



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOSPITALISATION A DOMICILE SOINS ASSISTANCE MARSEILLE

Le plein ouest bat c - 1, rue albert cohen - cs 60122
13321 MARSEILLE 16



Validé par la HAS en Septembre 2025

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 – Septembre 2025

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	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	20
Annexe 3. Programme de visite	24

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

HOSPITALISATION A DOMICILE SOINS ASSISTANCE MARSEILLE	
Adresse	Le plein ouest bat c - 1, rue albert cohen - cs 60122 13321 MARSEILLE 16 Cedex 6 FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	130804396	ASSOCIATION SOINS ASSISTANCE	Le plein ouest bat c - 1, rue albert cohen - cs 60122 13321 MARSEILLE 16 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

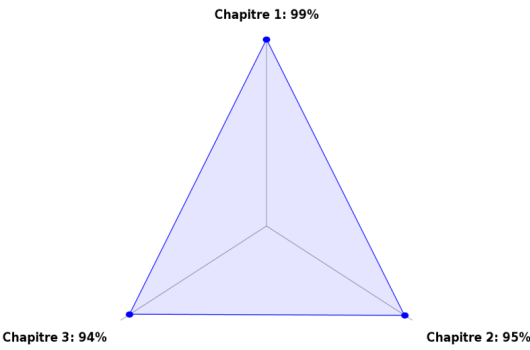
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Tout l'établissement

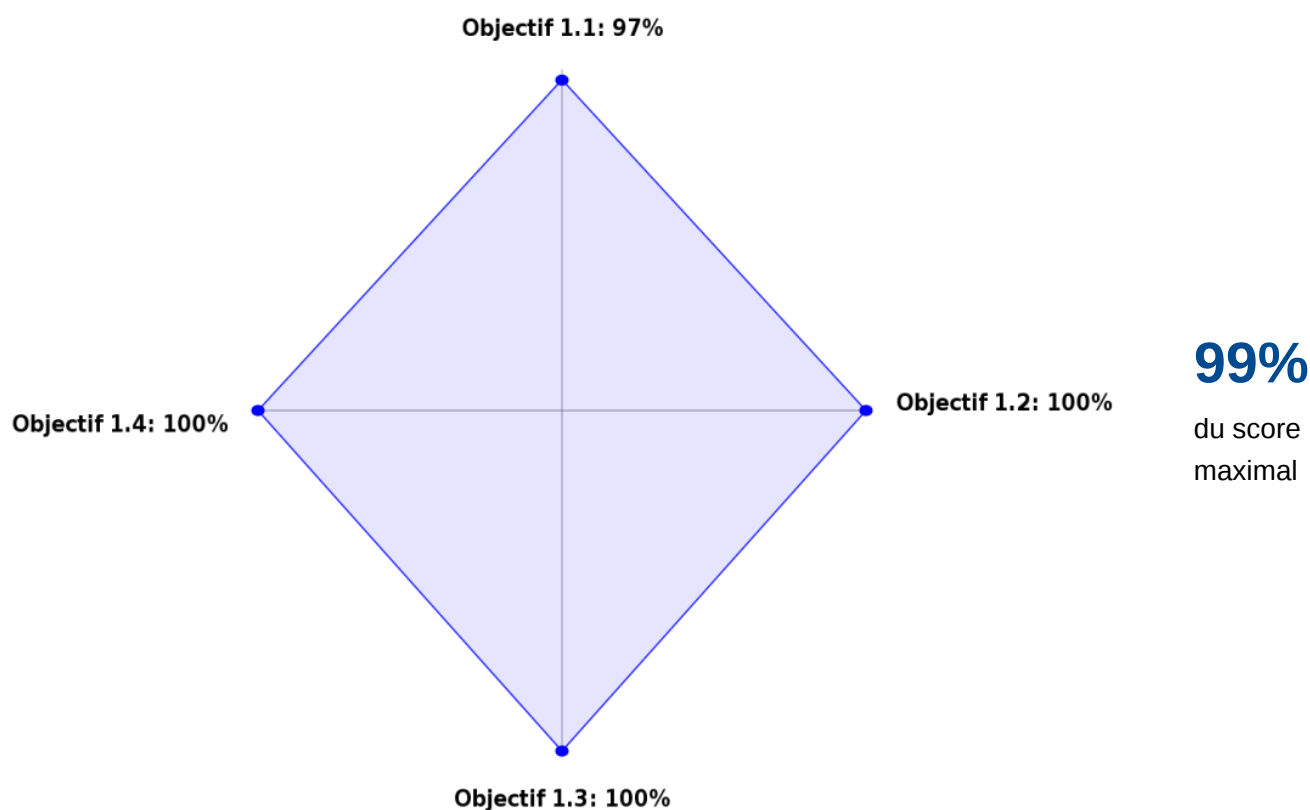
Au regard du profil de l'établissement, [104](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

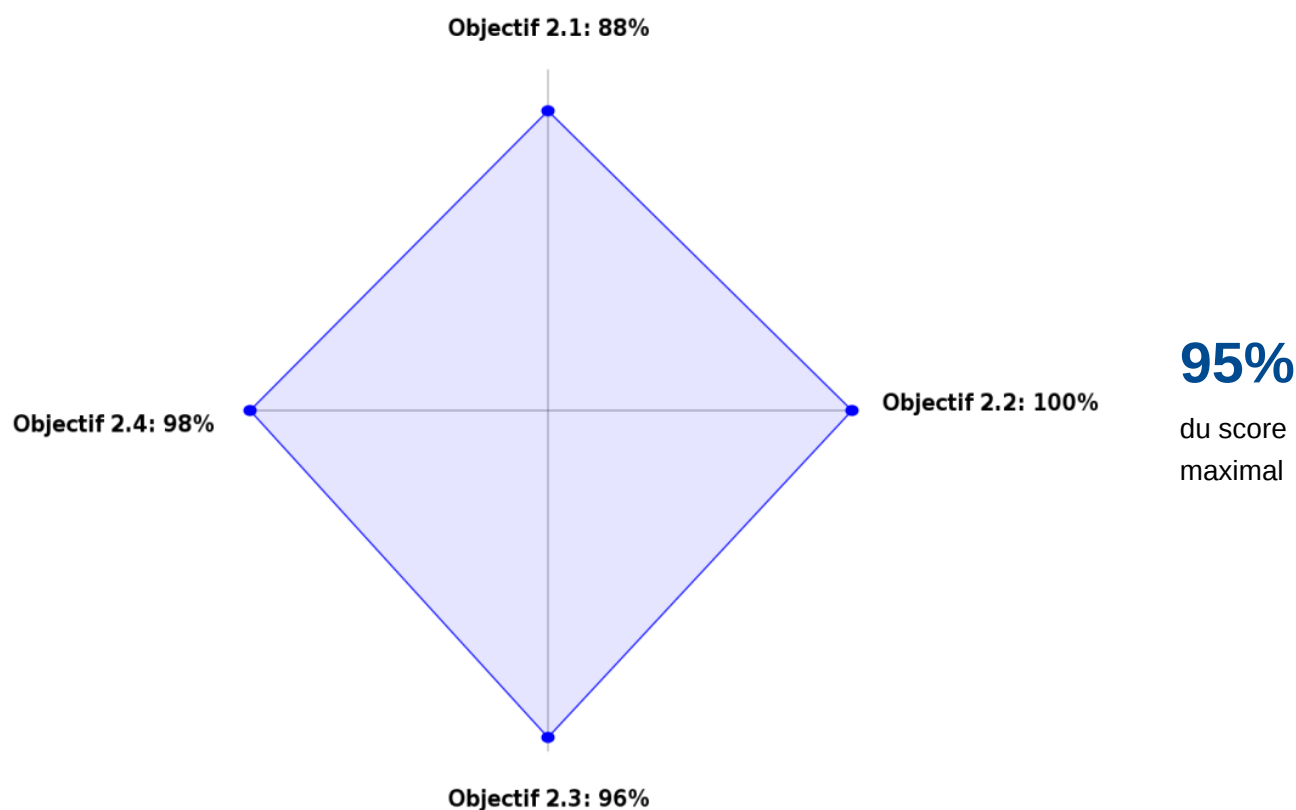


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

L'HAD Soins Assistance Marseille est un établissement de 100 places réparties sur deux secteurs : le secteur de Marseille et le secteur de Martigues. La structure fonctionne avec des infirmières diplômées d'État (IDE) et des aides-soignantes (AS) salariées, qui assurent des tournées de jour et de nuit. Des IDE libérales interviennent également en journée. Les informations sont transmises au patient avant sa prise en charge et à l'admission. L'implication du patient dans la construction et la mise en œuvre de son projet de soins est effective. Un livret d'accueil spécifique est remis à chaque admission, expliquant l'organisation de l'HAD. Les numéros de téléphone sont disponibles dans le classeur de suivi, afin de garantir une réponse au patient 24h/24. La charte de la personne hospitalisée est intégrée au classeur d'admission à domicile, accompagnée de messages de prévention. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de

confiance, de rédiger des directives anticipées et de l'existence des représentants des usagers. Cependant, lors des visites, il a été constaté que le droit de rédiger des directives anticipées n'est pas toujours tracé dans le dossier patient. De plus, l'existence des représentants des usagers est partiellement connue des patients malgré les nombreuses informations données aux patients sur leur existence, leur rôle et les modalités de contact que l'on retrouve via un flyer spécifique à disposition dans le classeur chevet, sur le site internet de l'établissement ainsi que dans le livret d'accueil (LAP) et le panneau d'information patient situé à l'accueil de Soins Assistance. Un questionnaire de satisfaction est proposé à chaque patient lors de sa sortie, par voie informatique. Face à un faible taux de retour, une action corrective a été mise en place avec un questionnaire « flash » diffusé deux fois par an. Les résultats sont affichés et analysés en équipe. Le projet de soins personnalisé est systématiquement établi à l'entrée. L'objectif thérapeutique personnalisé, ainsi que l'analyse des besoins et des attentes exprimés par le patient et/ou ses aidants, sont définis par l'ensemble des équipes de soins. Le projet est évalué lors de staffs multidisciplinaires hebdomadaires. Ces informations sont accessibles à tous les soignants via un système d'information spécifique. Tout au long de son hospitalisation, le patient reçoit des informations lui permettant d'évaluer les bénéfices et les risques liés à sa prise en charge. Il bénéficie également d'un accompagnement pour renforcer sa capacité à réduire ses facteurs de risque. Le consentement du patient est systématiquement recherché pour chaque acte le concernant, tout comme l'expression de sa volonté. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est une priorité. L'ensemble du personnel soignant est particulièrement investi dans ce domaine. La confidentialité des données patients est entièrement assurée. La prise en charge de patients mineurs est rare, mais lorsqu'elle est nécessaire, l'organisation est adaptée grâce à une équipe formée à la prise en charge des mineurs. Le maintien de l'autonomie, notamment pour les personnes âgées ou en situation de handicap, est un axe prioritaire. Les besoins élémentaires sont évalués et une aide est apportée si nécessaire. La douleur est systématiquement évaluée à l'aide d'échelles adaptées ; le patient est soulagé en conséquence. Les antalgiques sont prescrits par les médecins de l'HAD, et leur administration est tracée dans le dossier patient, même lorsqu'elle est réalisée par une IDE libérale. Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants participent à la mise en œuvre du projet de soins. Les conditions de vie et le lien social du patient sont également pris en compte dans sa prise en charge. En cas de besoin, des staffs multidisciplinaires spécifiques peuvent être organisés. Une assistante sociale ou une psychologue peut intervenir pour anticiper et organiser la sortie de l'HAD. Le patient n'est pas systématiquement informé de la nécessité de contacter les équipes médicales via une messagerie sécurisée. En revanche, il est informé que son dossier médical partagé sera alimenté par l'établissement.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

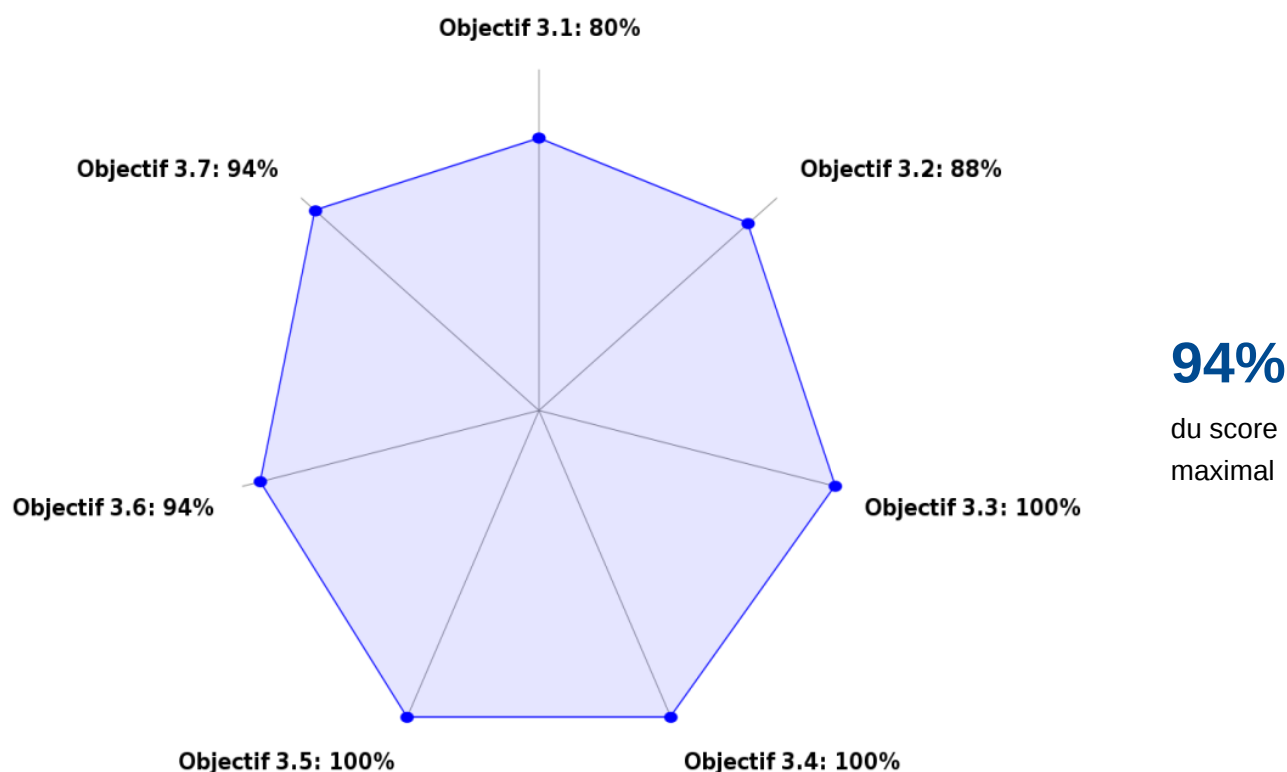


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	88%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	98%

La pertinence des parcours, ainsi que celle des actes et des prescriptions, est justifiée. Les demandes d'admission en HAD proviennent de la plateforme Via Trajectoire. Chaque admission est analysée par l'infirmière coordinatrice (IDEC). Le recours à l'HAD est validé par les médecins de l'HAD, en coordination avec l'IDEC. Les équipes assurent une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire du patient tout au long de son parcours. La coordination des soins est réalisée lors d'un staff hebdomadaire. L'évaluation globale des besoins (cliniques, sociaux, psychologiques) est systématiquement effectuée à chaque admission. Un projet de soins est établi, puis réévalué autant que nécessaire. La traçabilité des interventions, actes et prescriptions est assurée dans le dossier patient informatisé (DPI). À l'entrée, la secrétaire qualifie l'INS à l'aide de la pièce d'identité. Tous les professionnels, y compris les IDE libérales, saisissent les informations utiles

dans le DPI. L'ergonomie du système d'information permet un accès simultané à l'ensemble du dossier. Les équipes médicales peuvent consulter le DMP (Mon Espace Santé) ou le dossier pharmaceutique via WebPS DMP. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques repose sur un guide de bonnes pratiques et l'avis de l'infectiologue référent des Bouches-du-Rhône. Toutefois, la traçabilité de la réévaluation entre la 24e et la 72e heure n'est pas systématiquement retrouvée dans le DPI. Les professionnels échangent les informations utiles à la prise en charge. Le recours à un réseau d'expertise (infectiologie, oncologie, soins palliatifs) est possible en fonction des besoins. Pour les patients en fin de vie, une démarche palliative pluridisciplinaire est mise en œuvre. Les équipes, ainsi qu'un médecin, sont formées aux soins palliatifs. Un recours est possible aux équipes mobiles partenaires. Une lettre de liaison est remise au patient. Des explications sur la suite de la prise en charge sont données par un médecin le jour de la sortie. Le DMP est mis à jour. L'ensemble des équipes maîtrise les risques liés à leurs pratiques. Le PAQSS est suivi par les responsables d'instances, la CME et la direction. Il constitue l'outil de pilotage de l'établissement. Le pilotage des vigilances sanitaires, dont l'identitovigilance, est assuré par des référents désignés. Le groupe de pilotage de l'établissement, intitulé Revue de Direction, coordonne les vigilances. L'HAD ne dispose pas de PUI. Les médicaments sont fournis par les officines de ville ; des conventions sont signées. Les médicaments de réserve hospitalière sont fournis par la PUI de l'hôpital privé Beauregard. Les risques liés au circuit du médicament sont maîtrisés, même à domicile. Les règles de prescription informatisée et de dispensation sont respectées, y compris le week-end. Les médecins de l'HAD prescrivent tous les traitements ; les IDE salariées et libérales tracent l'administration ou la non-administration dans le DPI. L'analyse pharmaceutique est assurée uniquement pour les produits hospitaliers par la PUI. Une liste des médicaments à risque est disponible, y compris dans les caisses de stockage à domicile. L'identification est assurée, notamment pour les injectables. Toutefois, les médicaments à risque ne sont pas toujours identifiés dans le pilulier préparé chaque matin. Les règles de transport et de stockage des médicaments sont respectées. Les bonnes pratiques d'administration sont suivies. Une procédure d'auto-administration est en place et tracée dans le DPI. La lettre de sortie comporte un bilan thérapeutique, et des explications sont données par le médecin. Concernant la prévention du risque infectieux, les professionnels respectent rigoureusement l'hygiène des mains. La consommation de solution hydro-alcoolique (SHA) est suivie chaque année, avec des actions ciblées. L'indicateur de consommation est conforme. Les précautions standard et complémentaires sont connues et appliquées dans tous les secteurs. L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène organise les formations (dispositifs invasifs, hygiène des mains, etc.). Le CLIN publie un rapport d'activité 2024 et un programme 2025. Des actions spécifiques sont menées à l'HAD, comme la formation « passeport hygiène ». Des supports sont diffusés aux professionnels et aux patients. Des audits réguliers sont réalisés. La dépendance iatrogène est maîtrisée chez les personnes âgées ; des actions sont mises en place, en particulier sur la nutrition et la contention. Les actions sont tracées dans le dossier patient. Des référents sont désignés pour chaque type de vigilance ; les commissions se réunissent régulièrement. Les référents participent aux commissions régionales du groupe. Le bilan thérapeutique des traitements est intégré à la lettre de liaison à la sortie. L'établissement veille au respect des obligations vaccinales et mène des actions de promotion et de sensibilisation à la vaccination. Les équipes évaluent leurs pratiques, notamment à travers le suivi des résultats cliniques. Des EPP sont mises en œuvre, en particulier sur la nutrition. La satisfaction des patients est recueillie via un questionnaire de sortie. Face au faible taux de retour, des enquêtes ont été réalisées. Les représentants des usagers n'ont pas été impliqués en 2024, faute de disponibilité. L'analyse des indicateurs et des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) contribue à l'amélioration des pratiques. Les professionnels savent déclarer les EIAS. Des actions correctives sont mises en œuvre selon une analyse systémique de type Orion.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	80%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	88%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
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	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

L'établissement a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Il participe aux projets territoriaux de parcours et a identifié ses partenaires. L'HAD contribue aux parcours patients. Une réflexion est en cours sur la mise en place de plateformes de téléexpertise, notamment pour la gestion des plaies chroniques complexes. Des recours à des centres de référence existent, notamment en oncologie et en

infectiologie. Des partenariats ont été établis avec des établissements publics tels que le CH de Martigues, l'hôpital Nord de Marseille et l'hôpital privé Beauregard. L'établissement est également impliqué dans les Communautés Professionnelles Territoriales des Bouches-du-Rhône. Les partenaires extérieurs, y compris les médecins de ville et les usagers, peuvent facilement contacter l'équipe de l'HAD jour et nuit grâce à des numéros dédiés. Les professionnels savent quels documents doivent être versés dans Mon Espace Santé (DMP) et le dossier pharmaceutique, et y ont accès. L'établissement favorise l'engagement des patients. Bien qu'il ne soit pas éligible au dispositif E-Satis, la satisfaction est recueillie via des questionnaires informatisés à la sortie. Des enquêtes flash sont également menées, et les résultats sont présentés en CDU. Un patient expert formé par l'établissement sera intégré aux programmes d'ETP en 2025. Les nouveaux arrivants sont accueillis par leurs pairs, et une procédure de formation à la communication avec les patients est prévue. Les professionnels sont identifiables par catégorie. Les plaintes et réclamations sont examinées en CME. Un accès à des personnes ressources (assistantes sociales) est possible, notamment en cas de précarité. La bientraitance fait partie des valeurs de l'établissement. Une stratégie de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance a été mise en place. Des formations ont été proposées à toutes les équipes salariées et aux IDE libérales. La participation des IDE libérales, bien que faible, est compensée par des formations entre pairs. Une cellule d'analyse, le « CESRS », traite les situations suspectes. L'établissement peut être contacté par téléphone ou par messagerie sécurisée (peu utilisée). Le livret d'accueil informe le patient que son dossier médical sera alimenté sur « Mon Espace Santé ». Bien que non investi d'une mission universitaire, l'établissement n'initie pas de démarche de promotion de la recherche clinique. Le projet des usagers sera validé en CDU en juin 2025, avec une forte implication du représentant des usagers. La gouvernance démontre un leadership structuré autour de la qualité et de la sécurité des soins. Un plan d'actions est alimenté par diverses sources (instances, EI, plaintes...) et géré par les responsables concernés. Les instances telles que la revue de direction et la CME sont systématiquement associées. Une évaluation de la culture sécurité a été menée en 2023 et 2024. Le système d'information évalue la charge de travail de chaque soignant, assurant l'adéquation entre compétences et sécurité. Le travail en équipe est soutenu par la gouvernance. Des formations sont proposées, notamment pour les urgences vitales ; cependant, aucun exercice n'a eu lieu. Une synchronisation des temps médicaux et paramédicaux existe, avec un staff multidisciplinaire hebdomadaire et des commissions d'entrée HAD. Une démarche éthique est partagée avec l'ensemble des professionnels. Le groupe éthique se réunit régulièrement ; le représentant des usagers participe à la démarche. Une politique de qualité de vie au travail est portée par la gouvernance. Elle favorise l'expression collective, et une organisation est en place pour gérer les conflits (procédure de médiation/conciliation). L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle aux risques, participe à la gestion des tensions hospitalières et dispose d'un plan blanc actualisé. Une cellule de crise a été mobilisée en 2023 et 2024, avec RETEX. Les accès à l'établissement sont contrôlés, et une procédure en cas d'intrusion existe. Concernant le développement durable, une stratégie est en place, évaluée notamment sur la consommation énergétique. Des actions ont été mises en œuvre : achat de véhicules hybrides, tri des papiers, envoi au domicile des justes besoins hebdomadaires en dispositifs médicaux (éco-soins). L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Des réunions qualité sont organisées avec la direction, les médecins, l'équipe qualité et les soignants. Le PAQSS est le fil conducteur du pilotage quotidien. La transmission des recommandations nationales est assurée via la GED et des notes de service. Des référents participent à des groupes de travail territoriaux. Le programme d'amélioration intègre les résultats d'indicateurs et l'expérience patient. Le programme d'amélioration de la qualité n'intègre pas les contributions des usagers. Les professionnels connaissent les recommandations de la CDU ; celles-ci sont diffusées par notes de service. Les objectifs d'amélioration sont définis, le suivi est présenté en CME. La gouvernance et la CME diffusent les indicateurs et recommandations. Les indicateurs qualité, complétés par l'analyse des événements indésirables, nourrissent cette dynamique. Ils sont affichés dans les bureaux HAD, partagés en équipe, et présents dans la GED. Les événements indésirables graves sont analysés collectivement selon les méthodes HAS. La CDU est tenue informée. 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 une analyse pharmaceutique pour l'ensemble des prescriptions Assurer la traçabilité de la pertinence des prescriptions d'antibiotique à 24 / 72 h Formaliser le projet des usagers et associer les représentants des sujets au recueil de la satisfaction et aux différentes instances

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	130804396	ASSOCIATION SOINS ASSISTANCE	Le plein ouest bat c - 1, rue albert cohen - cs 60122 13321 MARSEILLE 16 FRANCE
Établissement principal	130802143	HOSPITALISATION A DOMICILE SOINS ASSISTANCE MARSEILLE	Le plein ouest bat c - 1, rue albert cohen - cs 60122 13321 MARSEILLE 16 Cedex 6 FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	100

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur			
5	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

6	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
8	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presque accident
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant un Médicament à risque / antibiotique per os / injectable
10	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant un Médicament à risque / antibiotique per os / injectable
12	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL

13	Audit système	Dynamique d'amélioration		
14	Audit système	Engagement patient		
15	Audit système	Leadership		
16	Audit système	QVT & Travail en équipe		
17	Audit système	Représentants des usagers		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Coordination territoriale		
20	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
21	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
22	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
23	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Audit système	Maitrise des risques		
25	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
26	Audit système	Entretien Professionnel		

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

