



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**HOPITAL  
INTERCOMMUNAL DE  
LA PRESQU'ILE**

Avenue pierre de la bouexiere

Bp 5419

44350 Guerande



Validé par la HAS en Juillet 2022

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Juillet 2022

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	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 2022	19
Annexe 3. Programme de visite	23

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE	
Adresse	Avenue pierre de la bouexiere Bp 5419 44350 Guerande Cedex FRANCE
Département / Région	Loire-Atlantique / Pays de la Loire
Statut	Public
Type d'établissement	Hôpital Local

**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	440028538	HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE	1 avenue pierre de la bouexiere Bp 25419 44350 GUERANDE FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

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

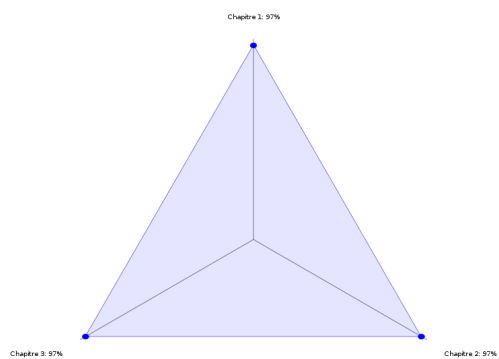


# Champs d'applicabilité

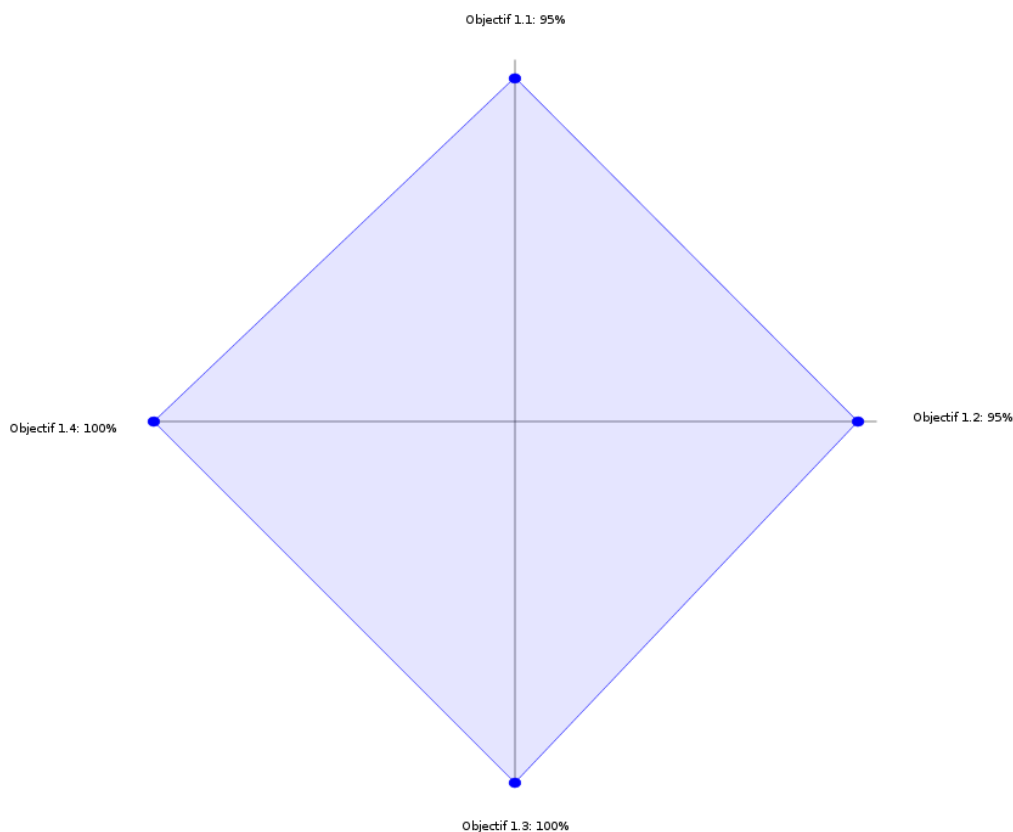
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

# Résultats



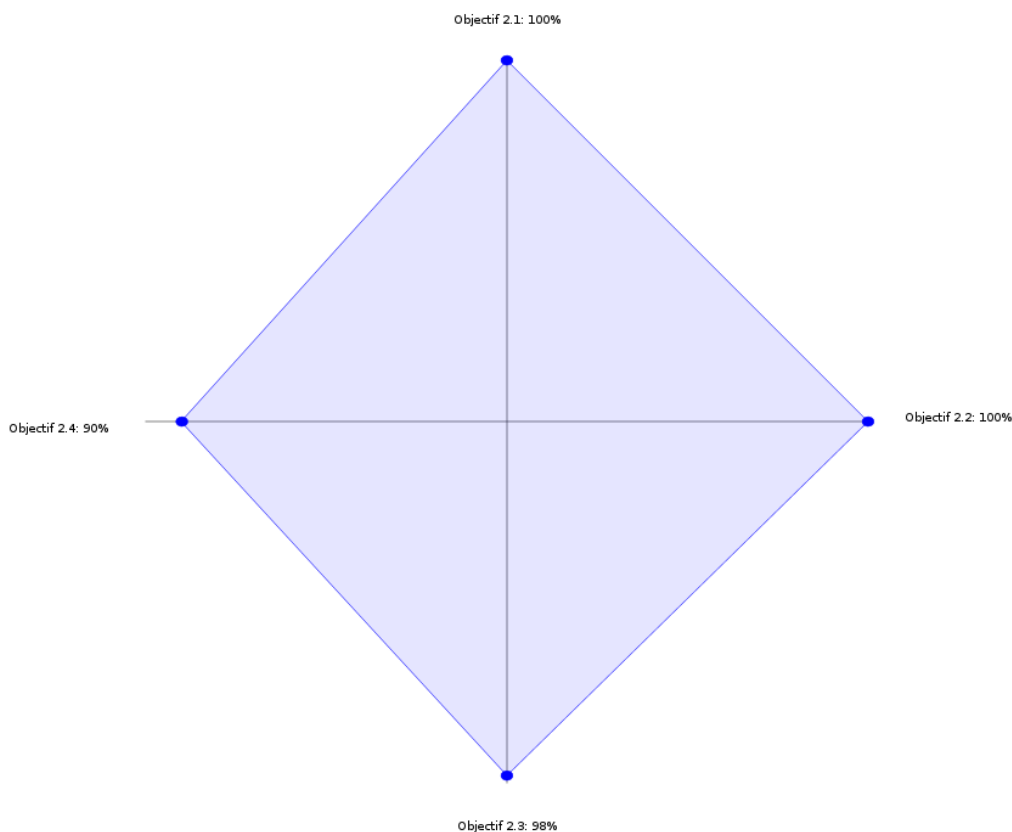
# Chapitre 1 : Le patient



Le patient est informé et son implication dans sa prise en charge est recherchée. Les rencontres avec les patients ont montré leur implication dans leur prise en charge. Ils reçoivent des informations claires sur leur état de santé et sur les soins envisagés, ce qui leur permet d'exprimer un consentement libre et éclairé sur leur projet de soins établi et suivi en pluridisciplinarité. Dans tous les services la charte de la personne hospitalisée, une charte de bientraitance, des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique et la prévention primaire, sont affichés. Les patients sont invités à désigner une personne de confiance. La traçabilité des informations données aux patients sur les directives anticipées n'est pas exhaustive dans tous les services, elles sont recueillies en unité de soins de longue durée (USLD) et en soins palliatifs, pour lesquels les professionnels font appel pour des avis spécialisés au Réseau de Soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire (RESPEL). Le patient est respecté. Les pratiques des professionnels garantissent le respect de la dignité des patients, malgré les difficultés architecturales ne permettant pas le respect total de l'intimité sur le site de Guérande (chambres vétustes et salle de bain commune ne fermant pas). Des travaux de reconstructions sont actés dans le cadre du Ségur. La confidentialité des données des patients est respectée, les accès au dossier patient informatisé sont sécurisés par identifiants personnalisés et mots de passe, et fermés en l'absence des professionnels. Les aptitudes et capacités des patients âgés ou vivant avec un handicap font l'objet d'une évaluation systématique, et les mesures permettant le maintien de leur autonomie sont mises en place. En cas de contention les règles de bonnes pratiques sont respectées avec une information des patients ou de leur entourage, une prescription tracée dans le dossier et des réévaluations régulières. La prise en charge de la douleur, que ce soit pour l'anticiper ou la soulager rapidement est soulignée par les patients et sa traçabilité est retrouvée dans les dossiers. Les proches et/ou aidants sont

associés à la mise en œuvre du projet de soins. Les conditions de vie antérieures et les éventuelles problématiques sociales sont prises en compte dans le projet de soins des patients et pour la préparation de leur sortie.

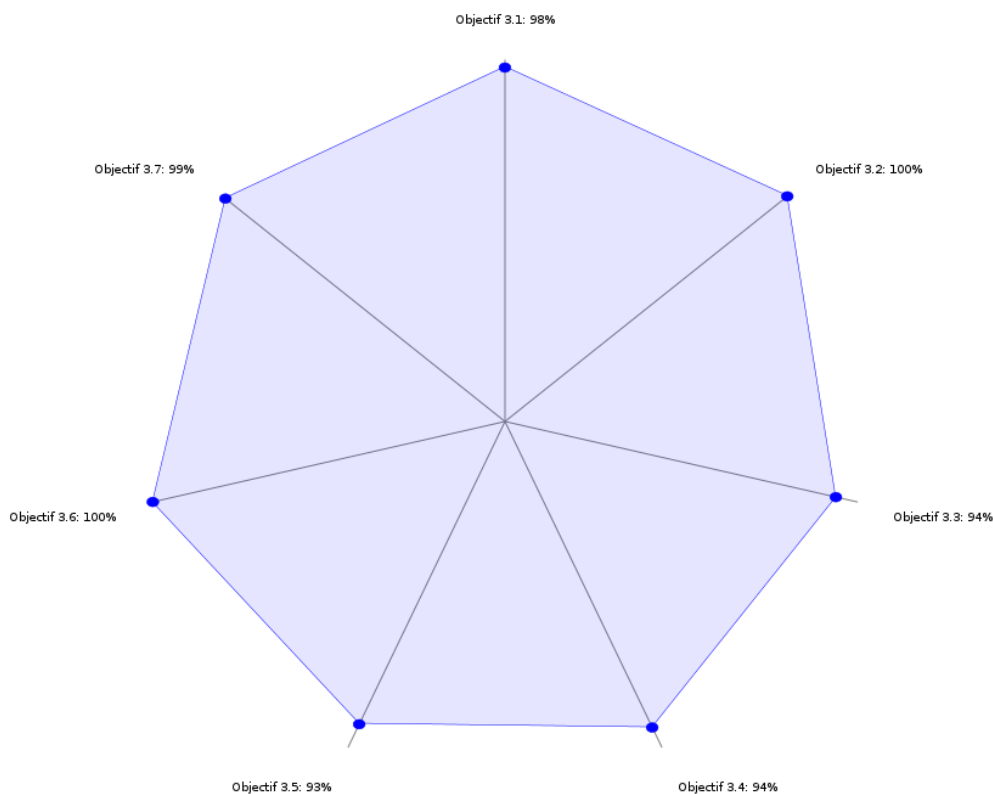
## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Prise en charge pluridisciplinaire La pertinence des modalités de prise en charge est argumentée en équipe, notamment durant les staffs pluridisciplinaires. Les prescriptions des traitements antibiotiques répondent à des justifications tracées dans le dossier informatisé du patient, et les réévaluations entre la 24<sup>e</sup> et la 72<sup>e</sup> heures sont systématiques. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont intégrés dans le dossier du patient et partagés en temps utile par tous les professionnels impliqués par la prise en charge du patient. Le projet de soins du patient est construit en pluridisciplinarité en tenant compte des besoins du patient. La lettre de liaison détaillée et conforme à la réglementation est remise au patient le jour de la sortie. La pertinence des transfusions des produits sanguins est argumentée avec un taux de traçabilité de 100%. L'établissement a nommé des référents infirmiers dans chaque service transfuseur, et un suivi des éventuels incidents transfusionnels est réalisé. La maîtrise des risques Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification des patients qui sont tous porteurs d'un bracelet d'identification, et l'ensemble des documents du dossier papier sont identifiés. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires. Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées. La prescription des médicaments est conforme à la réglementation. Cependant, les patients étaient supposés par défaut autonomes pour la prise des médicaments lors de la prescription, qui donc n'était vérifiée par les infirmières que sur prescription médicale spécifique. Au cours de la visite, l'établissement a mis en oeuvre sa procédure modifiée afin que tous les patients aient systématiquement une vérification de leur prise médicamenteuse, sauf prescription médicale spécifiant la possibilité d'une autonomie du patient. La pérennité de cette nouvelle organisation n'a pas pu être vérifiée. L'analyse pharmaceutique est exhaustive, la conciliation médicamenteuse à l'entrée est réalisée. Le patient est informé des médicaments qu'il prend, les médicaments

sont identifiables jusqu'à leur administration sauf dans un service où les médicaments étaient déblistérés avant la tournée d'administration du soir. L'établissement a réagi durant la visite, a mis en oeuvre une nouvelle organisation, permettant le retour à une administration conforme à la réglementation. La pérennité de cette nouvelle organisation n'a pas pu être vérifiée. La traçabilité de l'administration des médicaments est effective, de même que leur non administration. La liste des médicaments à risque est connue des professionnels, ils sont identifiés comme tels dans les armoires de stockage. Evaluation de leurs pratiques par les équipes Les équipes évaluent les résultats cliniques de leurs patients mais n'ont pas structuré cette démarche en évaluation de pratique professionnelle pour tel ou tel type de prise en charge. Elles recueillent et analysent la satisfaction des patients et mettent en oeuvre des actions d'amélioration en fonction des résultats. En addictologie il est remis aux patients un carnet de soins qui lui permet d'exprimer ses émotions. Les équipes connaissent les recommandations établies par la commission des usagers, qui ont été intégrées au projet d'établissement.

## Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement dans son territoire L'établissement a établi des partenariats nécessaires à la fluidification des parcours avec pour résultats 50% des entrées en médecine qui se font directement sans passage par les urgences, remplissant ainsi son rôle d'hôpital de proximité au sein de son groupement hospitalier de territoire. Les usagers, les partenaires de ville (CPTS) ou les autres acteurs hospitaliers ou médico sociaux (association des EHPAD du territoire) peuvent joindre aisément l'établissement par téléphone ou internet pour faciliter l'accès aux soins ou fluidifier les contacts avec les acteurs du territoire. L'alimentation du Dossier Médical Partagé n'est pas réalisée. L'engagement des patients L'établissement mène de nombreuses actions de promotion de la bientraitance et s'assure de l'appropriation des bonnes pratiques visant au repérage et à la prévention de la maltraitance ordinaire. L'établissement mobilise des actions d'expertise des patients, il a salarié à temps partiel un « pair aidant » dans le service d'addictologie qui co-anime des groupes de paroles et réalise des échanges individuels Pour les personnes vulnérables les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge en interne et en externe existent, les assistantes sociales travaillent avec un réseau local de services spécialisés d'aide à la personne âgée. L'accès du patient à son dossier est organisé, les délais sont respectés et la commission des usagers est informée. Le fonctionnement de la commission des usagers est réglementaire, les représentants sont informés des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves et associés aux soins, des réponses aux questionnaires de satisfaction. Ils émettent des propositions d'amélioration qui ont pu être intégrées dans le projet d'établissement. L'hôpital participe à des projets de recherche, tel le projet MAJIK en rhumatologie dans le cadre de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, ou un travail sur les interruptions de taches piloté par la structure régionale d'appui QUALIREL. Leadership, travail en équipe, qualité de vie au travail Le déploiement de la culture qualité est intégrée dans

toutes les dimensions de la stratégie de l'établissement et les objectifs sont déclinés dans un programme d'actions. Des formations au management ont été mises en place pour les responsables de service. L'établissement assure une adéquation entre les ressources humaines et la qualité sécurité des soins. Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe, notamment au travers de la synchronisation des temps médicaux et para médicaux. Les compétences des professionnels sont régulièrement évaluées en lien avec les types de prise en charge de l'établissement, ce qui permet de définir un plan de formation et de développement professionnel continu. Les grandes orientations de la Qualité de Vie au Travail (QVT) sont définies dans le projet médico soignant, ainsi que le calendrier de réalisation. Réponse opérationnelle aux risques Le plan de sécurisation des établissements de santé a été actualisé début 2022. Un retour d'expérience COVID a été réalisé en 2020. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence, le matériel d'urgence est contrôlé et sa vérification est tracée. Il existe un numéro unique d'appel d'urgence par site. Les risques numériques et leur prévention sont connus des professionnels. La direction a acté un engagement de prise en compte du développement durable, un diagnostic initial a été réalisé, un diagnostic énergétique est prévu en 2022. Dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins Les équipes sont mobilisées par la gouvernance, et notamment la CME , sur l'identification et la diffusion des bonnes pratiques cliniques en rapport avec l'activité de l'établissement. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte le point de vue du patient, dont les actions qui en découlent sont intégrées dans le PAQSS. Le programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre à l'échelle de l'établissement et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Il en est de même pour les actions issues de l'analyse des évènements indésirables. Treize comités pluridisciplinaires copilotent ces actions et en assurent la communication institutionnelle. La commission médicale organise trois réunions par an dédiée à la qualité.



# Table des Annexes

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

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	440028538	HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE	1 avenue pierre de la bouexiere Bp 25419 44350 GUERANDE FRANCE
Établissement principal	440001253	HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE-SITE DE GUERANDE	Avenue pierre de la bouexiere Bp 5419 44350 Guerande Cedex FRANCE
Établissement géographique	440001261	HOPITAL INTERCOMMUNAL DE LA PRESQU'ILE-SITE LE CROISIC	Rue georges clemenceau 44490 Le Croisic FRANCE
Établissement géographique	440021194	HLI DE LA PRESQU'IL - SITE DE GUERANDE SLD	Avenue pierre de la bouexiere 44350 Guerande FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	59
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	7
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	75
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	42
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	QVT & Travail en équipe		
2	Audit système	Maitrise des risques		
3	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		A définir
4	Audit système	Engagement patient		
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	

10	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
11	Audit système	Leadership		
12	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
13	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
14	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	



15	Audit système	Coordination territoriale		
16	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
18	Audit système	Dynamique d'amélioration		
19	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		A définir
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard ou complémentaire
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard ou complémentaire
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		A définir
24	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
25	Audit système	Représentants des usagers		

26	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
27	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
28	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
30	Parcours traceur			

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

