HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE MEDICALE DE DIETETIQUE DE VILLECRESNES

8 boulevard richerand
94440 Villecresnes



Validé par la HAS en Novembre 2024

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

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

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 11
Chapitre 2 : Les équipes de soins 13
Chapitre 3 : L'établissement 15
Table des Annexes 17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l’établissement en 2024 19
Annexe 3. Programme de visite 23

Préambule

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

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

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

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluéepar 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, siune 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

CLINIQUE MEDICALE DE DIETETIQUE DE VILLECRESNES	
Adresse	8 boulevard richerand 94440 Villecresnes FRANCE
Département / Région	Val-de-Marne / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	940000862	SARL CLINIQUE DE DIETETIQUE	8 boulevard richerand 94440 Villecresnes FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

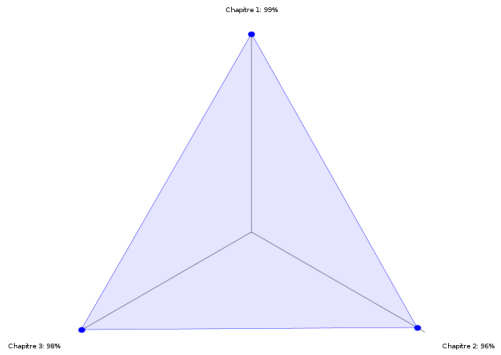
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

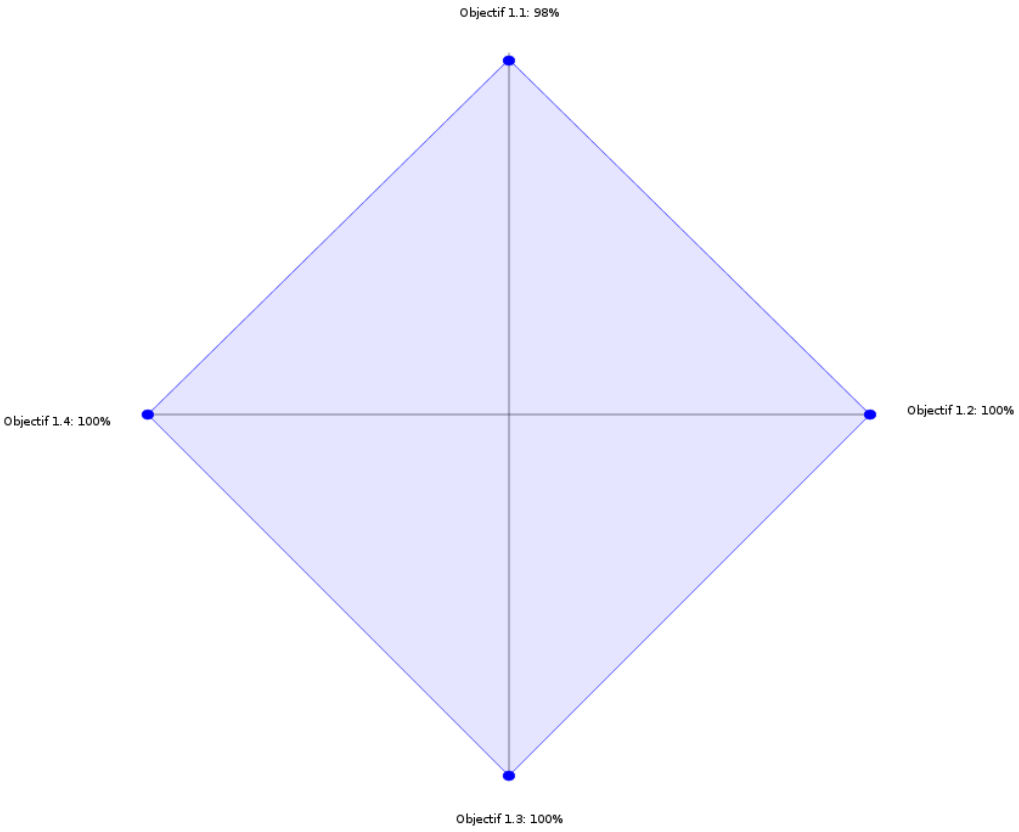
Au regard du profil de l’établissement,96 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



99%

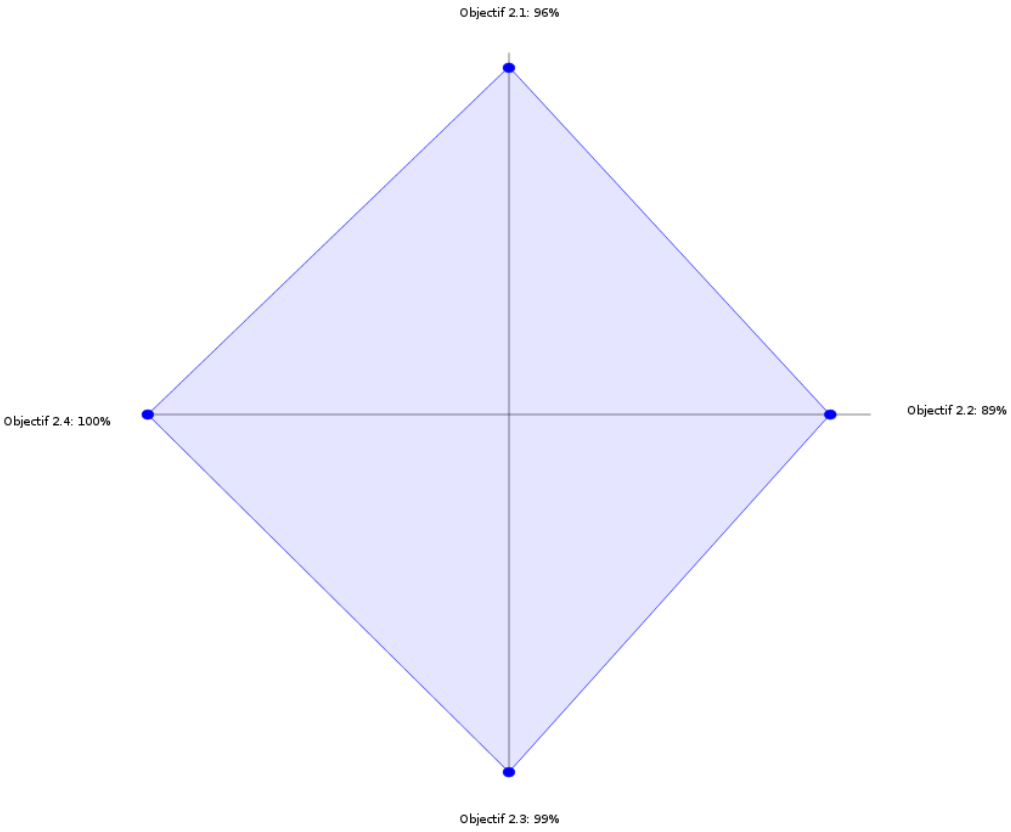
du score maximal

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%

La Clinique médicale de diététique de Villecresnes est un des 8 établissements du Groupe ALMAVIVA SANTE , pôle Ile de France Sud. Cette Clinique accueille des patients dans le cadre de trois autorisations : une autorisation de soins médicaux et de réadaptation polyvalent (50 lits), une autorisation de médecine en hospitalisation complète(26 lits) et une en hospitalisation de jour(10 places) . Lors de la visite, les lits étaient opérationnels. Le recrutement des patients issu des consultations et des transferts hospitaliers est d'abord un recrutement en proximité. Pour les différents types de prise en charge, l'analyse du parcours du patient effectuée par le biais des rencontres avec le patient ou issue de l'étude du dossier du patient montre l'atteinte des objectifs du chapitre. A chaque étape du parcours le patient ou la personne de confiance reçoit une information claire et adaptée. Pour renforcer l'accueil, l'information et la prise en charge de la douleur un projet

des usagers a été initié. Le consentement éclairé du patient sur son projet de soins est recherché, le patient est acteur de sa prise en charge. Le respect du patient est un souci constant des équipes de soins. Cela a été parfaitement illustré en visite. Les chambres tiennent compte du respect de l'intimité et de la dignité lors des soins prodigués, des rideaux ont été installés dans les chambres doubles, du mobilier spécifique est présent pour les patients en surcharge pondérale majeure. L'établissement s'est engagé à l'atténuation de la douleur (évaluation régulière). La capacité d'autonomie du patient est prise en compte. Des supports d'information sur les messages de santé publique sont disponibles dans les services, l'établissement participe aux évènements locaux de prévention (journée diabète, journée obésité, salon sport santé à titre d'exemples). Un programme d'éducation thérapeutique associe les kinésithérapeutes, les APA et les psychologues) . Des actions d'éducation thérapeutique sont déclinées collectivement ou individuellement. Un travail est en cours en lien aussi avec le projet des usagers afin que le patient soit informé de manière adaptée sur son droit à rédiger des directives anticipées (avant l'admission, pendant le séjour). La contention est prescrite et réévaluée, le patient est informé. La prise en compte du handicap est effective : l'établissement s'assure de rendre accessible aux personnes en situation de handicap l'ensemble de l'établissement. La Clinique favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables. Avec l'accord du patient, les proches ou aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins, en particulier pour le projet de sortie. Ce projet prend en compte les ressources financières pour adapter les propositions et conseils. L'assistante sociale assure avec les équipes de soins la prise en compte des conditions de vie et de lien social de chaque patient lorsque cela est nécessaire . La présence d'un psychologue permet d'accompagner l'inclusion sociale des patients en situation de précarité ou présentant des troubles psychiques.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



96%

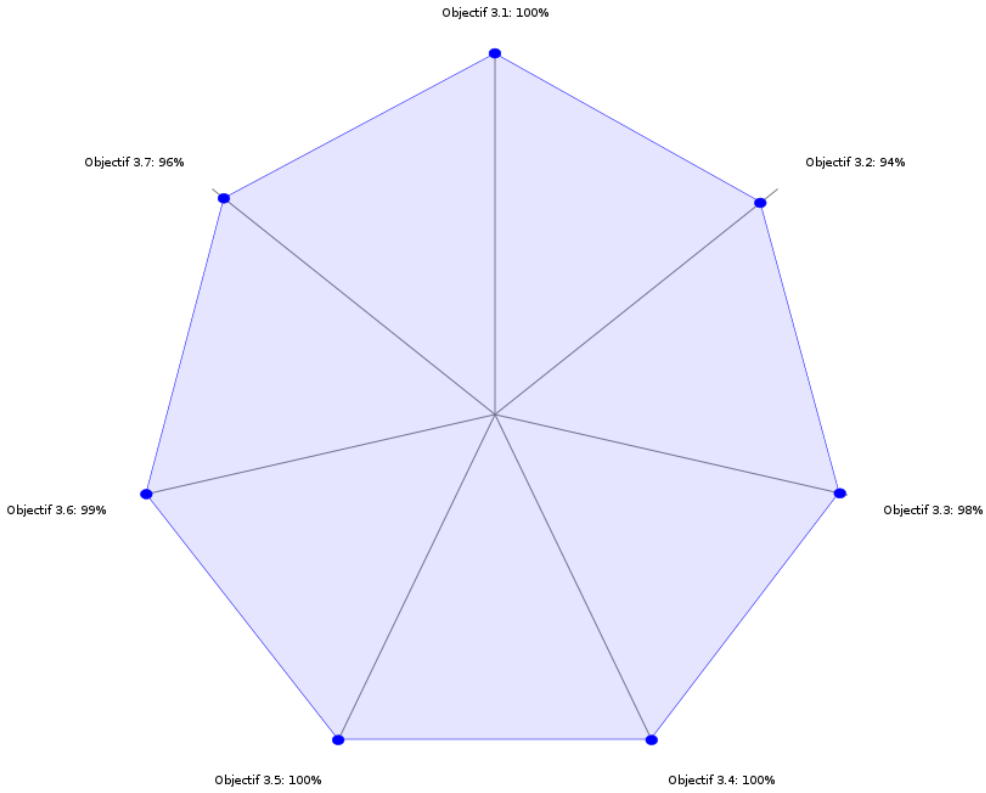
du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	96%
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	89%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

La pluriprofessionnalité de l'équipe (intégrant tous les acteurs y compris , les personnels de la restauration et les agents de service logistique), la coordination de la prise en charge actent l'atteinte des objectifs de ce chapitre. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée. La démarche de formation est en cours . La réflexion régulière de la pertinence des thérapeutiques, l'évaluation de la qualité des soins évitent les ruptures de parcours. A titre d'exemple, la complémentarité des acteurs dans la construction et le suivi du parcours en SMR permettent de proposer au patient un parcours singulier au plus près de ses besoins. Les articulations fortes entre les équipes et la synergie de chaque équipe consolident la traçabilité des données du patient dans son dossier. La traçabilité de la réflexion pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire sur la décision est effective. La réflexion sur la pertinence des parcours par la complémentarité des hospitalisations en lien avec

les consultations parfois avec d’autres établissements du Groupe, complète la coordination « ville-hôpital ».L’établissement a aussi établi des partenariats nécessaires à la fluidité des parcours . Dans le cadre de la mise en œuvre du projet personnalisé du patient, les réseaux du territoire sont associés. La gestion du risque infectieux est maîtrisée. Le développement et le partage de compétences , l’actualisation en cours des protocoles ont conforté la mise en œuvre des processus. Le circuit de la prise en charge médicamenteuse est organisé, il est sécurisé, y compris pour les médicaments à risque. Les équipes évaluent leurs pratiques, des actions issues de ces évaluations sont mises en œuvre. La formalisation de la démarche d’évaluation de la pertinence des prises en charge est à conforter. Les évènements indésirables associés aux soins sont source d'actions d'amélioration, la démarche de déclaration des EIG a été initiée. Le délai d’envoi des lettres de liaison est évalué, des actions restent à mener pour atteindre l’exhaustivité de la remise des lettres de liaison le jour de la sortie. Le développement de LIFEN a permis d’améliorer significativement les indicateurs . Les bonnes pratiques d’identification du patient sont respectées. La satisfaction des patients et l’expérience des patients sont prises en compte par l’enquête de satisfaction dont le taux de retour est désormais plus conséquent.

Chapitre 3 : L'établissement



98%

du score maximal

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	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

Le positionnement stratégique de l'établissement est induit par son implantation dans le maillage sanitaire du Groupe ALMAVIVA. Des partenaires sont identifiés par le biais de prestations inter-établissements dont les synergies avec les Cliniques du Val d'Yerres (imagerie, biologie) , de l'Yvette (parcours bariatrique) , d'Athis-Mons (examens de fibroscopie) , les Centres hospitaliers de Créteil et Villeneuve et l'utilisation régulière des

dispositifs de coordination présents sur le territoire. Des liens ont aussi été établis avec les communautés professionnelles dont les professionnels de la nutrition. Le contenu de la lettre de liaison a fait l'objet d'actions d'amélioration effectives. L’accessibilité aux soins des personnes vulnérables est facilitée. L'engagement des patients est recherché, la gouvernance porte des initiatives visant à mobiliser l'expertise patient essentiellement par le biais des enquêtes de satisfaction, la mise en œuvre et la formalisation d’autres actions est en cours (recrutement d’un patient expert formé à l’éducation thérapeutique). L’évaluation des résultats des soins perçus a été initiée (Méthode AMPPATI). Des actions concernant la bienveillance et la lutte contre la maltraitance sont diffusées. L’état des lieux des questions éthiques est établi par la CDU qui a un groupe éthique issu de ses membres . Les thèmes abordés permettent d’associer d’autres professionnels : intimité/dignité du patient, critères d’admission, respect des droits. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins, la démarche qualité a été revisitée depuis la dernière certification. Dans le cadre du Groupe, le temps dédié à la structuration, à la diffusion de la culture qualité, à la réorganisation du recueil de la satisfaction a permis d’acter la déclinaison des actions d’amélioration, l'analyse, l'exploitation et la communication des indicateurs. L’évaluation de la démarche est en cours. La démarche de gestion documentaire est en cours d’optimisation. L’établissement favorise le travail en équipe : l'accompagnement et le soutien aux équipes est effectif (psychologue en interne et en externe, cohésion d’équipe, rôle du CSE, professionnels référents, présence d’une médiation si nécessaire). Des réunions inter-métiers groupe viennent compléter le dispositif. Une démarche de type PACTE a été initiée, des éléments constitutifs de cette démarche existent. Un dispositif d’accompagnement guide les nouveaux arrivants, 90% des salariés sont en contrat à durée indéterminée. La démarche qualité de vie au travail se concrétise par une démarche Groupe intitulée « bien au travail » déclinée en actions sur le terrain. La messagerie sécurisée été déployée. La maîtrise des situations exceptionnelles et la prise en charge des urgences vitales (numéro unique et dédié en interne) sont assurées. Les exercices de mise en situation sont programmés. Autant que faire se peut, l’établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées. Le réseau de correspondants médicaux (médecins traitants et médecins spécialistes) est disponible . La maîtrise des risques numériques a été renforcée. Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux issu d’un diagnostic initial. Le comité RSE est opérationnel , un référent a été désigné. L'établissement soutient le recueil de satisfaction des patients. Les représentants des usagers sont partie prenante des instances et de groupes de travail. Les plaintes et réclamations sont présentées et analysées en CDU et CME. L'accès du patient à son dossier est facilité. La politique qualité-sécurité des soins est déclinée en actions concrètes, la CME Y est associée. Cette politique est retrouvée dans les orientations et valeurs de l'établissement. L’établissement dans le cadre de la recherche au sein du Groupe Almaviva a décliné un programme de recherche clinique : l’impact de l’utilisation d’une pompe à insuline sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 1 naïfs de pompe.

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	940000862	SARL CLINIQUE DE DIETETIQUE	8 boulevard richerand 94440 Villecresnes FRANCE
Établissement principal	940300452	CLINIQUE DIETETIQUE DE VILLECRESNES	8 boulevard richerand 94440 Villecresnes FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	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	40
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	45
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
3	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
9	Traceur ciblé			Balnéo

10	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Audit système			
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Audit système			

21	Audit système			
22	Audit système			
23	Traceur ciblé			PSL NA
24	Audit système			
25	Traceur ciblé			EI
26	Audit système			
27	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Audit système			

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Novembre 2024