



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

ADA 17

6 rue alexander fleming
17000 La Rochelle



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 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	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	22
Annexe 3. Programme de visite	26

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

ADA 17	
Adresse	6 rue alexander fleming 17000 La Rochelle FRANCE
Département / Région	Charente-Maritime / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	170000988	ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'AUTODIALYSE EN CHARENTE MARITIME (ADA 17)	6 rue alexander fleming 17000 LA ROCHELLE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

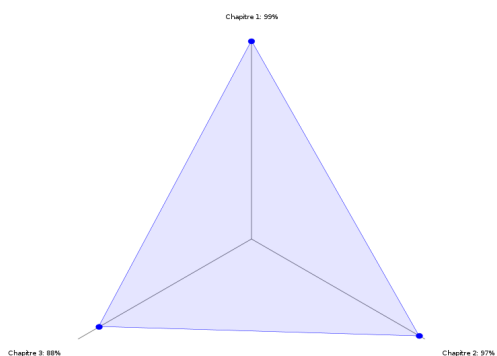
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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
Tout l'établissement

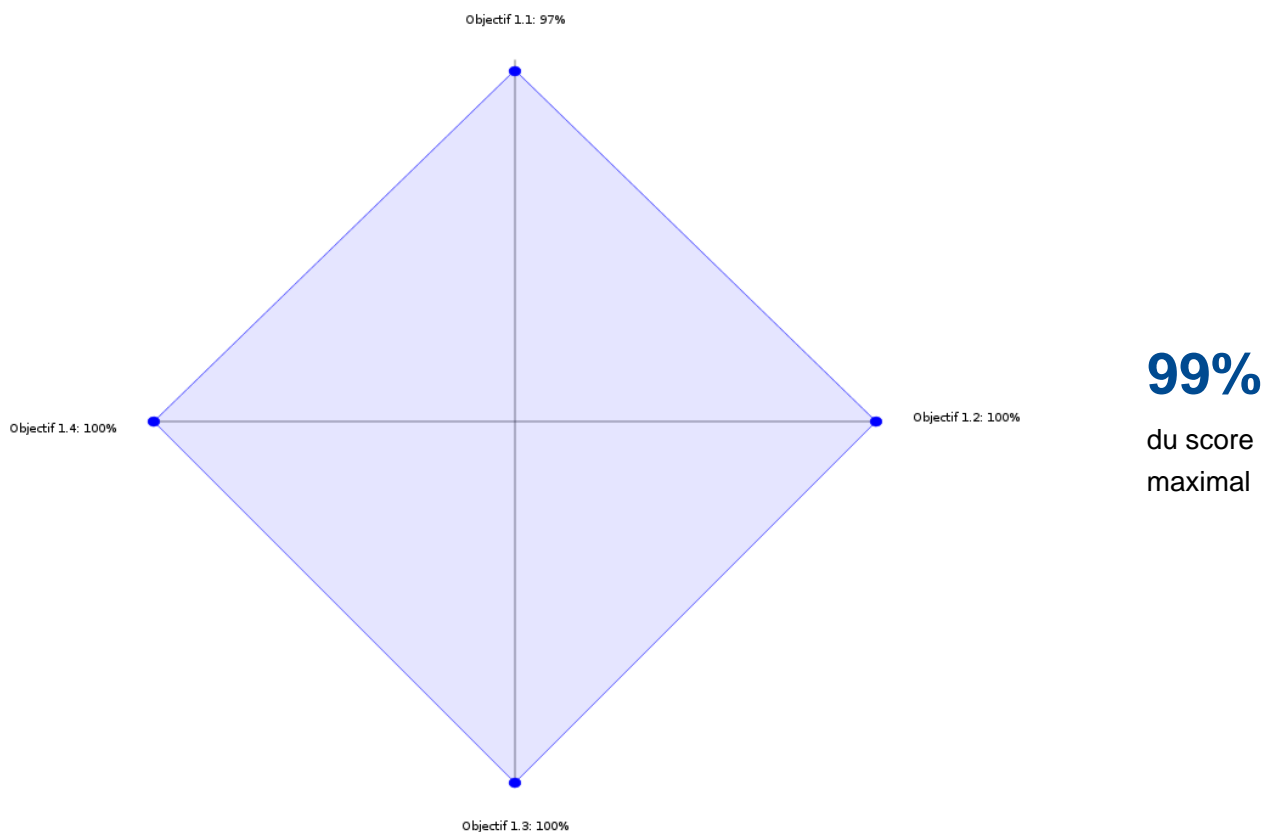
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

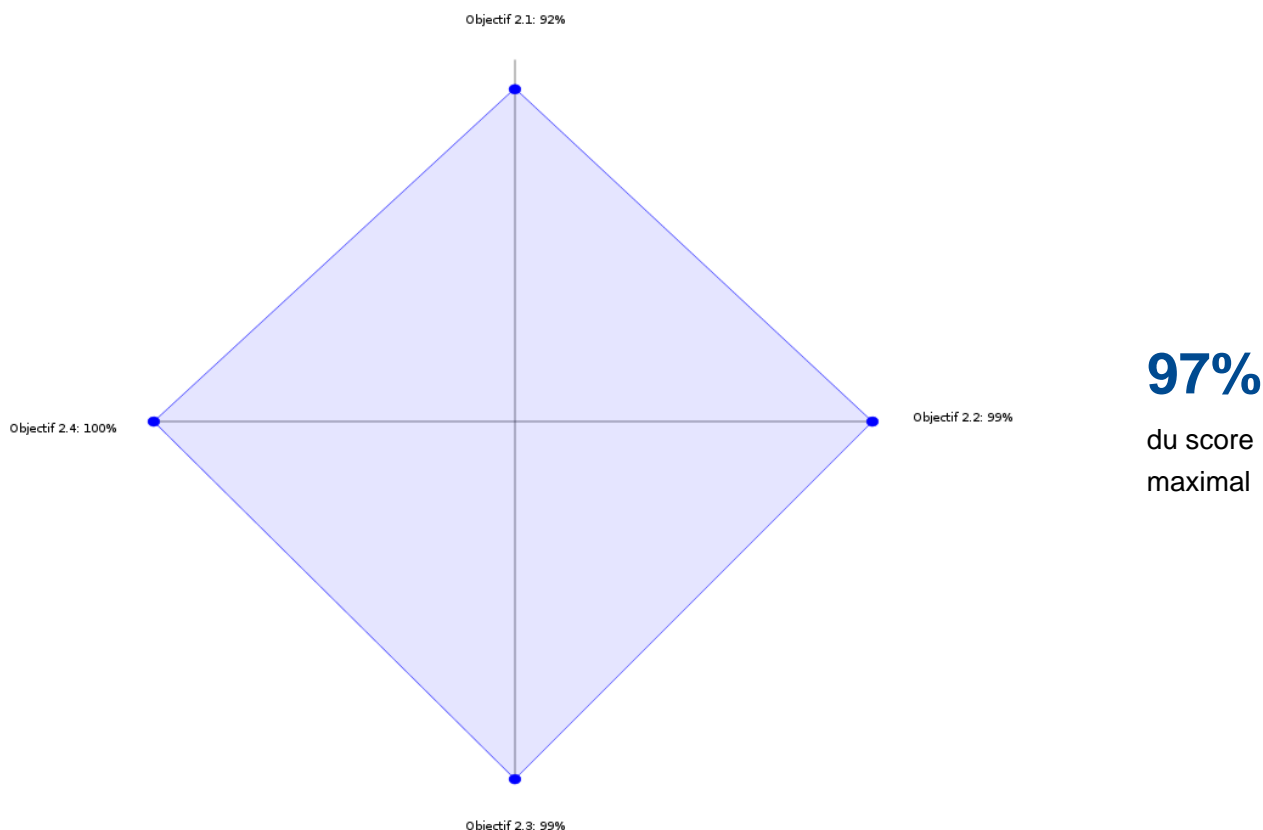


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

ADA 17 (L'Association pour le développement de l'Autodialyse en Charente-Maritime) fondée en 1981 prend en charge des patients dialysés en UDM (Unité de Dialyse Médicalisée) et en UAD (Unité d'Autodialyse) dans le département sus cité en région Nouvelle Aquitaine. Le patient est en grande partie informé et son implication est recherchée. L'ADA 17 a mis en place un dispositif permettant d'informer et d'impliquer le patient dans sa prise en charge. Le patient est informé sur sa maladie rénale chronique et sur les modalités de dialyse sur la base d'une réflexion bénéfique/risque. Avant sa mise en dialyse, il bénéficie d'un accueil personnalisé par l'IPA (Infirmière de Pratique Avancée) qui lui remet les informations nécessaires (déroulement de la séance de dialyse, conduite à tenir concernant son abord vasculaire, hygiène, nutrition, traitement médical etc.). Lors de cet entretien le patient est informé de façon adaptée et personnalisée sur son droit à rédiger ses directives

anticipées. Le livret d'accueil lui est présenté ainsi que des fiches d'informations relatives notamment à l'identitovigilance, les directives anticipées, la douleur, l'éducation thérapeutique, les traitements médicamenteux etc. Dès son arrivée en dialyse les professionnels en soins de support (diététicienne, psychologue, assistante sociale) rencontrent le patient afin de présenter leurs missions et d'établir un bilan d'entrée. Sur la base des éléments recueillis lors de ces différents entretiens, le projet de soins du patient est formalisé dans le DPI (Dossier Patient Informatisé), il est adapté à ses souhaits, ses conditions de vie et de lien social. Il est présenté au patient qui exprime son consentement libre et éclairé sur sa prise en charge. Le patient est acteur de sa prise en charge. De nombreux messages de santé publique (vaccination, charte de bientraitance) et de prévention primaire (tabac, alcool, activité physique, nutrition, hygiène) en lien avec la maladie rénale chronique sont disponibles à l'entrée de l'unité. Par le biais du livret d'accueil, le patient est informé sur ses droits notamment la désignation et le rôle d'une personne de confiance et d'une personne à prévenir dont les traçabilités sont retrouvées sur les formulaires prévus dans le DPI. Cependant, malgré les informations présentes dans le livret d'accueil et la mise à disposition d'une fiche avec une enveloppe T dans les vestiaires, certains patients ne connaissent pas les modalités pour soumettre une réclamation durant et après leur séjour. L'ensemble des patients rencontrés, à l'exception d'un, n'est pas informé sur les modalités pour déclarer tout événement indésirable associé à ses soins (EIAS). Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. La traçabilité de ces éléments est retrouvée dans le DPI. Le patient est informé sur les RU (Représentants des Usagers) qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son domicile par le biais du livret d'accueil et d'affichage dans l'unité (trombinoscope des RU). Tout au long de sa prise en soins, au cours des séances de dialyse réalisées en ambulatoire, trois fois par semaine en moyenne, le patient est informé sur sa prise en charge, les consignes de suivi pour les médicaments etc. par les IDE de l'unité et les médecins lors de leurs visites sur site et lors des consultations. Le patient est respecté. Les professionnels s'attachent à respecter, avec beaucoup de bienveillance l'intimité et la dignité des patients. Les locaux sur l'ensemble des sites offrent la possibilité d'isoler les patients, par le biais de séparateurs ou de paravents, dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel. La Charte du Patient, la Charte du patient dialysé, la Charte de bientraitance sont affichées à l'entrée des unités. L'évaluation du projet personnalisé de soins permet de le réajuster, autant que de besoin, notamment en cas de perte d'autonomie du patient, évaluée sur la base d'une grille, et d'orienter le patient vers le centre de repli dans le cadre de la convention obligatoire entre les deux unités. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur. La douleur est évaluée à chaque séance de dialyse et prise en charge, le cas échéant. Des thérapies alternatives (sophrologie, art thérapie etc.) lui sont également proposées. Les proches et/ ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient et leur implication est recherché. Les conditions de vie et de lien social du patient sont connues. Dans le cas d'un patient en situation de précarité sociale, les professionnels contactent l'assistante sociale afin qu'il bénéficie d'un accompagnement. Les besoins des patients vivant avec un handicap sont évalués pour une prise en compte dans son projet de soins. Lors de chaque séance de dialyse les IDE et les agents sont attentifs aux conditions de vie habituelles du patient et alertent les médecins et/ou les professionnels en soins de support en cas de changement de situation.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



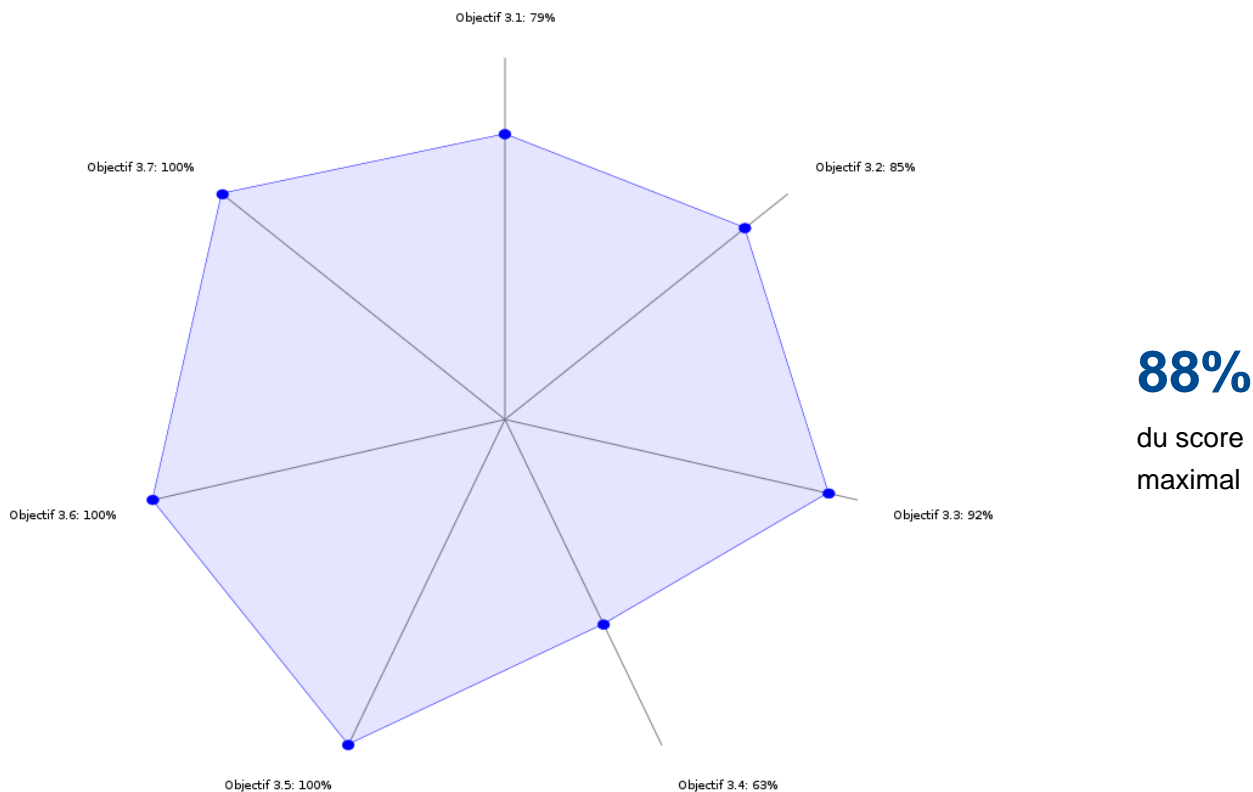
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	92%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent 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 pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Les recommandations de bonnes pratiques sont formalisées et accessibles à l'ensemble des professionnels dans la GED (Gestion Documentaire), via un logiciel spécifique. L'ensemble des documents utiles à la prise en charge des patients et/ou à l'organisation de l'unité, les documents relatifs à la vie de l'établissement (comptes-rendus des instances, note d'information etc.) sont également diffusés par ce biais. Afin d'argumenter la pertinence des décisions de prise en charge, notamment, par exemple, le maintien ou non dans la modalité de dialyse en fonction de l'état du patient, des staffs pluridisciplinaires réunissant médecins, infirmières, secrétaires médicale, diététicienne, assistante sociale, psychologue, sophrologue sont réalisés tous les mois sur le secteur sud et le secteur nord du département. L'ensemble des décisions actées pour les patients, lors de ces staffs : stratégie thérapeutique

etc. est tracé dans le DPI (Dossier patient informatisé). De plus au cours de ces staffs sont abordées des thématiques en lien avec les droits des patients (bienveillance, éthique etc.), le circuit du médicament, l'hygiène, la qualité et la sécurité des soins, la sécurité des systèmes d'information etc. Un compte-rendu de staff est formalisé et diffusé. En cas d'infection nécessitant un traitement antibiotique par voie intra veineuse, le patient est transféré en centre. Dans les unités, seuls des antibiotiques per os sont prescrits dans le traitement personnel du patient pris à son domicile. Cette prescription d'antibiothérapie est détaillée et argumentée par le médecin néphrologue, elle fait l'objet d'une analyse pharmaceutique systématique par le pharmacien. Durant la durée du traitement, sa réévaluation est tracée dans le DPI, à chaque séance de dialyse. Le recours pour avis à un référent est possible sur l'ensemble des structures. Cependant les médecins de la structure n'ont pas récemment participé à de sessions d'actualisation de leurs connaissances sur les antibiotiques. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. A l'ADA 17, afin de proposer au patient un parcours coordonné, il existe une véritable cohésion des équipes pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire autour de la prise en soin du patient en intra hospitalier mais également avec les équipes d'amont et d'aval. Le dossier patient informatisé, spécifique à la prise en charge des patients en dialyse, est partagé par l'ensemble des professionnels dans toutes les unités et participe de la coordination des professionnels. En effet, tous les éléments utiles à la prise en soins du patient y sont tracés. Avant son admission, lors de sa rencontre avec l'IPA et au début de sa prise en soins à l'ADA 17, suite aux rencontres avec les médecins, les IDE de l'unité et les professionnels en soins de support, le patient et ses proches participent à l'élaboration du projet de soins. Il est adapté à ses besoins et préférences qui sont réévalués tout au long de sa prise en charge et tracés dans le DPI. Les informations reçues notamment par le biais de l'ETP (Education Thérapeutique) lui permettent d'être acteur de sa prise en charge. Si besoin, l'équipe peut faire appel facilement à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise. Dans le respect du choix du patient et de ses proches, une démarche palliative coordonnée, pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle est mise en place, pour les patients en fin de vie, soit directement par la structure notamment avec les équipes d'HAD (Hospitalisation à Domicile), soit en lien avec les établissements qui assurent le repli en centre par convention. Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin lors des transferts en hospitalisation ou vers une autre unité de dialyse. Lors des consultations périodiques, réalisées par les médecins néphrologues de l'unité, une lettre détaillée est adressée au médecin traitant reprenant l'évolution de la maladie, la prise en charge, les résultats biologiques, les traitements, le bilan thérapeutique etc. Le volet projet de soin est remis au patient. Les équipes maîtrisent en partie les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont formalisées dans une procédure sur la base du Référentiel National d'Identitovigilance. Elles sont mises en œuvre, lors de la création du dossier du patient, à son arrivée dans la structure, par les secrétaires médicales qui sont particulièrement vigilantes. Au quotidien, l'identification du patient, pris en charge pour une maladie chronique qui vient dans l'unité trois fois par semaine, est assurée par l'IDE à l'appui de la photo du patient insérée dans le DPI. Le dispositif relatif aux vigilances sanitaires est connu des professionnels (procédures, référent par vigilance, signalement etc.). Sur la base d'une cartographie réévaluée périodiquement et d'analyse des EIAS (Événements indésirables associés aux soins) l'ensemble des étapes du circuit du médicament est formalisé. Des EPP (Évaluations des pratiques professionnelles) et contrôles sont réalisés par la pharmacienne qui est présente sur les unités et accompagne les professionnels dans la mise en place des actions d'amélioration. Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont mises en œuvre, notamment pour les médicaments à risque qui sont définis (liste), identifiés et connus des professionnels qui y sont sensibilisés et formés. Les prescriptions et la traçabilité de l'administration des médicaments et des DM (Dispositifs Médicaux) sont réalisés en temps réel au lit du patient, grâce aux ordinateurs portables avec WIFI mis à disposition des professionnels. L'analyse pharmaceutique de l'ensemble des traitements (per dialytique et personnel) est formalisée systématiquement dans le DPI par la pharmacienne. Cependant cette analyse n'intègre pas les données du dossier pharmaceutique. Dans des situations complexes, à la demande des équipes soignantes et pour les patients incidents de plus de 65 ans avec un traitement AVK, une conciliation médicamenteuse est réalisée. L'approvisionnement et l'accès aux

produits de santé sont organisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Le stockage des médicaments dans les unités est également conforme à la réglementation : armoire fermant à clé, identification des médicaments notamment des médicaments à risque, gestion des périmés etc. Le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable est maîtrisé notamment chez la personne âgée qui constitue la patientèle principale de l'établissement. Le patient est informé des consignes de suivi pour ses médicaments. L'analyse et le bilan des différentes prescriptions, notamment celles réalisées par d'autres spécialistes médicaux, sont assurés et tracés par les médecins néphrologues afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. Le risque infectieux est maîtrisé. Les équipes sont formées, connaissent et appliquent les précautions standards et complémentaires. La formation des professionnels est assurée par l'IDE hygiéniste. En ce qui concerne la prévention des risques infectieux liés aux dispositifs invasifs en particulier les abords vasculaires, des protocoles détaillés de branchement et débranchement des fistules et cathéters centraux sont en place. L'IDE Hygiéniste présente dans les unités assure un contrôle strict et des audits de pratiques. Elle accompagne les professionnels notamment les agents en charge de l'entretien des locaux. Les actions mises en place, suite aux évaluations, sont expliquées avec pédagogie afin que les professionnels en comprennent le sens. Les patients sont également informés et sensibilisés sur l'hygiène des mains par le biais de la "Gazette du patient". Un suivi trimestriel de la consommation de SHA est réalisé avec affichage dans les unités. L'ADA 17 assure la promotion des vaccinations obligatoires et recommandées notamment contre la grippe et donne gratuitement accès à la vaccination à ses professionnels. Les taux de couverture vaccinale des professionnels salariés sont connus. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Les équipes réalisent des EPP en lien avec des problématiques de terrain : Respect des bonnes pratiques lors des branchements et débranchements sur fistule et cathéter veineux central, Précautions standard et Précautions complémentaires, Prise en charge des patients sous AVK etc. Le pilote du processus accompagne la démarche en collaboration avec le service qualité. La CME coordonne et assure le suivi des EPP. Les axes d'amélioration identifiés suite à ces démarches sont intégrés dans le PAQ des instances et suivis en COVIRSQ. Les EPP font l'objet d'échanges avec les professionnels lors de la restitution des résultats, au cours des staffs mensuels et de communication par le biais du journal "La vie de nos processus". La démarche de gestion des risques et d'amélioration de la qualité mise en place dans le cadre de ces EPP, alimentée par les risques a priori et a posteriori, portée par les pilotes de processus (médecins, pharmacien, IDE hygiéniste etc.) qui assurent formation, sensibilisation et contrôle, avec pédagogie, permet une adhésion forte et une implication des professionnels. Les actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient sont mises en œuvre et font l'objet d'un suivi. Les résultats de ces enquêtes sont affichés dans chaque unité et diffusés aux professionnels et aux patients. Les équipes améliorent également leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment ceux identifiés suite aux EPP qui sont suivis par les instances. L'indicateur ICSHA est affiché dans les unités. Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés. Le dispositif de signalement des EIAS (Événements Indésirables Associés aux Soins) est effectif et connu des professionnels. Suite à l'enquête culture sécurité réalisée en 2022, "La charte de non-punition" a été remplacée par "La Charte de confiance". Les analyses des EIAS sont réalisées suivant les thèmes par les pilotes de processus en lien avec le service qualité. Les EIG font l'objet d'une analyse approfondie, selon les méthodes promues par la HAS, soit dans le cadre de RMM (Revue Morbi Mortalité) en cas de décès ou d'infection d'abord vasculaire, soit dans le cadre du CREX (Comité de Retour d'Expérience). Les professionnels qui ont déclaré l'événement sont systématiquement associés à cette analyse et sont force de proposition pour l'identification du plan d'action qui en découle et qui fait l'objet d'un suivi.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	79%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	85%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	63%
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	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement a défini en partie ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. L'ADA 17 a établi des partenariats par convention avec les établissements de santé proches des unités sur l'ensemble du territoire de Charente Maritime (convention de repli en centre de dialyse). Des parcours sont identifiés, en réseau, pour une prise en charge rapide des patients en chirurgie vasculaire (création des abords), en

angiologie (suivi des fistules), en cardiologie, en endocrinologie, en gériatrie etc. ADA 17 participe aux projets territoriaux et à la coordination des parcours sur le territoire et travaille en réseau avec les professionnels de ville et hospitaliers. Des consultations avancées sont proposées par les médecins néphrologues sur les unités. Les modalités de communication avec les professionnels de ville sont définies et mises en œuvre afin de faciliter le partage d'informations relatives à la prise en charge des patients : utilisation d'une messagerie sécurisée pour l'envoi de données patient, alimentation du DMP (Dossier médical partagé), coordination avec les professionnels de ville et des EPHAD par le biais de cahier de liaison. Étant donné la taille et les ressources de l'ADA 17 il n'y a pas d'organisation dédiée à la recherche clinique. L'établissement favorise en grande partie l'engagement des patients individuellement et collectivement. L'établissement évalue la qualité des soins perçue par le patient par le biais d'une enquête PREMs (Patient-Reported Experience Measures), sur son expérience, réalisée tous les deux ans. Les résultats sont présentés en CDU, diffusés par le biais des moyens de communication à destination des professionnels (Le Blog ADA 17, La vie de nos processus) et des patients (La gazette du patient) et d'affichage dans les unités. Des actions d'amélioration ont été inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS). Une enquête PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) sur les résultats de sa santé, de son point de vue, a également été mise en place par le biais d'un questionnaire validé (Enquête "Bien-être "). Dans un premier temps, à la suite des résultats, l'établissement a choisi de mettre en place les actions identifiées pour chaque patient répondant, par exemple par la mise en place de séances de sophrologie. L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients. Deux patients experts ont été récemment formés à l'ETP (Éducation thérapeutique). L'organisation de leurs interventions est en cours de formalisation : soutien des patients, intervention dans le cadre des ateliers ETP etc. L'établissement a une communication centrée sur le patient. Cependant les formations à la communication avec le patient proposées aux professionnels dans le Plan de Formation 2023 n'ont pas eu lieu. Elles ont été reportées sur le Plan de formation 2024. Les plaintes et réclamations des patients sont analysées par la direction et font l'objet de communication auprès des professionnels et des RU. L'ADA 17 veille à la bientraitance et lutte contre la maltraitance en son sein. Une charte Bientraitance est affichée dans toutes les unités. Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et aux facteurs de maltraitance qui ont été identifiés par le biais de la GED institutionnelle. Les modalités de signalement sont formalisées (Protocole). Les professionnels ont été formés. En 2023, une enquête a été réalisée auprès des patients afin d'évaluer leur ressenti ainsi qu'une évaluation des connaissances des professionnels sur le sujet. L'accessibilité de l'ensemble des unités est assurée pour les personnes présentant un handicap, par exemple l'éclairage des vestiaires a été adapté pour les patients malvoyants. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, les professionnels connaissent les dispositifs et ressources nécessaires à leur prise en charge, dans ce cas ils font appel à l'assistante sociale de l'ADA 17. L'accès du patient à son dossier est organisé. Étant donné la taille et les ressources de l'ADA 17 il n'y a pas d'organisation dédiée à la recherche clinique et il n'y a pas de partenariats avec d'autres établissements du territoire, l'inclusion de patients dans des essais cliniques n'est donc pas proposée. Les représentants des usagers participent aux instances : CDU, CLUD et CLIN. Ils sont informés des plaintes, réclamations, bilans des EI, notes les concernant par le biais du portail GED de l'établissement auquel ils ont accès. Leurs avis sont pris en compte. Le projet des usagers n'est pas formalisé. La gouvernance fait preuve de leadership. La gouvernance représentée par le directeur, la présidente de CME, la responsable du personnel, la responsable Qualité et la pharmacienne fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Tous sont directement et fortement impliqués dans le programme qualité et sécurité des soins. Cependant, étant donné la proximité des acteurs, leurs partages d'expérience sont informels, ils ne sont pas organisés de façon structurée. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins qui a été évaluée par le biais d'une enquête en 2022. Les professionnels, y compris les IDE libérales, participent, à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins en tant que référents sur des thèmes tels que : Qualité, Hygiène, Pharmacie, Urgences Vitales etc. Pour les professionnels nouvellement arrivés un programme de rencontres est organisé en lien avec les pilotes de processus (droits des patients, système d'information, dossier patient, prise en charge médicamenteuse, risque infectieux). Les nouveaux IDE

ainsi que les agents sont tutorés avec évaluation de l'acquisition des compétences. Un livret d'accueil leur est remis. Seules la responsable du personnel, la pharmacienne et la responsable des agents de service ont bénéficié de formations en management. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge en fonction des normes réglementaires pour l'activité de dialyse. En période saisonnière des moyens logistiques et en ressources humaines sont renforcés afin d'accueillir des patients vacanciers. La gouvernance favorise en partie le travail en équipe et le développement des compétences. Les staffs organisés sur le secteur sud et le secteur nord depuis quelques mois permettent des temps de partage, favorisant la cohésion d'équipe. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux lors de la visite des médecins sur les unités est favorisée, la visite des patients de l'unité est réalisée par le médecin avec l'IDE dans chaque secteur. Au sein de l'ADA17, un dispositif d'évaluation des professionnels est en place notamment lors de la phase d'apprentissage des IDE. Un programme de maintien et/ou d'acquisition des compétences est proposé aux professionnels par exemple sur des thèmes tels que l'Aquadiavigilance, le fonctionnement des générateurs par la pharmacienne. Cependant des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, par exemple les programmes d'accréditation en équipes ou PACTE ne sont pas proposés aux équipes. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées cependant au niveau de la gouvernance l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels n'est pas respectée : en effet, dans les unités de soins les agents en charge de l'accompagnement, du bien être des patients et de l'entretien des locaux procèdent au bionettoyage des surfaces du générateur qui est un équipement médical susceptible d'être souillé de sang. Ces agents sont formés par l'IDE hygiéniste sur la base de protocoles et leurs pratiques sont évaluées, cependant, ces agents n'ont pas le diplôme requis. A l'ADA 17, les professionnels ont identifié les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés notamment autour des droits du patient, de leur état de santé, de la stratégie thérapeutique et des soins proposés notamment la démarche palliative. Le document qui en découle est diffusé sur la GED. Au cours des staffs mensuels, les professionnels sont sensibilisés au questionnement éthique par la présidente de la CME. Cependant l'ADA17 ne dispose ni de cadre opérationnel permettant la prise en compte des problématiques éthiques, ni de ressources externes identifiées d'aide à la prise en compte des problématiques éthiques. Les représentants des usagers sont associés à la réflexion éthique conduite au niveau de l'établissement, une présentation sur les questionnements éthiques identifiés a été réalisée en CDU, en novembre 2023. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance. Un projet social et QVT (Qualité de Vie au Travail) est formalisé dans le projet Institutionnel 2023-2025. Une enquête a été réalisée auprès des professionnels. Les solutions en vue d'améliorer la QVT ont été recherchées en concertation avec les IRP (Instances représentatives du personnel). La démarche QVT conduite par un groupe pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, incluant les IDE libérales, s'attache à prendre en compte les besoins et les préférences des professionnels et propose des moments de convivialité et de cohésion : participation à des événements sportifs, art thérapie etc. La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits et propose des dispositifs de soutien pour les professionnels. La réponse de l'établissement aux risques, auxquels il peut être confronté, est adaptée et opérationnelle. A l'ADA 17, la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée en lien avec les partenaires du territoire. Un plan blanc est formalisé avec l'identification des risques de tensions hospitalières ou de crises sanitaires, la composition et l'organisation de la cellule de crise. Un exercice d'entraînement relatif aux risques numériques a été réalisé en 2023 avec RETEX (retour d'expérience). Des mesures sont en place afin de les prévenir, les professionnels sont formés à leur arrivée dans l'établissement et régulièrement sensibilisés par le responsable informatique. Les préconisations requises en matière de prévention sont appliquées (changement de mot de passe, ouverture d'un lien en toute sécurité, etc.). Des mails d'hameçonnage sont régulièrement envoyés afin d'évaluer la réaction des professionnels. Les conduites à tenir en cas d'incident ou d'attaque définies dans le PRA (Plan de reprise d'Activité) sont connues des professionnels. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. Les PSE (Plan de sécurisation de l'établissement) ont été formalisés pour l'ensemble

des unités. Les accès sont sécurisés et l'ADA17 a mis en place un dispositif pour les travailleurs isolés. En ce qui concerne les risques environnementaux et enjeux de DD (développement durable), les consommations (énergie et eau) sont suivies et intégrées dans le tableau de bord des indicateurs de la structure. Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchet. Les professionnels sont sensibilisés, des actions ont été mises en place afin d'influencer leurs comportements ainsi que celui des patients en faveur du développement durable. Un plan de maîtrise des risques environnementaux auxquels est exposé l'établissement est défini sur la base d'un diagnostic initial de sa situation, une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'action au regard des enjeux du développement durable sont définis et mis en œuvre notamment lors de la construction de nouvelles unités. Le directeur est le référent développement durable de l'ADA 17. En ce qui concerne la maîtrise de l'urgence vitale, l'ADA 17 a fait le choix d'équiper toutes les structures avec un chariot d'urgence, alors que ce n'est pas réglementairement obligatoire dans les UAD. La procédure est définie, il y a une homogénéisation des équipements. Un numéro d'appel direct, rapidement identifiable par les professionnels existe pour joindre un professionnel habilité à intervenir en cas d'urgence vitale. Le matériel d'urgence est contrôlé périodiquement avec traçabilité de cette vérification. Les professionnels sont formés et des exercices de mise en situation sont réalisés par l'IPA dans presque toutes les structures. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les recommandations de bonnes pratiques sont formalisées et accessibles à l'ensemble des professionnels par le biais de la GED. La transmission des bonnes pratiques fait l'objet d'échanges lors des deux staffs mensuels (un sur le secteur nord et un sur le secteur sud) regroupant les médecins, les IDE et les professionnels en soins de support. Ainsi, à la demande des IDE le protocole de branchement des cathéters centraux a fait l'objet de réajustements entraînant la modification du set de soins utilisé. Un compte-rendu des staffs est accessible sur la GED. Dans le programme d'amélioration de la qualité, le point de vue du patient (expérience) est pris en compte et l'implication des usagers est recherchée. Dans chaque unité l'indicateur à recueil obligatoire, l'ICSHA relatif à la consommation de solutions hydroalcooliques est affiché. La consommation trimestrielle de SHA est également suivie. Chaque instance (CLIN CLUD, COMEDIMS etc) suit ses indicateurs. En cas de non atteinte des cibles définies, des actions sont intégrées dans le PAQ (Plan Action Qualité) de chaque instance, suivi par le pilote du processus. A l'échelle de l'établissement, le suivi du PAQSS (Plan Actions Qualité Sécurité des Soins) est assuré par la RAQ et présenté en COVIRISQ. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont également présentés en CDU aux représentants des usagers. L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins. Les analyses des EIAS (Évènements Indésirables Associés aux Soins) sont réalisées suivant les thèmes par les pilotes de processus en lien avec le service qualité. Les EIG font l'objet d'une analyse approfondie, selon les méthodes promues par la HAS, soit dans le cadre de RMM (Revue Morbi Mortalité) en cas de décès ou d'infection d'abord vasculaire, soit dans le cadre du CREX (Comité de Retour d'Expérience). Un bilan semestriel des EIAS est diffusé par le biais du journal semestriel "Les évènements de votre unité" sur lequel sont également retrouvées les actions mises en place suite après analyse des EIG en RMM ou en CREX. La CDU (Commission des Usagers) est informée lors de chaque réunion des EIAS, EIG. 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 : Assurer l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels ; Mettre en place un cadre opérationnel sur le questionnement éthique ; Assurer la formation des professionnels à l'antibiothérapie.

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	170000988	ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'AUTODIALYSE EN CHARENTE MARITIME (ADA 17)	6 rue alexander fleming 17000 LA ROCHELLE FRANCE
Établissement géographique	170026033	ADA 17 : UNITE DE JONZAC	7 AVENUE DE CHANZY 17500 JONZAC FRANCE
Établissement principal	170785059	ADA 17 - UAD ET UDM LA ROCHELLE - DPA DPCA HEMODIALYSE A DOMICILE	6 rue alexander fleming 17000 La Rochelle FRANCE
Établissement géographique	170802656	ADA 17 - UAD ET UDM DE ROCHEFORT	1 avenue de beligon 17300 Rochefort FRANCE
Établissement géographique	170804090	ADA 17 - UAD ET UDM SAISONNIERE DE DOLUS D'OLERON	Actipole la jarrie 4 6 rue thomas edison 17550 DOLUS D OLERON FRANCE
Établissement géographique	170795165	ADA 17 - UAD ET UDM DE SAINT JEAN D'ANGELY	17 rue comporté 17400 Saint Jean D'Angely FRANCE
Établissement géographique	170792212	ADA 17 - UAD ET UDM DE SAINTES	15 rue de l'alma 17100 Saintes FRANCE
Établissement géographique	170794929	ADA 17- UAD ET UDM DE ROYAN	35 avenue saint sordelin 17640 VAUX SUR MER 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	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	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Médecine	

11	traceur		Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Traceur ciblé			PCS
16	Traceur ciblé			médicament à risque et antibiotiques : de la prescription à l'administration
17	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Traceur ciblé			PSC
20	Traceur ciblé			PSC
21	Traceur ciblé			PSC
22	Traceur ciblé			PSC
23	Traceur ciblé			médicament à risque et antibiotiques : de la prescription à l'administration
24	Audit système			
25	Traceur ciblé			médicament à risque et antibiotiques : de la prescription à l'administration
26	Audit système			
27	Traceur ciblé			médicament à risque et antibiotiques : de la prescription à l'administration
28	Traceur ciblé			TRANSPORT => GRILLE NON APPLICABLE
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Audit système			

33	Audit système			
34	Audit système			
35	Audit système			
36	Traceur ciblé			PSL => GRILLE NON APPLICABLE
37	Traceur ciblé			PSC
38	Traceur ciblé			PSC
39	Traceur ciblé			médicament à risque et antibiotiques : de la prescription à l'administration
40	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
41	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Traceur ciblé			PSC
46	Traceur ciblé			médicament à risque et antibiotiques : de la prescription à l'administration
47	Traceur ciblé			EI GRAVE OU CRITIQUE
48	Audit système			
49	Traceur ciblé			EI grave ou critique selon liste fournie
50	Audit système			
51	Traceur ciblé			médicament à risque et antibiotiques : de la prescription à l'administration
52	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
53	Traceur ciblé			EI grave ou critique
54	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

55	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
56	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
57	Audit système			

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

