier, accessible par tous les professionnels salariés, regroupe l'ensemble des données médico-soignantes. Une version mobile déployée sur smartphone déportant les données dans le logiciel métier permet la validation des soins en temps réel au chevet des patients. En extrahospitalier, le déploiement est effectif vers les médecins traitants et les pharmaciens d'officine et s'organise vers les infirmiers libéraux. Ce dossier informatisé se complète d'une composante papier : dossier administratif comprenant l'ensemble des documents administratifs (documents d'identité et de couverture sociale, accords de prise en charge, désignation de la personne de confiance, demande d'admission HAD) et dossier « chevet ». Le dossier chevet papier du domicile se compose d'un classeur regroupant les documents nécessaires à la continuité et la coordination des soins à domicile tels que les coordonnées de la permanence téléphonique 24h sur 24, les numéros de téléphone en cas d'urgence médicale, la planification des soins et des ressources, les coordonnées de la personne de confiance, la macrocible d'entrées, les différents supports permettant la traçabilité des interventions spécifiques et la liaison entre professionnels. Chaque document papier est identifié par l'étiquette patient comportant notamment son Identifiant unique. Les documents papiers sont numérisés et introduits dans le DPI. Ce dossier est alimenté par les professionnels de l'HAD. L'HAD offre une prise en soins personnalisée et la coordination de la prise en charge des patients est pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. En interne et pour optimiser la mise en place de solutions adaptées aux patients, l'établissement a opté pour une équipe de professionnels salariés : infirmiers de coordination (exerçant également la mission d'infirmier coordinateur régulateur), médecins praticiens d'HAD et pharmacien ainsi que les infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie auprès de l'équipe soignante (AVAES), assistantes sociales et psychologues, kinésithérapeute coordinatrice, préparateurs en pharmacie et logisticiens. Les professionnels intervenants au domicile (médecins traitants, quelques infirmiers libéraux, kinésithérapeutes libéraux, pharmaciens d'officine, ...) interviennent à la demande de l'HAD dans le cadre de conventions et/ou de lettres de mission relatives à la prise en charge à réaliser au domicile. La coordination de la prise en charge se fait lors des transmissions inter équipes et des staffs hebdomadaires qui permettent une réévaluation du séjour et du projet de soins du patient avec la prise en compte de son avis et de celui des proches ou aidants. Ces staffs réunissent les professionnels de l'HAD en présence d'un médecin coordonnateur, les professionnels libéraux y sont peu présents. La mise à jour du DPI est effectuée durant les staffs hebdomadaires et au décours des visites de coordination au domicile. Les ajustements sont accessibles aux professionnels via le DPI. Concernant les projets de soins réalisés et observés, il n'est pas retrouvé, dans le dossier patient informatisé, de référence à l'implication et l'adhésion du patient. Cette référence peut toutefois apparaître dans les comptes-rendus de staff. L'établissement a identifié les patients bénéficiant d'une chimiothérapie comme population lui permettant de développer une conciliation médicamenteuse. Pour ces patients, le pharmacien de l'HAD se coordonne avec le médecin coordonnateur du patient pour assurer une synthèse des ordonnances, ainsi qu'un bilan thérapeutique sans avoir encore développé l'implication du patient et des autres prescripteurs. Les réseaux de recours ou d'expertise sont identifiés et sont sollicités en cas de besoin. De même des prestations de psychologue sont possibles afin de réaliser les évaluations au domicile et des assistantes sociales accompagnent les patients et leur proche dans leurs démarches. Les transmissions

quotidiennes sont faites à l'aide de transmissions ciblées dans le DPI, de transmissions orales entre professionnels (rencontre et appels) afin d'éviter toute rupture dans la continuité des soins et/ou par des contacts téléphoniques réguliers avec le médecin coordonnateur ou l'Infirmier de Coordination de l'HAD. La traçabilité de l'ensemble des professionnels, selon leurs habilitations, est effective dans le DPI. Toutefois, les supports consultés ne comportent pas toujours la traçabilité des échanges des médecins traitants et ceux entre médecins traitants et médecins coordonnateurs. La continuité des soins est assurée par un service interne de régulation des appels téléphoniques (24h/24 et 7j/7) assuré par des IDE de coordination et un service de nuit d'IDE dédiés qui se déplacent au domicile. En cas d'urgence vitale, la procédure est d'appeler le centre 15 avec lequel l'établissement a une convention. Cette organisation se complète d'une astreinte médicale, d'une astreinte logistique, d'une astreinte administrative. La réactivité et la continuité des soins 24h/24 et 7 jours/7 sont mises en avant par les patients. L'accès au dossier médical partagé est possible à l'aide du logiciel métier DPI. L'HAD développe une filière pédiatrique et a organisé quelques prises en charge pédiatriques, sans faire mention de l'utilisation du carnet de santé. Les équipes sont coordonnées pour mettre en œuvre une démarche palliative en concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire et en s'appuyant, si besoin, sur l'équipe mobile du centre hospitalier. Le recours à la télémédecine est peu pratiqué (avis pour des photos de plaies) sans être formalisé. Le recueil du consentement du patient est effectif toutefois le formulaire de recueil ne comprend pas toutes les informations recommandées dans ce cadre. La lettre de liaison est adressée au médecin traitant et au patient dans un délai moyen de 24 à 48h selon les prises en charge. Des explications sont données au patient en amont de sa sortie, par les professionnels et dans certains cas par le médecin coordonnateur. Dans la plupart des situations, les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identification des patients et les vigilances sanitaires sont connues et déployées auprès des professionnels. L'établissement ne dispose pas de Pharmacie à Usage Intérieur. Une dotation de médicaments pour soins urgents ainsi que des dispositifs médicaux stériles et petits consommables des soins sont détenus dans les locaux de l'HAD, sous la responsabilité d'un pharmacien salarié. Cette dotation, validée par la CME, est identifiée dans le cadre de la continuité de prise en charge médicamenteuse (antibiotiques, produits injectables rarement disponibles en officine...). Les règles d'usage, de vérification des dates de péremption et les modalités de stockage des produits détenus dans les locaux de l'HAD sont définies, formalisées et assurées. Le réfrigérateur de l'HAD, servant de stockage transitoire de produits relevant de la chaîne du froid, dispose d'un thermomètre intégré avec relevé régulier de la température par les professionnels sur papier dédié. Ce dispositif ne garantit pas la bonne conservation des produits en cas de dysfonctionnement en dehors de la présence des professionnels (absence d'enregistrement permanent et de signal d'alerte). Les règles de conservation des produits relevant de la chaîne du froid au domicile sont en place (sac isotherme, contrôle de la température, stockage dans un contenant dédié dans le réfrigérateur du domicile). L'HAD dispose, dans ses locaux, sous la responsabilité d'une équipe logistique (logisticien, préparateur de commande et livreur) d'une zone logistique organisée pour le stockage de dispositifs médicaux non stériles et de matériels de soins mis à disposition du patient (lit, adaptable, fauteuil, pompe...). Les modalités de rangement, d'identification, de vérification, de désinfection et de nettoyage, de contrôles périodiques, des flux d'approvisionnement, de l'hygiène sont définies et respectées. Pour les dispositifs médicaux (pompe PCA, matériel médical ...) l'HAD fait appel à son service logistique après avoir recueilli l'accord du patient. Les approvisionnements en produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sont réalisés selon les prises en charge par les officines de ville (choisies par le patient et conventionnées par l'HAD) et par la Pharmacie du Centre Hospitalier de Proximité (produits hospitaliers et chimiothérapie orale) conventionnées avec l'HAD. L'approvisionnement en urgence des médicaments est organisé à l'aide d'une dotation en urgence, accessible 24h sur 24 et 7 jours/7 et la mise à disposition de mallettes. Pour sécuriser le circuit du médicament, l'HAD a déployé un module LAP intégré dans son DPI. Les ordonnances sont récupérées, dès que possible, par les infirmiers de coordination et les infirmiers. Dès réception des ordonnances, le médecin coordonnateur référent du patient transcrit ces prescriptions dans le module de prescriptions du DPI générant ainsi un plan de traitement. Cette saisie lui permet de réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 1. En parallèle, les ordonnances sont transmises à l'officine de ville choisie

par le patient via une messagerie sécurisée. L'officine s'engage à réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2, avec un accès au DPI du patient et aux résultats d'examens existants et peut ainsi préparer le traitement demandé pour 7 jours. Les prescriptions de chimiothérapie relèvent des dispensations réalisées pour la majeure partie par le Centre Hospitalier de DAX. Le circuit est organisé, informatisé (utilisation exclusive par le CH de DAX du logiciel CHIMIO), sécurisé de la prescription informatique à la dispensation nominative. L'ensemble des piluliers sont préparés chaque jour par les IDE se rendant au domicile. La conservation des médicaments dans leur emballage d'origine est de règle et appliquée. Toutefois les médicaments du pilulier sont découpés sans que l'on puisse toujours reconnaître le nom du médicament en raison du conditionnement proposé. Les médicaments prescrits « si besoin » sont mis à disposition du patient pour 24 heures de manière systématique sans réévaluation de la pertinence de cette pratique en l'absence d'utilisation par le patient (exemple : présence de 4 comprimés de Dafalgan sortis du tube et jetés tous les jours.) Un travail est en cours pour consolider la gestion de l'auto-administration des médicaments par les patients. Une évaluation initiale du patient en fonction de plusieurs critères est en place qui permet d'identifier son niveau d'autonomie dans la gestion et l'administration de son traitement. Ces informations sont tracées dans le DPI. Une synthèse du plan de traitement sous format papier est disponible dans le dossier chevet du patient. Cependant, le patient ou l'aidant ne se réfèrent pas à la prescription et administrent ce qui est préparé dans la case adhoc du pilulier sans en assurer la traçabilité. Une vérification systématique des prises est assurée par l'IDE lors de ces passages journaliers et tracée dans le DPI au regard du plan de traitement défini. Les professionnels témoignent d'une maîtrise des médicaments à risque : liste des médicaments connue, identification dans le DPI à chaque nouvelle prescription, fiche éducative pour le patient mise à disposition au domicile, identification des médicaments par un logo, stockage organisé. Les stupéfiants sont stockés dans des malles sécurisées associés à leur antidote. Cependant, il a été constaté lors de 2 rencontres avec les patients que la livraison réalisée par l'officine de ville le matin même (comprenant des stupéfiants) est restée posée sur un meuble dans l'attente du passage des IDE pour les mettre dans la mallette sécurisée. De ce fait, les médicaments peuvent être accessibles aux personnes vivant dans le logement. Les patients à haut risque vital sont identifiés (déclaration ARS faite et suivie) et des actions sont en place pour permettre une continuité des soins en cas de besoin. Les professionnels connaissent les indications et respectent les bonnes pratiques de l'hygiène des mains. Cette application se traduit dans le résultat de l'indicateur ICSHA (102%, classe A en 2022). L'importance et les bonnes pratiques de l'hygiène des mains sont expliquées au patient et à son entourage. Cependant, les actions d'éducation concernant les pratiques d'hygiène des mains à destination des proches et/ou aidants des patients fragiles avec un contexte familial particulier (présence de jeunes enfants et d'adolescents, visites nombreuses) ne sont pas renforcées lors de la prise en charge. Les risques transversaux liés à l'application des précautions adéquates (standards et complémentaires) sont maîtrisés. (prescription dans le DPI, identification spécifique dans le DPI, mise en place de moyens adaptés, information du patient, mise à disposition d'un document explicatif). Les précautions standard et complémentaires sont mises en œuvre dans toutes les situations qui le nécessitent. L'établissement dispose d'une IDE hygiéniste en cours de formation, d'une équipe opérationnelle d'hygiène dynamique sollicitée pour le bon respect des pratiques et les formations des professionnels (hygiène des mains, voie centrale, DASRI...) et d'un CLIN actif auquel participe le médecin hygiéniste du CH de DAX. L'HAD est affilié au CPIAS. Le circuit des déchets à risque infectieux (DASRI) relève d'un enlèvement au domicile par l'IDE, d'un stockage dans un local dédié au sein de l'HAD et d'une élimination réalisés par un prestataire habilité et conventionné par l'HAD. Les professionnels appliquent et respectent également les bonnes pratiques de prévention, de pose et de surveillance liés aux dispositifs intravasculaires (Cathéter, Picc Line...). Ils disposent de protocoles de pose et d'entretien, les dates de pose et de changement sont tracées dans le DPI, leur maintien est évalué régulièrement. Le risque de dépendance iatrogène est évalué pour toute personne âgée à l'aide d'une grille spécifique, dès son admission. L'établissement organise des campagnes de vaccination dans ses locaux et suit le taux de vaccination contre la grippe avec une sensibilisation des professionnels. Les équipes évaluent leurs pratiques au regard d'évaluations (patients traceurs, parcours traceurs, traceurs ciblés, IQSS, évènements indésirables, analyses de pratiques

professionnelles) sans toutefois avoir réalisé de démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge pour laquelle un potentiel d'amélioration est identifié. Le recueil, l'analyse et la mise en place d'actions d'amélioration de la satisfaction des patients s'appuie sur un test du dispositif e satis en 2021 et sur des questionnaires proposés aux patients à différentes étapes de la prise en charge (dans le livret d'accueil, enquête annuelle, satisfaction de fin de prise en charge, questionnaire expérience patient). Des méthodes « traceurs » ont été menées afin de préparer la certification et les indicateurs nationaux sont recueillis. Une communication sur les résultats d'indicateurs et une analyse collégiale des réussites et des marges d'amélioration est réalisée lors des réunions d'instances et d'équipes et par voie d'affichage. La qualité et les délais des résultats des examens de biologie médicale sont suivis. Il existe une réelle culture du signalement des événements indésirables. Les équipes en maîtrisent la déclaration qui est informatisée et peut être réalisée sur papier et participent à leur analyse. Le retour d'information est assuré. Des analyses des causes profondes (CREX) sont réalisées pour les événements indésirables graves s'appuyant sur une démarche connue et formalisée.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	71%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	86%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
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	89%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

Bien que le précédent projet d'établissement soit terminé et que le nouveau ne soit pas encore finalisé, l'établissement a identifié ses orientations stratégiques en cohérence avec les besoins de santé de son territoire. L'HAD Santé Service est intégré dans son territoire avec une recherche de synergie avec tous ses partenaires, tant publics que privés, avec lesquels il collabore quotidiennement, afin de proposer aux patients

les parcours de prise en charge les plus adaptés. Des parcours spécifiques lui permettent de répondre aux besoins de santé de la population, comme le développement de circuit court pour éviter la réhospitalisation, les sorties précoces en chirurgie orthopédique et gynécologique coorganisées entre le CH DAX et l'HAD. L'établissement est inscrit au dispositif de mutualisation d'IDE de nuit entre EHPAD. L'établissement développe une politique active, avec les EHPAD, afin d'éviter autant que possible les passages aux urgences des personnes âgées avec la mise en place d'évaluations anticipées. Il participe aux réunions sur les tensions hospitalières en collaboration avec l'ARS. Les modalités de communication permettent aux usagers, aux médecins de ville, aux unités hospitalières de joindre aisément l'HAD. Les liens directs avec les partenaires de ville sont facilités et l'établissement s'est doté d'une messagerie sécurisée. L'établissement fait principalement appel à ses ressources internes et souhaite développer le recours aux équipes mobiles, à la télémédecine par exemple. Pour fluidifier les parcours et le retour à domicile, l'établissement a mis en place des visites hebdomadaires dans les différents services de soins du CH de DAX. Il développe ainsi une politique « d'aller vers » qui n'est pas perçue sur le terrain. Plusieurs patients ont pu avoir recours à l'HAD et apprécient grandement ce mode de prise en charge qui a évité les recours itératifs aux hospitalisations, mais qui leur a été toutefois proposé très tardivement par les établissements adresseurs. L'HAD a connaissance de ces difficultés pour lesquelles il n'a pas encore mesuré l'impact de sa politique. Il n'y a pas de promotion de la recherche clinique ni d'ouverture d'accès au dossier pharmaceutique partagé. L'engagement du patient est favorisé à toutes les étapes de la prise en charge. Des questionnaires de satisfaction coconstruits avec les équipes pluridisciplinaires sont mis à disposition des patients pendant, après leur séjour. L'expérience patient est recherchée tout au long de sa prise en charge. L'expertise patient reste à développer dans les secteurs pouvant être concernés. Diverses actions de formation sont proposées aux professionnels, elles abordent une communication centrée sur le patient. L'établissement veille activement à la bientraitance et lutte contre la maltraitance en sensibilisant les professionnels (élaboration d'une charte de bientraitance, d'une procédure en cas de suspicion de maltraitance, réalisation d'un audit bientraitance, existence d'un comité éthique, mise en place d'un groupe de travail droit du patient). Cependant la gouvernance ne recense pas annuellement les cas de maltraitance. Le dossier patient est informatisé et partagé entre les professionnels de la structure. Chaque patient peut accéder sur demande à son dossier médical dans des délais conformes à la réglementation. L'alimentation du dossier médical partagé est promue, celle du dossier pharmaceutique n'est pas développée. Des patients et des aidants associés aux représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de l'établissement (instances, groupes de travail, comité éthique, semaine sécurité, mois à thème...) avec toutefois peu de rencontres exprimées de patients. Le projet des usagers qui a été élaboré avec les Représentants des Usagers est formalisé. La gouvernance fait preuve de leadership et soutient la démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins en mobilisant des moyens humains et matériels nécessaires. La composition de l'équipe qualité / risque permet l'accompagnement des professionnels. Le logiciel de gestion de la qualité est à disposition de l'ensemble des professionnels y compris sur leurs téléphones mobiles. La CME est impliquée dans la démarche qualité risque. La politique qualité de l'établissement est un pilier des démarches stratégiques de la structure. Cette politique qualité s'appuie sur une analyse globale des données existantes : cartographies des risques, CREX (Comité Retour d'Expérience), EIAS déclarés, indicateurs IQSS traduite dans un programme d'amélioration de la qualité la sécurité de soins et un plan d'actions. Ce plan d'actions est suivi, actualisé en continu et comporte un grand nombre d'actions en lien avec les problématiques et les objectifs prioritaires de l'établissement. Les actions d'amélioration engagées par l'établissement sont globalement connues des professionnels. Une actualisation du plan d'actions global est réalisé en continu avec une concertation étroite entre la direction et le responsable qualité et une implication de la direction dans les actions qualité. L'établissement a mené une évaluation de sa culture qualité sécurité en 2018, non reconduite par la suite. L'établissement veille à l'adéquation des ressources humaines avec l'activité. En fonction de l'état des effectifs, des réajustements capacitaires peuvent être opérés ainsi que l'appel à l'intérim. La gouvernance porte une attention particulière à l'accompagnement de l'équipe de management et des infirmiers de coordination. Des formations leurs sont proposées ainsi que du coaching ou audits organisationnels. Le travail

en équipe est favorisé. L'organisation d'échanges journaliers entre professionnels et médecins, de staffs hebdomadaires, et de réunions programmées facilitent la synchronisation des temps de travail de cette équipe. Les professionnels rencontrés sont très impliqués dans l'organisation de la structure, maîtrisent les risques associés aux soins, participent activement à l'amélioration continue de la prise en charge des patients. L'établissement s'est engagé en 2018 dans un projet ECOSSE proposé par le réseau Aquitaine qui consistait à accompagner les équipes dans le déploiement du CRM santé utilisé dans PACTE et de la mesure de la culture de sécurité des soins. Ce diagnostic, correspondant à une des étapes du projet PACTE, a été réalisé sur un secteur. Les constats issus de ces deux méthodes ont permis de définir des actions d'amélioration mises en place et vérifiées sur le terrain. Cette dynamique, qui s'est arrêtée au moment de la crise sanitaire a permis d'améliorer le travail en équipe, sans identification de problématique de terrain et d'engagement du patient. Elle n'est pas connue des professionnels. La gouvernance veille auprès des professionnels à l'acquisition et au maintien d'une culture de sécurité des soins et de l'ensemble des compétences, via la formation continue et le développement professionnel continu des professionnels des équipes de salariés de l'HAD. L'accueil des nouveaux salariés est effectif à l'aide d'un « fil d'intégration » très structuré et adapté aux métiers. Un plan de développement des compétences annuel s'appuie sur les orientations priorisées (thématique, objectifs, population). L'établissement s'assure de l'adéquation entre les missions confiées et les compétences des professionnels salariés. Ces professionnels bénéficient, si besoin et selon les prises en charge à réaliser, de formations spécifiques dispensées par les prestataires de matériels, par les laboratoires ou par les Infirmiers de Coordination de l'HAD. Il existe une réelle culture sur la réflexion éthique depuis plusieurs années avec un comité éthique en place qui se réunit plusieurs fois par an. Une démarche projet concernant la qualité de vie au travail (QVT) est portée par la Direction. Elle s'appuie sur un questionnaire qualité de vie au travail mené récemment auprès des professionnels et sur la formalisation, en mai 2023, d'une politique qui prévoit les actions à décliner. Un comité QVT est en place. Des actions concrètes sont menées et proposées aux professionnels. L'établissement rencontre très peu de situations nécessitant la mise en place de gestion de difficultés interpersonnelles ou de conflit. Dès l'identification, d'un point d'accroche, un échange est réalisé avec les personnes concernées. En cas de besoin, un dispositif de soutien des professionnels est prévu. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. Le plan blanc et de gestion des tensions hospitalières a été remis à jour et il comporte l'ensemble des fiches opérationnelles. Il est prévu un exercice non réalisé au moment de la visite. L'établissement développe une politique de prévention du risque numérique. Les personnes référentes sont identifiées, les équipes connaissent les mesures de prévention des risques numériques et les règles à appliquer. Le plan de sécurisation de l'établissement est actualisé. Le personnel connaît les règles de sécurité et les solutions en cas de situation critique. Une attention particulière est apportée à la sécurité routière. Toutefois, l'établissement n'a pas engagé de réflexion concernant le travailleur isolé, en cas d'agression ou d'autre urgence, sur un territoire où les soignants se rendent seuls au domicile, avec un temps de déplacement pouvant atteindre une heure de route. Si le circuit des déchets est adapté à l'établissement, la démarche de développement durable vient d'être formalisée dans une politique dédiée dont les actions sont en cours de développement. L'établissement développe une forte dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins en s'appuyant sur son comité de pilotage, sur un engagement de la gouvernance et des professionnels. Le COPIL qualité et gestion des risques se réunit régulièrement avec les acteurs de la gouvernance, pour adapter les organisations et suivre la démarche qualité. Le COPIL, la CME, et le service Qualité en lien avec la CDU, déterminent les actions à mettre en œuvre, et soutiennent les équipes médico-soignantes dans la mise en œuvre et dans les démarches d'auto-évaluation. L'implication des professionnels dans les instances et les groupes de travail est effective (CLIN, EOH, Comité d'éthique, ...). Le programme d'actions comporte des actions issues de l'analyse des questionnaires de satisfaction et du projet de la CDU. Les résultats des indicateurs de la qualité la sécurité des soins (IQSS) sont recueillis et analysés. Ils font l'objet d'une communication auprès des professionnels et des patients. Des actions sont identifiées à partir de l'exploitation des résultats, et intégrées au PAQ. Tous les professionnels de terrain peuvent déclarer les événements indésirables (EI) par voie informatique à l'HAD ou à

distance sur le logiciel déporté sur smartphone. Ces événements sont traités au fil de l'eau par le responsable qualité, la directrice, la présidente de CME et le cadre de soins responsable. Un retour personnalisé sur le suivi de l'événement est également organisé vers le déclarant, via le dispositif informatisé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins et notamment des EIG est réalisée. La méthode utilisée permet d'identifier les événements les plus critiques devant faire l'objet d'une analyse des causes profondes. Des CREX (comité de retour d'expérience) sont organisés en équipe et les plans d'actions font l'objet de suivi dans le cadre du plan d'actions qualité. Un bilan annuel permet d'identifier les typologies d'événements les plus récurrents et de mettre en place des actions d'amélioration (ex : identitovigilance). En préparation de chaque CDU, les représentants sont informés de la totalité des événements survenus ainsi que des actions d'amélioration mises en place. Les comptes rendus sont diffusés sur la GED. 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 : Renforcer le circuit des médicaments Assurer l'utilisation du carnet de santé Impliquer d'avantage les professionnels dans les analyses des pratiques et les actions d'amélioration associées

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	400000535	SANTE SERVICE DAX	ESPACE DR JEAN MASSIE 22 route des pyrenees 40180 NARROSSE FRANCE
Établissement principal	400780888	SANTE SERVICE DAX	ESPACE DR JEAN MASSIE 22 route des pyrenees 40180 NARROSSE 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	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	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 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	195

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
3	Audit système			
4	Traceur ciblé			Antibiotique injectable : Prescription à administration
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation à domicile Médecine	

8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
9	Traceur ciblé			Chimiothérapie : Prescription à administration
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
11	Audit système			
12	Traceur ciblé			Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine	
	Patient		Tout l'établissement	

14	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation à domicile Médecine	
16	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
17	Audit système			
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
19	Audit système			
20	Traceur ciblé			EIG selon liste établissement
21	Audit système			
22	Traceur ciblé			Non applicable
23	Traceur ciblé			Non applicable

24	Audit système			
25	Traceur ciblé			Précautions complémentaires
26	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine	
27	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
28	Audit système			
29	Audit système			

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

