



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**GROUPE HOSPITALIER  
DE LA REGION DE  
MULHOUSE ET SUD  
ALSACE**

BP 1070

87 avenue d'Altkirch

68051 Mulhouse



Validé par la HAS en Juin 2023

---

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 – Juin 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	24
Annexe 3. Programme de visite	25

# 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

GROUPE HOSPITALIER DE LA REGION DE MULHOUSE ET SUD ALSACE	
Adresse	BP 1070 87 avenue d'Altkirch 68051 Mulhouse CEDEX 1 FRANCE
Département / Région	Haut-Rhin / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

**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	680020336	GROUPE HOSPITALIER DE LA REGION DE MULHOUSE ET SUD ALSACE	87 AVENUE D'ALTKIRCH BP 1070 68051 MULHOUSE CEDEX 1 FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

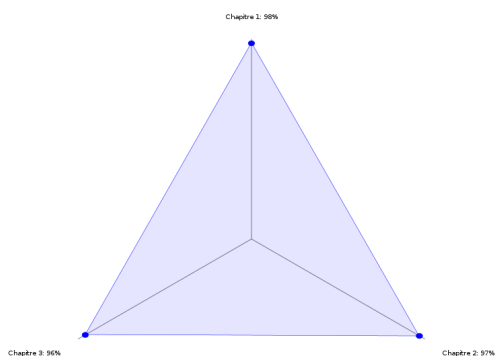


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

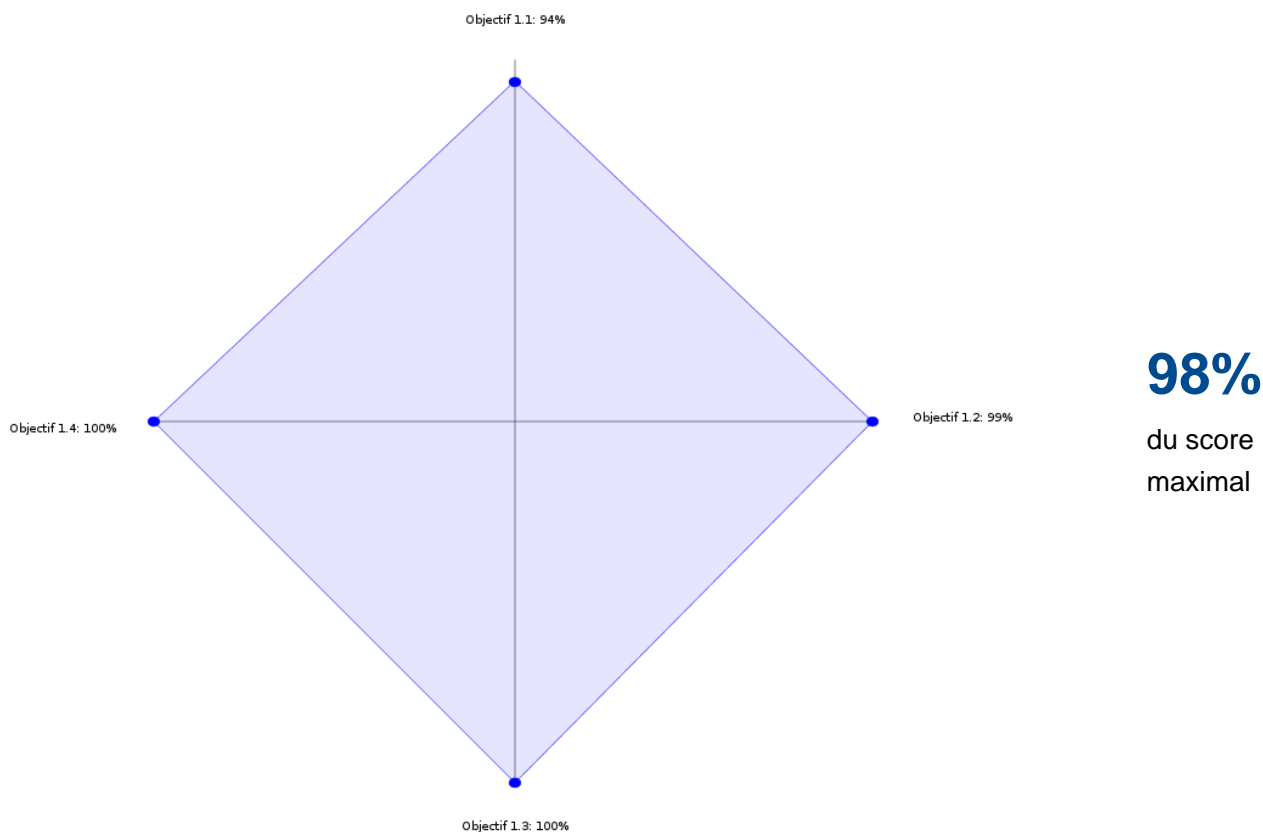
Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



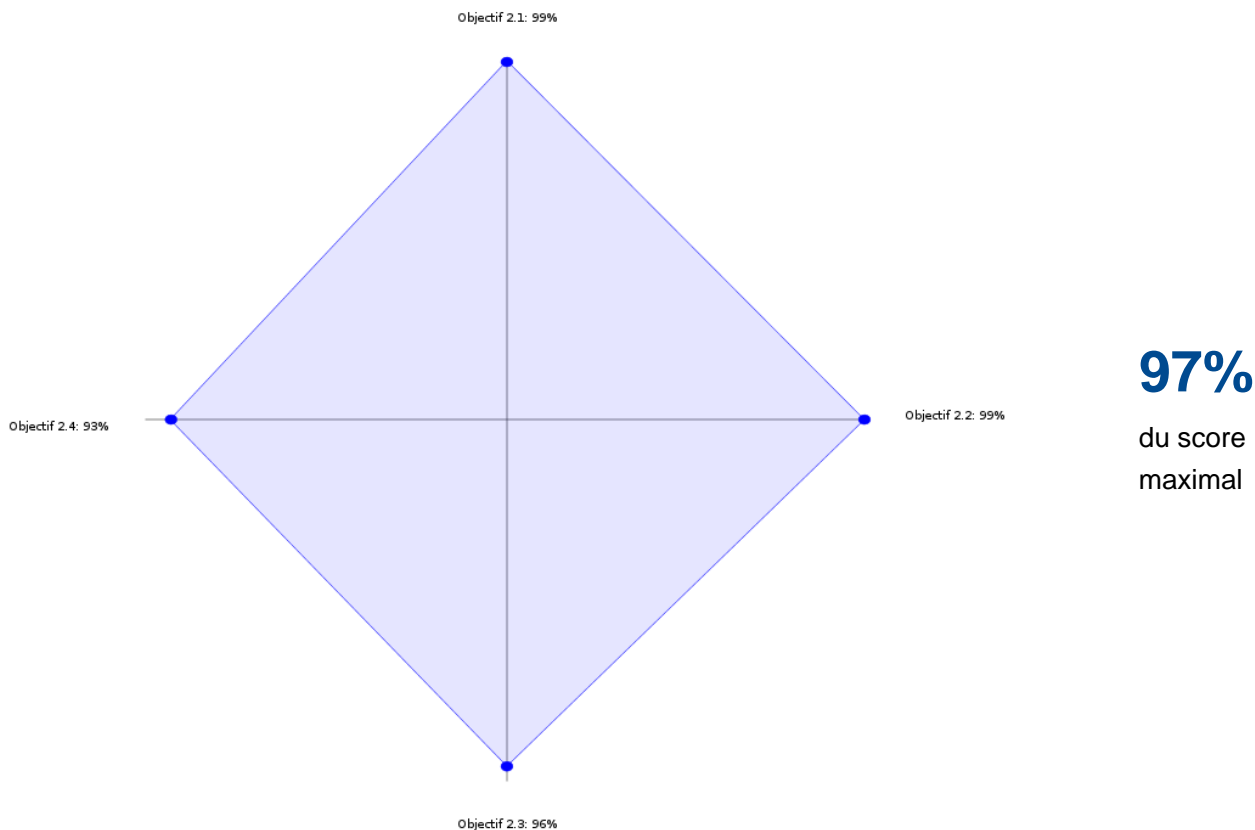
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Sur les 8 sites investigués du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (Hôpital du Hasenrain, Centre Hospitalier Emile Muller, Maison Médicale pour Personnes Agées, Centre Hospitalier St Morand à Altkirch, Centre Hospitalier St Jacques de Thann, Hôpital gériatrique de Cernay, Hôpital de Saint Louis, Hôpital gériatrique de Sierentz), toutes les dispositions sont prises pour assurer l'information et l'implication du patient. L'information est délivrée en amont du séjour concernant le diagnostic, les modalités d'intervention chirurgicale et l'anesthésie, durant le séjour concernant la prise en charge et la sortie. Elle est également délivrée dans les cas particuliers de transfusion de produits sanguins labiles et de pose de dispositifs implantables. Cette information est adaptée à l'âge et à la compréhension du patient : les enfants et adolescents sont informés directement et en présence de leurs parents, des interprètes sont répertoriés et

joignables pour les langues les plus couramment pratiquées dans l'établissement. L'information orale s'accompagne de la remise du livret d'accueil, des différentes chartes (de la personne hospitalisée, de l'enfant, charte Romain Jacob, charte de la bientraitance, charte de la laïcité...) également disponibles par voie d'affichage dans le hall et les différents services des établissements. Par ailleurs, des stands « droits et devoirs » ont été organisés à destination des professionnels et des patients par la direction des usagers et les représentants des usagers tout au long de l'année 2022. L'évaluation bénéfice – risque est expliquée et partagée avec le patient adulte ou mineur, favorisant ainsi son implication dans la démarche, le consentement aux actes thérapeutiques et au projet de soins est recherché. En psychiatrie, un projet de soins individualisé et contractualisé est construit avec le patient et signé par lui. En USLD, le consentement du patient est recueilli lors de la signature du contrat d'admission. L'identité de la personne de confiance est recueillie à l'admission et tracée dans le dossier. L'information relative au recueil des directives anticipées est présente dans le livret d'accueil et est majoritairement délivrée, un flyer spécifique est destiné aux patients, la traçabilité est assurée dans le dossier du patient. Cette approche est également étendue en santé mentale, les patients pouvant bénéficier de l'appui d'un « patient pair ». En unité de soins continus pédiatriques, le souhait des parents des enfants en soins palliatifs est recueilli. Ces informations sont également tracées dans le dossier de régulation médicale concernant les enfants suivis au sein du réseau régional ville – hôpital. En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté du patient. La satisfaction et l'expérience du patient sont pris en compte, le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA) soutient le recueil d'e-Satis, réalise des enquêtes de satisfaction à la sortie via le questionnaire institutionnel et des enquêtes complémentaires (en réanimation, médecine interne, plateau technique de cardiologie, consultations, radiothérapie, pédiatrie, néonatalogie, hôpital de jour pneumologie) ainsi que des patients traceurs. Les modalités permettant de joindre les représentants des usagers, soumettre une réclamation et déclarer un évènement indésirable associé aux soins sont transmises aux patients, toutefois les patients rencontrés lors de la visite ne sont que rarement en mesure de restituer ces informations. Un projet de diffusion, à échéance fin 2023, d'une vidéo explicative des missions des représentants des usagers et des modes d'expression du patient au GHRMSA est en cours d'élaboration par le service communication en lien avec la direction des usagers et la CDU. Cette vidéo sera accessible aux usagers pendant leur hospitalisation et lors de leur passage en salle d'attente, via la chaîne interne du GHRMSA. L'intimité et la dignité du patient sont respectés, des paravents sont présents dans les chambres à deux lits et en SSPI. Des chambres à deux lits sont à disposition des couples parentaux en néonatalogie et en unité mère – enfant. L'environnement est adapté aux patients mineurs, des activités adaptées soutenues par plusieurs associations et enseignants retraités permettent le maintien de l'intégration sociale, éducative et scolaire. En santé mentale, la chambre d'isolement respecte la dignité et l'intimité des patients, une analyse du vécu des patients a été menée en vue d'humaniser cette prise en charge. Dans ce secteur la libre circulation du patient est la règle. L'autonomie du patient âgé est respectée et même restaurée lorsque cela est possible. Les carences et risques iatrogènes (notamment chutes) sont identifiés à l'admission, des évaluations sont régulièrement menées concernant l'alimentation et la continence vésicale, permettant ainsi d'adapter la rééducation. Les patients et leurs proches sont impliqués et associés à l'élaboration du projet de soins, du projet de vie et du projet d'avenir en prévision de la sortie en USLD. Un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé est établi avec le patient âgé, ses proches et l'équipe soignante en SSR dans les cas complexes. En hôpital de jour psychiatrique, les patients sont inclus dans la filière régionale graduée de réhabilitation psychosociale. La douleur est évaluée, prise en charge et réévaluée. Toutefois, les prescriptions « si besoin » n'indiquent pas systématiquement les conditions d'administration médicamenteuse. Postérieurement à la visite, un flash qualité (bulletin mensuel sur la démarche qualité et sécurité) a été publié en mars 2023 sur la prise en charge de la douleur en intégrant un rappel sur les bonnes pratiques de prescription conditionnelle. Par ailleurs, une modification du paramétrage des prescriptions conditionnelles intégrant la condition d'administration, la dose limite par 24h et l'intervalle entre 2 prises est en cours de test jusqu'à fin juillet 2023, le déploiement étant prévu pour octobre 2023. La préparation de la sortie est anticipée et prend en compte les conditions habituelles de vie : la coordination

pluridisciplinaire est établie en particulier entre l'aide-soignante de coordination des parcours, les soins de support (kinésithérapeute, ergothérapeute,...), l'assistante sociale et éventuellement l'HAD.

## 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	99%
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	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	93%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et s'appuie sur les recommandations de bonne pratique. Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont organisées régulièrement dans de nombreux secteurs dont la cancérologie, la santé mentale, l'USLD, le neurovasculaire dans lesquelles sont intégrées les urgentistes et les imageurs. Les admissions en SSR et en USLD sont discutées en réunion pluriprofessionnelle, la pertinence du maintien du séjour et l'évolution de la prise en charge font systématiquement l'objet de réunions régulières élargies. Ces temps d'échange sont complétés par des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires organisés dans la majorité des services. En santé mentale, ils associent le médecin généraliste réalisant l'examen somatique dans les 24h suivant l'admission et assurant le suivi des patients tout au long de leur prise en charge. Dans ce même secteur, la pertinence des mesures de

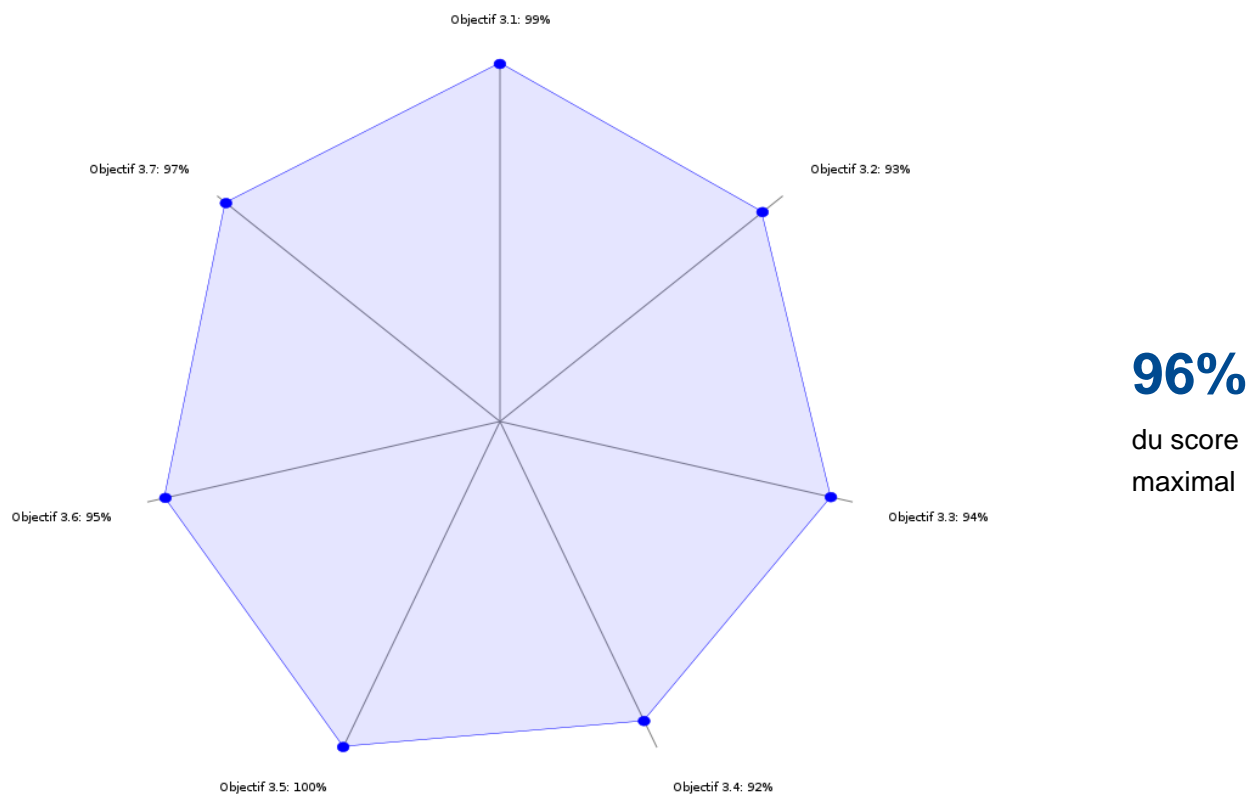
restriction de liberté fait l'objet d'une prescription et d'une réévaluation après analyse bénéfice – risque. Les prescriptions d'antibiotique sont argumentées et réévaluées entre la 24ème et la 72ème heure. L'analyse bénéfice – risque est réalisée pour les transfusions et leur pertinence est justifiée. La prise en charge du patient repose sur la personnalisation des soins, sur une forte implication des professionnels et sur la coordination pluriprofessionnelle et multidisciplinaire aux différentes étapes des parcours y compris en amont et en aval. Aux urgences, la prise en charge est tracée dans le dossier préhospitalier du SMUR transmis avant l'arrivée du patient. Le dossier patient est implémenté par l'ensemble des intervenants de l'équipe de soins, des équipes d'expertise (équipe douleur, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, équipe de liaison en addictologie,...) et des soins de support. Un programme de transition adolescent – adulte en cas de pathologie chronique (ex : diabète) est en place dans le cadre de l'hospitalisation de jour, il vise à un passage de relais progressif entre le médecin référent pédiatrique et le médecin référent adulte avec le support d'un psychologue et d'une diététicienne. Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels, la communication, la coordination et la sécurité de la prise en charge du patient sont assurées par la réalisation effective et efficace de la check list. La sortie est anticipée et associe la coordination en aval du séjour, particulièrement entre les différents sites du GHRMSA et avec l'hospitalisation à domicile et les acteurs libéraux de la ville. La lettre de liaison est remise à la sortie en hospitalisation complète et en ambulatoire. Les risques transversaux liés à la sécurité transfusionnelle, aux vigilances sanitaires, à l'identitovigilance sont maîtrisés par les professionnels. Les risques spécifiques liés à l'hémorragie du post partum, à l'utilisation des rayonnements ionisants, à la dépendance iatrogène et à la gestion des récives d'épisodes de violence en santé mentale grâce à la mise en place d'un plan de prévention partagé sont contenus. Le risque infectieux est généralement prévenu par l'application des bonnes pratiques d'hygiène, des précautions standard et complémentaires. L'encadrement est assuré par le CLIN, l'EHO, l'IDE hygiéniste, des référents, une unité mobile en infectiologie et antibiothérapie. Un référent antibiotique est identifié et présent sur les différents sites. Les recommandations de bonne pratique sont accessibles depuis la gestion documentaire informatisée, en particulier 10 fiches réflexes relatives aux précautions complémentaires sont à disposition des professionnels. Les pratiques sont évaluées : une EPP relative à la pertinence de l'antibioprophylaxie est active depuis 2021, mais les résultats ne sont pas connus de tous les secteurs. Les bonnes pratiques per opératoires sont globalement respectées, toutefois, en endoscopie digestive, la prescription de l'antibioprophylaxie par l'endoscopiste est orale, aucune trace de l'administration ne peut donc être retrouvée dans ce cas. Un rappel sur les bonnes pratiques de prescription de l'antibioprophylaxie a été réalisé au plateau technique de gastrologie en mars 2023 suite à la visite de certification. La prescription d'antibiotique est dorénavant réalisée par le médecin et l'occurrence validée par l'IDE dans le dossier patient informatisé pour en assurer la traçabilité. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont respectées et régulièrement auditées, notamment la consommation de solutions hydro-alcooliques. La prise en charge médicamenteuse est informatisée à l'exception des services de réanimation adulte et pédiatrique, des unités de soins continus, de l'hôpital de jour, de la salle de naissance et du bloc opératoire. Le schéma directeur des systèmes d'information prévoit de finaliser le déploiement en 2023. Lorsque la prescription est informatisée, elle est généralement conforme. Toutefois, en maternité, les traitements sont gérés en autonomie par les patientes sans que cette autonomie soit prescrite selon des critères d'éligibilité définis. Par ailleurs, ces médicaments sont remis à la patiente pour la journée dans un pilulier à disposition sur, ou dans la table de nuit de manière non sécurisée car potentiellement accessibles à des enfants en visite auprès de leur mère. Le risque induit par cette pratique est identifié dans la cartographie des risques du circuit du médicament. A Saint Louis, les recommandations de bonnes pratiques du PAAM (patient en auto-administration de ses médicaments en hospitalisation) sont respectées. Dans les services non informatisés, les prescriptions ne répondent pas toujours aux attendus réglementaires : identification du prescripteur par les initiales, date et heure non retrouvées, absence de prescription en DCI. L'informatisation des services de soins critiques non informatisés actuellement est prévue dans la feuille de route du schéma directeur du système d'information à échéance de 2024. L'analyse pharmaceutique est réalisée à 100% au Centre Hospitalier Saint Morand à Altkirch et à la maison d'arrêt. Sur les autres sites, les pharmaciens ont établis des critères de

priorisation intégrant les médicaments à haut risque, les paramètres du patient, la prescription de chlorure de potassium injectable, les préparations des doses à administrer, les médicaments onéreux et antibiotiques à prescription restreinte. Chaque service dispose de son pharmacien référent, une astreinte pharmaceutique est mutualisée sur la totalité du GHRMSA. Le stockage des médicaments est majoritairement conforme et répond à l'organisation plein – vide. Cependant la sécurisation n'est pas assurée en permanence et dans tous les services : sur le site d'Altkirch, il a été observé un mélange de médicaments (plusieurs médicaments, plusieurs dosages) dans un compartiment du chariot de distribution. Une action corrective a été menée au décours de la visite pour sécuriser cette pratique. En oncologie médicale, dans le chariot de distribution des médicaments, les casiers de traitement sont identifiés uniquement par numéro de chambre et ne comportent pas l'identification du patient. Postérieurement à la visite, les casiers de traitements « hors dotation » concernés par cette remarque ont été rangés dans un tiroir nominatif identifié par une étiquette patient. Pour les deux services, un audit des chariots de soin, planifié en avril, juin, septembre et décembre 2023, permettra un suivi de la conformité du chariot des soins. Les résultats et les actions découlant de ces audits seront diffusés au sein de l'équipe de médecine d'Altkirch et d'oncologie médicale. Les actions d'amélioration seront intégrées au PAQSS des pôles et suivies en partenariat avec la direction qualité. Un projet de robotisation est en cours de déploiement, à échéance fin 2023. L'administration et les motifs de non administration sont majoritairement tracés dans le dossier informatisé. Lorsque le dossier est papier, les pratiques de traçabilité sont disparates (carré colorié, chiffre entouré,...), les motifs de non administration ne sont pas toujours précisés. Les préparations injectables sont identifiés jusqu'à leur administration, les équipes disposent d'étiquettes sur lesquelles ne figure toutefois pas le nom du soignant qui a préparé le médicament, la procédure institutionnelle prévoyant que le soignant qui prépare assure également la pose du produit. De nouvelles étiquettes précisant l'heure de préparation ainsi que le nom du préparateur ont été commandées en avril 2023 et seront mises en place à réception. Les médicaments à risque font l'objet d'une liste institutionnelle commune adaptée aux différentes prises en charge (pédiatrie, gériatrie, santé mentale). Une liste spécifique est élaborée par le pôle ARUBA et applicable à l'anesthésie, aux réanimations, aux services d'urgences, aux blocs opératoires, et à l'ambulatoire. Elle s'applique également à la composition des chariots d'urgence. Ces listes sont affichées dans les services, connues des professionnels qui ont été formées (environ 1000 professionnels) et qui appliquent les bonnes pratiques notamment de double vérification. Toutefois, en hépato-gastroentérologie, le service a mis en place une caisse à outils complémentaire, estimant que la dotation du chariot était insuffisante. Cette caisse non scellée et transparente dans sa partie supérieure contient de nombreux médicaments dont des médicaments à risque. Son contenu répond à un document intitulé « annexe au contenu du chariot d'urgence en hépato-gastro-entérologie » non validé institutionnellement. Les médicaments concernés ont été placés dans un stockage sécurisé scellé le jour suivant la constatation et les équipes sensibilisées. Dans son audit des chariots d'urgence réalisé en 2020 – 2021, l'établissement a identifié les défauts d'harmonisation des documents et de l'organisation des chariots d'urgence ainsi que la non-conformité du stockage des médicaments dans ces chariots sans toutefois cibler expressément les médicaments à risque. La nouvelle composition institutionnelle du chariot d'urgence est en cours de validation dans le cadre du COPIL urgences vitales pour mise en œuvre en juin 2023. L'évaluation des pratiques est réalisée au travers des déclarations d'évènements indésirables, la réalisation régulière de comités de retour d'expérience, de staffs d'analyse des pratiques de revues de mortalité et de morbidité. Le suivi des indicateurs qualité et sécurité des soins est en place. Les actions d'amélioration sont identifiées et intégrées dans le PAQSS. Le dispositif est complété par un suivi d'indicateurs propres à chaque pôle contribuant à alimenter le « qualiscore ». Ce dernier est inclus dans les contrats de pôle. Des audits et évaluations de pratique professionnelle sont suivis, ils concernent par exemple l'antibioprophylaxie, la check list au bloc opératoire (avec déclaration et suivi des NoGo), la pertinence des césariennes, les contentions en pédiatrie, l'arrêt cardiaque chez les enfants avec mise en place d'actions de prévention des noyades, le suivi des vaccinations... Un travail intersites d'harmonisation des pratiques et de formalisation collective des chemins cliniques est en place en chirurgie ambulatoire. Les résultats de la satisfaction et de l'expérience patient contribuent à améliorer les pratiques, les plaintes et réclamations sont



analysées, transmises à la CDU et sont suivies d'un plan d'actions d'amélioration. Les professionnels déclarent unanimement les événements indésirables et les presque-accidents, ils sont associées à leur analyse, à l'identification et la mise en place des actions d'amélioration. La coordination des prélèvements de tissus et d'organes met tout en œuvre pour accéder à l'information d'un potentiel donneur. Les dossiers des patients décédés sont analysés dans tous les secteurs du GHRMSA. Les indicateurs de Cristal Action® sont suivis et permettent la mise en place d'actions d'amélioration. L'organisation permet une prise en charge des défunts au bloc opératoire pour les prélèvements de cornée notamment.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	92%
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	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

Le GHRMSA est un établissement multisite qui s'est construit progressivement par différentes fusions depuis 2015. Il est l'un des centres hospitaliers non universitaires les plus importants au niveau national et est l'établissement support du GHT de Haute Alsace. Un projet médical partagé est formalisé avec les 2 autres établissements partenaires, des fonctions support sont communes pour les achats, le système d'information et

la formation. Le GHRMSA répond à une forte implantation dans le territoire de santé et participe activement aux projets territoriaux de parcours entre les différents sites, avec le secteur privé, l'HAD, le Centre Hospitalier de Colmar pour la filière neurovasculaire, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg pour la recherche clinique et l'augmentation des potentiels d'inclusion ainsi que la médecine de ville. Il est actif dans la communauté professionnelle territoriale de santé et s'inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale avec une attention particulière aux risques de rupture des parcours en psychiatrie. L'implication, l'engagement et le recueil de l'expression du patient sont recherchés par le recueil des indicateurs e-Satis, par l'évaluation de la satisfaction du patient à la sortie, par des évaluations complémentaires ciblées et par la réalisation de nombreux patients traceurs. L'expérience patient est également recueillie par le biais de l'évaluation des 12 programmes d'éducation thérapeutique autorisés. De plus, l'établissement peut s'appuyer sur l'expertise de 3 patients pairs formés et rémunérés, ils interviennent en psychiatrie, en diabétologie et à l'IFSI. Les plaintes et réclamations sont analysées toutes les semaines par la direction qualité et la direction des usagers. Les représentants des usagers sont très impliqués dans la vie de l'établissement, ils participent à de nombreuses instances et groupes de travail dont le COPIL engagement des patients et des usagers. Ils contribuent à l'amélioration des projets qualité et sécurité des soins ainsi qu'à l'amélioration de la vie quotidienne des patients. L'engagement de la gouvernance se traduit dans le projet hospitalité et qualité du projet d'établissement. Les professionnels sont formés à la communication et aux techniques d'entretiens visant à la désescalade de la violence, à l'usage des réseaux sociaux et au droit. La formation droits et devoirs intègre la bientraitance. Les recommandations de bonne pratique trouvent leur traduction dans la charte de bientraitance. Des procédures de signalement incluant les violences faites aux femmes sont diffusées. Des staffs médicopsychosociaux permettent le repérage et la prise en charge des situations de vulnérabilité. La politique de management qualité et sécurité des soins traduit l'engagement de la gouvernance dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle s'articule avec la politique hospitalité et qualité. La déclinaison sur le terrain est effective et connue des professionnels. Une cellule de résolution des problèmes est en place au niveau du service de brancardage : prise de photographies des anomalies rencontrées au quotidien (gestion des irritants) avec déclaration, plan d'actions et suivi par le cadre. Les professionnels sont impliqués dans des activités dédiées (ex : semaine sécurité). L'analyse des déclarations d'événements indésirables associés aux soins démontre une augmentation entre 2019 et 2021 alors que le taux global est en baisse. Les pratiques déclaratives sont questionnées, une charte de confiance est diffusée, même si l'évaluation de la culture sécurité n'est pas totalement finalisée. Une enquête sur la culture de la pertinence et du résultat a été construite fin 2022 et diffusée aux chefs de pôle et chefs de service sur le mois de février 2023. Les résultats de cette enquête sont actuellement en cours d'analyse et seront présentés en CME. Par ailleurs, une enquête générale sur la culture sécurité est prévue à l'occasion de la prochaine semaine sécurité (novembre 2023). Une politique d'attractivité en direction des professionnels médicaux et paramédicaux est en place en vue d'assurer l'adéquation des ressources humaines aux besoins et enjeux des prises en charge. Les professionnels sont impliqués dans des projets collectifs pluriprofessionnels. Les temps de synchronisation ainsi que les simulations et retours d'expérience favorisent le travail en équipe. Un comité d'éthique, de composition pluridisciplinaire et incluant la vice-présidente de la CDU (également RU) est en place depuis de nombreuses années, il a été très sollicité durant la pandémie et est impliqué dans le cadre de la recherche clinique. La politique et la démarche qualité de vie au travail (QVT) animée par un COPIL dédié reposent sur 3 piliers : la santé et la sécurité, l'organisation du travail et l'animation QVT. L'unité ressources et soutien fondée en 2020, composée de 25 intervenants, propose des prises en charge complémentaires et variées pour prendre soin des soignants dans le but de prévenir les risques professionnels et renforcer l'esprit d'équipe. Le GHRMSA est structuré et organisé pour répondre aux risques auxquels il a été et peut être confronté, en particulier ceux concernant les tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles. Des exercices de simulation sont réalisés en interne et en partenariat avec tous les acteurs concernés sur le territoire. Les risques environnementaux sont pris en compte et font l'objet d'un projet décliné autour de 3 axes : énergie, eau et déchets – coopération territoriale et mobilité – émergence des initiatives individuelles et collectives. Le circuit

des déchets est généralement conforme aux règles d'hygiène. Toutefois, dans un service et de manière très ponctuelle, un défaut d'entretien du container de transport des DAOM a été constaté : le container était sale et des déchets stagnaient en son fond. Par ailleurs, les DASRI ne sont pas toujours identifiés au nom du service. Les consignes d'identification des contenants de DASRI, identifiés au nom du service, ont été rappelées par la direction des soins et le conseiller prévention des risques et environnement par envoi d'une note d'information en date du 1er mars en diffusion générale. Ces consignes ont été mises à jour postérieurement à la visite en avril 2023 dans le livre blanc des déchets et dans l'affiche de tri des déchets de l'établissement. Les professionnels sont formés à l'urgence vitale, des exercices de simulation sont réalisés, ils concernent également la prise en charge de l'arrêt cardiaque chez la femme enceinte. Cette prise en charge est associée à un numéro de téléphone spécifique en plus du numéro institutionnel aboutissant au SAMU. Toutefois, dans un secteur, le numéro d'urgence vitale n'est pas unique. Il existe effectivement plusieurs numéros d'appels disponibles selon 3 schémas différents d'urgences vitales. L'établissement s'est engagé à mettre en place un nouveau numéro unique pour l'ensemble des sites (le 15), la procédure d'urgence vitale sera mise à jour en conséquence et communiquée à l'ensemble des professionnels via une note de service et publiée sur le logiciel de gestion de documentaire pour mise en œuvre à compter de juin 2023. Le délai de juin 2023 a été décidé pour assurer une mise en œuvre sécurisée du nouveau dispositif, afin de permettre la formation des agents du Centre 15 à cette nouvelle procédure inter-sites. La mise en place de ce numéro unique a été validée au COPIL urgences vitales du 4 avril 2023. Les services disposent de chariot d'urgence dont la composition est définie institutionnellement. Cependant, dans deux services, il est constaté la mise en place d'une organisation parallèle par des outils complémentaires et la modification de la liste validée au motif que celle – ci était incomplète pour leur usage. Dans un de ces services, la bouteille d'oxygène n'était pas arrimée au chariot d'urgence. Dans une unité de consultation, le chariot d'urgence était inaccessible car déposé dans un local fermé avec une clef non mise à disposition des professionnels présents lors de la visite. Des mesures correctives ont été mise en place immédiatement après les constats : la bouteille d'oxygène présente dans la salle de soins a été fixée au chariot d'urgence et un digicode posé sur la porte du local fermé à clef. L'établissement a connaissance des axes d'amélioration à mettre en œuvre : un audit des chariots d'urgence de tous les sites a été réalisé entre septembre 2020 et novembre 2021. Un groupe de travail puis un comité de pilotage urgences vitales intégrant également la prise en charge de l'hémorragie du post partum ont été créés. Un plan d'actions a été défini, il intègre l'organisation des appels avec un numéro unique, l'harmonisation de l'organisation du chariot et la mise en conformité du stockage des médicaments. Ces actions sont en cours de réalisation ou à échéance en juin 2023 et validées par le COPIL urgences vitales du 4 avril 2023. Elles intègrent également Le déploiement d'un dispositif de formation des professionnels à l'urgence vitale avec simulation à l'aide d'une video réalisée en interne et d'un pool de formateurs composés de professionnels de l'établissement, à raison de sessions de 30 min pendant 2 jours par mois (septembre 2023 – juin 2024). Cette formation s'inscrit en complément de la formation AFGSU. Par ailleurs, sont également prévus la mise en place d'un programme d'évaluation en 2023 de la tenue du chariot d'urgence vitale (localisation, composition, complétude des documents de traçabilité), l'intégration d'un objectif qualité sur l'évaluation du chariot d'urgence et des connaissances de prise en charge d'une urgence vitale dans les contrats de pôle ainsi que l'intégration du thème de l'urgence vitale dans le programme de la semaine sécurité 2023 (novembre 2023). Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis, analysés et exploités (ex : e-Satis, lettre de liaison à la sortie), l'indicateur hémorragie du post partum est suivi malgré l'arrêt de la campagne. Des actions d'amélioration sont mises en place et suivies, notamment en CDU. La gestion des événements indésirables, des plaintes et réclamations et leur analyse sous forme de retour d'expérience contribue à l'amélioration des pratiques. L'accréditation médicale est promue et développée à titre individuel et en équipe.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	680020336	GROUPE HOSPITALIER DE LA REGION DE MULHOUSE ET SUD ALSACE	87 AVENUE D'ALTKIRCH BP 1070 68051 MULHOUSE CEDEX 1 FRANCE
Établissement géographique	680013232	CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE JOUR 68 G06 GHRMSA	16 rue des pins 68100 Mulhouse FRANCE
Établissement géographique	680011178	CATTP SAINT LOUIS - GHRMSA	19 BIS 19 rue des fleurs 68300 Saint Louis FRANCE
Établissement géographique	680004553	MAISON MEDICALE POUR PERSONNES AGEES - MULHOUSE	5 rue du Dr Mangeney 68051 Mulhouse CEDEX 1 FRANCE
Établissement géographique	680004546	HOPITAL EMILE MULLER	20 rue du Dr Laennec 68051 Mulhouse CEDEX 1 FRANCE
Établissement géographique	680000601	CENTRE HOSPITALIER DE THANN	1 rue Saint Jacques 68802 Thann CEDEX FRANCE
Établissement géographique	680000544	CENTRE HOSPITALIER SAINT MORAND D'ALTKIRCH	23 rue du 3eme zouave BP 1022 68134 Altkirch CEDEX FRANCE
Établissement géographique	680000122	HOPITAL DE CERNAY	7 rue Georges Risler 68700 Cernay FRANCE
Établissement géographique	680000031	CENTRE HOSPITALIER DE SIERENTZ	35 rue Rogg Haas 68510 Sierentz FRANCE
Établissement géographique	680020526	CATTP SIERENTZ - GHRMSA	28 rue Rogg Haas 68510 SIERENTZ FRANCE
Établissement géographique	680020542	CATTP MULHOUSE - GHRMSA	10 rue Edouard Branly 68200 Mulhouse FRANCE
Établissement géographique	680020096	POLE PUBLIC SAINT LOUIS - GHRMSA	5 rue Saint Damien 68300 SAINT LOUIS FRANCE
Établissement géographique	680006319	HOPITAL DE JOUR INFANTO JUVENILE 68 I03 GHRMSA	7 rue du Drumond 68100 Mulhouse FRANCE

Établissement géographique	680006269	HOPITAL DE JOUR INFANTO JUVENILE 68 I03 GHRMSA	33 rue du Jardin Zoologique 68100 Mulhouse FRANCE
Établissement géographique	680006228	HOPITAL DE JOUR 68 G07 GHRMSA	33 rue Jacques Preiss 68100 Mulhouse FRANCE
Établissement géographique	680012077	USLD - HOPITAL DU HASENRAIN	87 avenue d'Altkirch BP 1070 68051 Mulhouse CEDEX 1 FRANCE
Établissement géographique	680012069	USLD SITE MMPA	5 rue du Dr Mangeney 68051 Mulhouse CEDEX 1 FRANCE
Établissement géographique	680012051	LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE SECTEUR SAINT MORAND D'ALTKIRCH	23 rue du 3eme zouave 68130 Altkirch FRANCE
Établissement géographique	680012044	LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE CERNAY	7 rue Georges Risler 68700 Cernay FRANCE
Établissement principal	680000627	GHRMSA - HOPITAL DU HASENRAIN	BP 1070 87 avenue d'Altkirch 68051 Mulhouse CEDEX 1 FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------



### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Circuit du médicament
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique per os
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
6	Audit système	Représentants des usagers		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences pédiatriques
9	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Maternité Chirurgie et interventionnel	

11	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Médecine</p>	
12	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p>	
13	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
14	Audit système	Entretien Professionnel		

15	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Circuit du médicament
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire (Bloc général hors endoscopie)
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Audit système	Entretien Professionnel		
	Audit	Entretien Professionnel		

26	système			
27	Audit système	Leadership		
28	Audit système	Engagement patient		
29	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
30	Audit système	Entretien Professionnel		
31	Audit système	Coordination territoriale		
32	Audit système	Maitrise des risques		
33	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
34	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
35	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable
36	Audit système	QVT & Travail en équipe		
37	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap	

38			<p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
39	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Soins critiques</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
40	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
41	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

			Médecine	
42	Audit système	Dynamique d'amélioration		
43	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
44	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
45	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
46	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient		Tout l'établissement	

47	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
48	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences adultes
49	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences adultes / SMUR
50	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
51	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
52	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
53	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU SMUR
54	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte	

			Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
55	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
56	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
57	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
58	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Soins de suite et réadaptation	



59	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p>	
60	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
61	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
62	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Médecine</p>	
	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Pas de situation particulière</p>	

63			<p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
64	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
65	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p>	
66	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	
67	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	

68	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
69	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p>	
70	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p>	
71	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
72	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

73	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
74	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
75	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
76	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché
77	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
78	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	

79	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
80	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Ambulatoire Médecine	
81	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
82	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
83	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
84	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
	Patient		Tout l'établissement	

85	traceur		Programmé Patient en situation de précarité Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
86	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
87	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
88	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché inter site
89	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
90	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
91	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire (Bloc général hors endoscopie, hors salle de naissance)

---

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

---

