



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE DE SOINS DE
SUITE ET DE
READAPTATION LA
BOISSIERE**

22 rue de la boissiere
28630 Nogent Le Phaye



Validé par la HAS en Septembre 2023

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 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
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	23
Annexe 3. Programme de visite	27

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

CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION LA BOISSIERE	
Adresse	22 rue de la boissiere 28630 Nogent Le Phaye FRANCE
Département / Région	Eure-et-Loir / Centre-Val-de-Loire
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	280006370	SAS CSR DOMUSVI LA BOISSIÈRE	22 rue de la boissière 28630 NOGENT LE PHAYE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

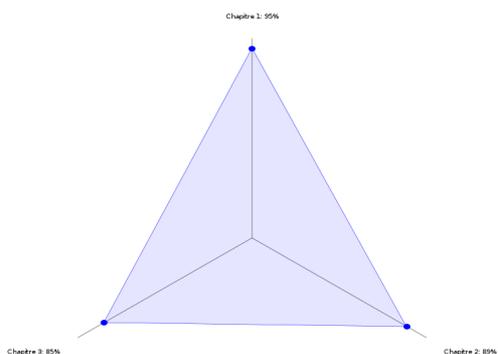
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

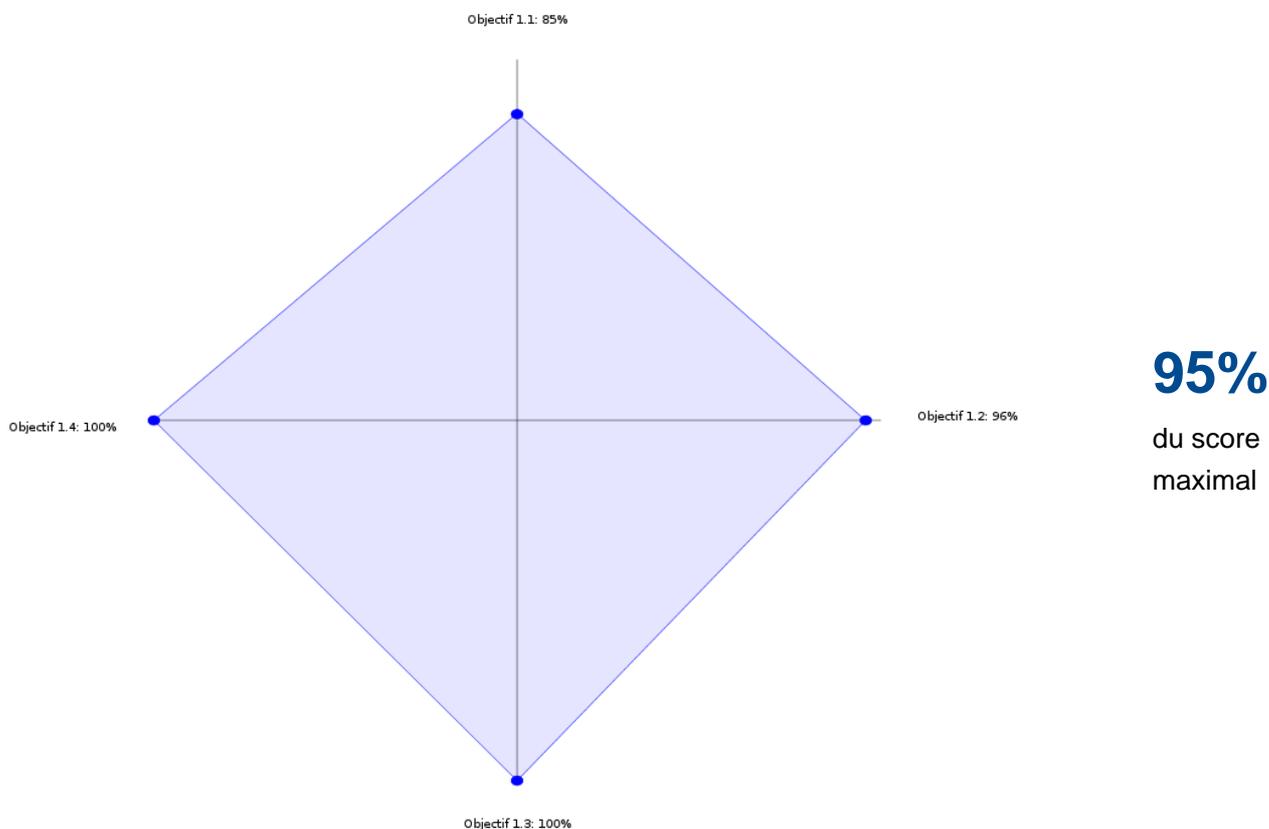
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

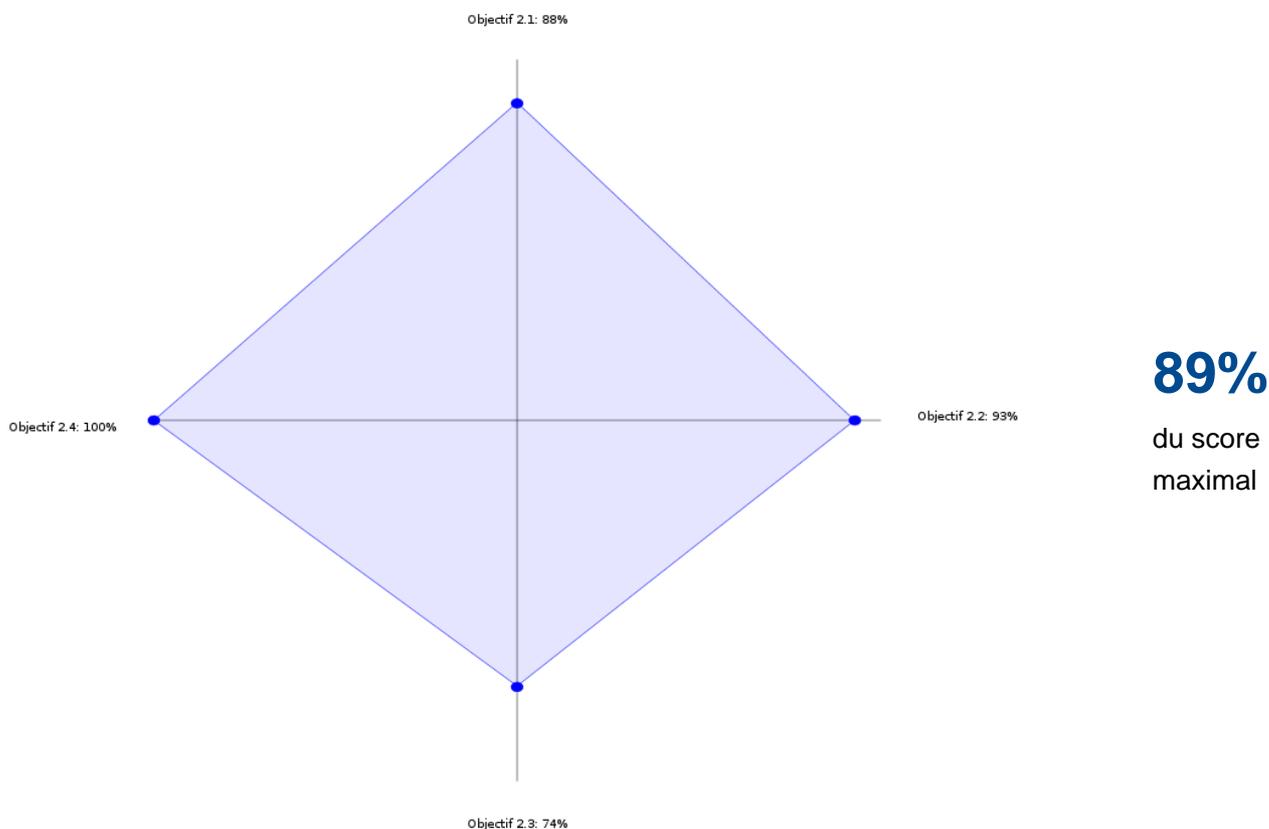


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1.2	Le patient est respecté.	96%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé et son implication est recherchée. Les patients de la clinique la Boissière témoignent de l'information qu'ils ont reçue, parfois à leur demande, tant sur leur maladie que leur projet de soins, par l'ensemble des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. Le livret d'accueil est remis à l'admission. Les informations qu'il contient sont complétées par l'affichage de différentes chartes : charte de la personne hospitalisée, Romain Jacob, de bientraitance, d'identitovigilance. L'affichage et la mise à disposition de plaquettes d'information sur les grands thèmes de santé publique en rapport avec la typologie des patients pris en charge dans l'établissement complètent cette information. Les patients admis en hôpital de jour bénéficient d'une visite du service et d'explications sur leur future prise en charge. Les grandes thématiques de santé sont abordées en groupe, à l'aide de jeux (nutrition, chutes, médicaments, actes de la vie quotidienne). Un « carnet

de bord » sous format d'un cahier d'écolier rassemble toutes les informations à partager, en provenance du service (programme, comptes-rendus, bilans des rééducateurs, RDV, documentation, exercices à réaliser à partir de vidéos du patient dans le service) mais aussi du domicile, rempli tant par le patient que son entourage (événements de la vie courante, divers relevés). Le patient est informé sur son projet de soins. Son consentement est recueilli et tracé dans le dossier, sinon celui de ses proches en cas d'impossibilité de recueil. Il est imprimé et signé par le patient. Le recueil de la personne de confiance et de l'existence de directives anticipées est systématique et tracé ; les patients n'ont pas tous souvenir de cette requête. Les patients peuvent s'exprimer sur leur expérience de façon informelle à l'occasion des échanges avec les soignants, par l'enquête e-Satis ou par l'intermédiaire de l'enquête de satisfaction remise en fin de séjour en hospitalisation complète (peu efficace en HdJ où le séjour est souvent interrompu par une hospitalisation intercurrente). Il existe également une boîte à idées dans le hall de la clinique. Les patients rencontrés à l'occasion des patients traceurs ne connaissent pas les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un événement indésirable associé aux soins. Le patient est respecté. Le patient témoigne du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité des informations le concernant. Les locaux et les pratiques soignantes y contribuent. Le maintien ou la restitution de son autonomie sont abordés à chaque synthèse pluridisciplinaire. L'aide éventuelle pour les besoins élémentaires est systématiquement recherchée. Les patients témoignent d'une prise en charge active de leur douleur; elle est évaluée à l'aide d'échelles adaptées aux capacités d'expression, tracée et réévaluée. Toutefois, les prescriptions d'antalgiques en « si besoin » ne sont pas assorties d'un seuil de douleur déclenchant l'administration de l'antalgique par l'IDE. Par ailleurs, en HdJ, la douleur est évaluée et tracée lors du bilan initial, mais plus tracée par la suite (alors qu'évaluée à chaque passage des patients). Les proches ou les aidants sont associés à la mise en œuvre de projet de soins avec l'accord du patient. Les proches du patient sont informés sur son projet de soins ; leur consentement est recherché si le patient ne peut s'exprimer. Des réunions de famille sont proposées au besoin ; un accueil est organisé chaque semaine pour les nouveaux patients et leur famille. Les proches sont sollicités dans le cadre de la sortie de leur parent. Les visites sont facilitées notamment pour les patients en fin de vie ou en soins palliatifs. Les proches sont particulièrement intégrés à la prise en charge en HdJ, en pouvant participer à la rédaction du carnet de bord du patient. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. La prise en compte de la précarité sociale, du handicap et du grand âge est effective dans la prise en charge. L'assistante sociale participe aux différents staffs et synthèses ; elle est attentive aux conditions sociales décrites dans le dossier de préadmission. Les patients témoignent de la prise en compte de leurs conditions de vie habituelles. L'ergothérapeute peut également être amenée à réaliser un diagnostic de l'habitat du patient afin d'étudier et d'améliorer les conditions de sortie. En HdJ, les conditions et habitudes de vie du patient sont prises en compte pour l'élaboration de son programme (heures de lever, heures de passage des aides techniques,...).

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	93%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	74%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

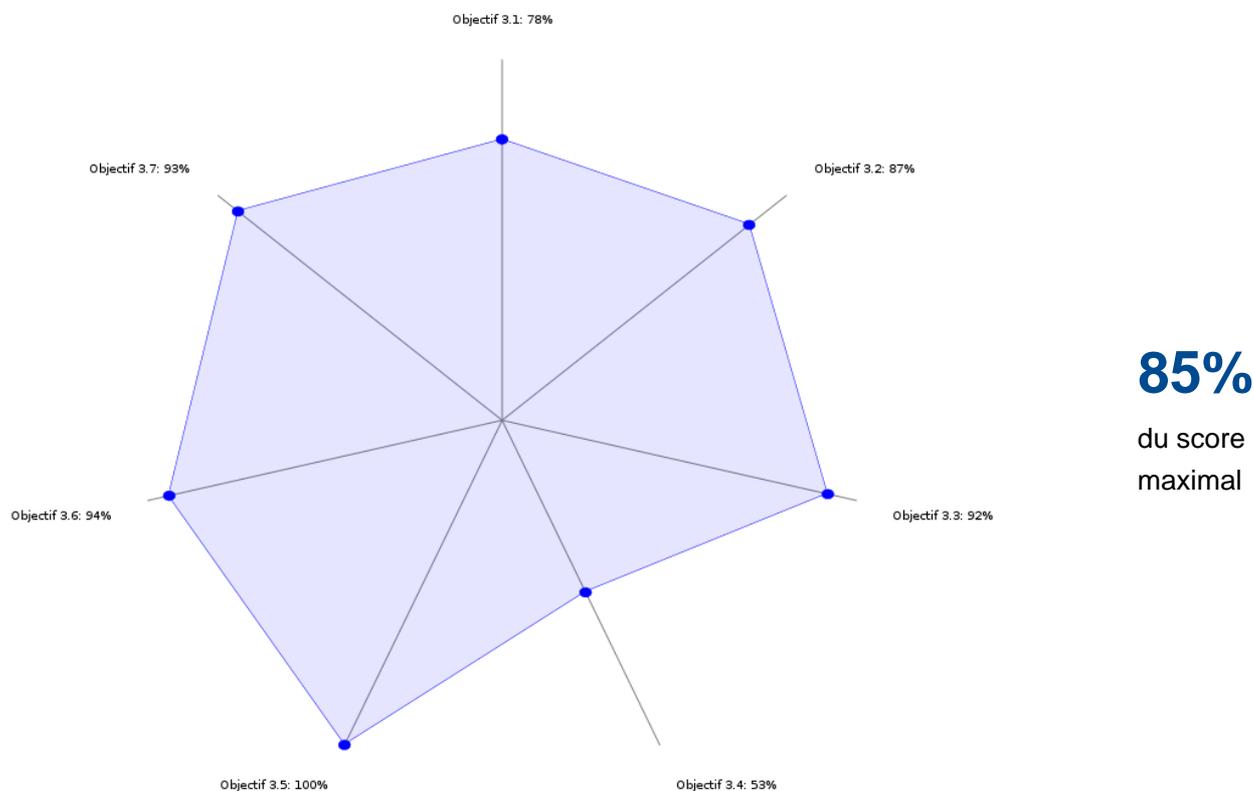
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe. Le processus d'admission des patients est organisé. La demande de pré-admission standardisée (y compris en interne en cas de passage en HdJ) ou la lettre du médecin traitant, complétés au besoin, sont analysées au fil de l'eau, en concertation entre la cadre de santé et les médecins. Les demandes validées sont mises à disposition des professionnels avant l'arrivée effective du patient. La pertinence des admissions et séjours est analysée au moment de la décision d'admission et réévaluée au cours des synthèses hebdomadaires. Seules les prescriptions d'antibiotiques à dispensation contrôlée par la PUI font l'objet d'une justification, avec remplissage systématique par le prescripteur d'un document précisant le motif et la durée. Par ailleurs, en l'absence d'alerte générée par le logiciel du dossier patient informatisé et/ou vigilance des prescripteurs, la réévaluation entre la

24ème et 72ème n'est pas assurée de façon systématique ; elle n'a pas été retrouvée dans les dossiers consultés. Le référent antibiotiques est nommé et connu des professionnels : il s'agit d'un des médecins du laboratoire de biologie médicale partenaire. Les médecins de la clinique n'ont pas bénéficié de formation récente au bon usage des antibiotiques. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. L'ensemble des professionnels trace ses observations dans le dossier patient informatisé, mobilisé à chaque synthèse et véritable outil de coordination. Il a toutefois été constaté des éléments de traçabilité manquants lors de l'exploitation de certains dossiers : observations médicales en HdJ, prescription des rééducateurs, réévaluation du projet personnalisé de soins, réévaluation et surveillance d'une contention en UCC. Le projet personnalisé de soins est élaboré, partagé et tracé dès que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient a réalisé un bilan initial par spécialité. Il est régulièrement réévalué selon une périodicité définie (à J15, puis toutes les 3 semaines et avant la sortie en HC, à mi-parcours en HdJ). Il intègre l'analyse bénéfique/risque, la durée prévisionnelle de séjour et le consentement du patient ou de ses proches en cas d'impossibilité de recueil. Il est imprimé et signé par le patient. Les professionnels animent 2 réunions par semaine en rapport avec la prise en charge des patients : un staff qui aborde les problématiques et cas difficiles, une réunion dédiée à l'élaboration et réévaluation des PPS. La conciliation médicamenteuse est engagée : identification de profils de patients (patient entre 75 et 85 ans, aux fonctions cognitives conservées, pour rééducation suite chirurgie de l'appareil locomoteur non programmée, non porteur de pathologie oncologique) et réalisation de conciliations (10 en 2022). La consultation d'un éventuel dossier pharmaceutique n'est pas réalisée. Des recours à des compétences extérieures sont organisés, essentiellement auprès du CH de Chartres, mais également par le biais de conventions (laboratoire de biologie médicale, équipe mobile d'imagerie, EMSP). La continuité de la prise en charge est assurée au moment de la sortie : remise de la lettre de liaison au patient, envoi au médecin traitant, remise des différentes ordonnances (médicamenteuse, matériel, intervention d'un acteur de santé libéral,...), de documents remis par le diététicien (régimes hyperprotéinés, idées de recettes pour les patients refusant le portage des repas). Toutefois, cette lettre de liaison n'intègre pas le bilan thérapeutique du patient. Parmi les médicaments personnels du patient séquestrés à l'arrivée, seuls sont restitués ceux présents sur l'ordonnance de sortie. Le secteur d'UCC a rédigé des documents « clés » pour la sortie à l'attention des professionnels d'aval pour une meilleure continuité de prise en charge et afin de transmettre les habitudes de vie, besoins et plaisirs du patient (comportement, repas, coucher, sommeil, prise des médicaments). Les équipes maîtrisent en partie les risques liés à leurs pratiques. Les équipes assurent les bonnes pratiques d'identivigilance ; le port du bracelet (ou du collier en HdJ) est systématique pour l'ensemble des patients ; la pose ou le refus sont tracés. Les homonymes sont identifiés par des étiquettes spécifiques. Les vigilances sanitaires de l'établissement (référénts et missions) et leurs circuits d'alerte sont connues par les équipes de jour . L'intégralité du traitement du patient est prescrite dans le DPI, y compris en HdJ. Les prescripteurs ont accès au livret thérapeutique de la clinique et d'outils d'aide à la prescription (dont un guide antibiotiques). Le pharmacien a accès aux données du DPI, notamment biologiques et biométriques, dans le cadre de l'analyse pharmaceutique, réalisée le lendemain matin de l'admission. Les avis sont tracés et pris en compte par les prescripteurs mais non assortis d'indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs (motif). Toutefois, les bonnes pratiques de dispensation ne sont pas complètement assurées. En effet, la clinique possède un double circuit de dispensation : par la PUI pour les médicaments inscrits au livret thérapeutique, par une pharmacie d'officine conventionnée pour les autres médicaments. Dans le 1er cas, les médicaments sont livrés par la PUI dans les services sous forme de dotation nominative hebdomadaire ; les piluliers journaliers sont réalisés par les IDE de nuit. A J1, le pilulier du soir, nuit et lendemain matin est réalisé à partir d'un stock tampon (salle de soins du 1er étage). La dotation en provenance de la pharmacie d'officine concerne les médicaments hors livret. Ils sont commandés par fax par l'IDE à l'arrivée du patient à partir de l'impression papier de la prescription médicamenteuse du DPI, puis livrés en soirée directement dans les services en pochettes nominatives. Ils sont alors intégrés dans les piluliers des patients par les IDE. Le lendemain, le pharmacien ou la préparatrice récupèrent les médicaments hors livret livrés la veille pour les stocker à la PUI et

sur étiqueter les blisters non identifiables de façon unitaire (en jaune pour les médicaments à risque). Ils rejoignent secondairement la livraison en dotation nominative hebdomadaire. Ils sont restitués intégralement à la sortie du patient. En ce qui concerne l'étape d'administration, les médicaments sont tous identifiables jusqu'à la prise (sur étiquetage des blisters ne présentant pas une identification unitaire ou médicaments laissés dans le contenant portant l'identification quand ils sont en vrac). Une évaluation de l'autonomie à la prise en charge médicamenteuse est réalisée et tracée lors du recueil IDE à l'admission. Cependant, cette évaluation ne donne pas lieu à une prescription médicale en rapport : mode d'autonomie (totale ou partielle), durée, modalités, réévaluation ; la traçabilité dans le DPI apparaît comme « administration » et non comme « distribution ». Une liste de médicaments à risque a été identifiée dans l'établissement. Elle ne comporte pas les insulines pourtant largement utilisées. En cours de visite, l'affichage de cette liste était soit inexistant (HdJ), soit difficile à exploiter par les soignants par juxtaposition des pages du livret thérapeutique où les médicaments à risque apparaissent en jaune (mais liste non exhaustive, ne concernant que les médicaments en dotation) et la procédure qui reprend l'ensemble des médicaments à risque, leurs effets, les antidotes éventuelles, les stratégies de sécurisation. En cours de visite, le pharmacien a compilé l'ensemble de ces informations en un document unique plastifié, facile d'utilisation et de compréhension, affiché dans toutes les salles de soins. Par ailleurs, le circuit des médicaments à risque n'est pas entièrement sécurisé. Ils ne sont pas identifiés à toutes les étapes du circuit : ils sont identifiés à l'étape de prescription (commentaire dans le DPI), d'analyse, de stockage à la PUI et en partie en service de soins (étiquettes jaunes sur les casiers, blisters et piluliers), de transport (sac séparé dans le conteneur sécurisé), la plupart du temps lors de l'administration (loupe avec commentaire). En effet, de par la double dispensation, les médicaments à risque hors dotation livrés directement par la pharmacie d'officine à J1 ou lors d'un changement en cours de séjour, ne sont pas identifiés comme tels (mais seulement le lendemain). Une 1ère session de formation aux risques médicamenteux a été réalisée début 2023, complétée par une mise en situation « piluliers des horreurs » auprès de professionnels volontaires. Le stockage des médicaments thermosensibles est sécurisé par l'utilisation de réfrigérateurs enregistreurs avec report d'alarme (PUI et salle de soins). Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de besoin urgent (convention avec la pharmacie d'officine et le CH de Chartres). Les événements indésirables liés au médicament sont déclarés, les plus graves analysés en CREX. Il n'existe pas d'évaluation ou audits de pratiques sur le circuit du médicament. Les professionnels respectent globalement les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Des tenues non adaptées ont toutefois été constatées comme le port de manches longues ou de montres. Les solutions hydroalcooliques sont disponibles dans les salles de soins, les couloirs, les chambres des patients. L'infirmière hygiéniste, présente 1 jour par semaine, est identifiée comme personne ressource pour la prévention des IAS. Elle assure la formation des professionnels aux bonnes pratiques d'hygiène des mains et des précautions standards. L'EOH réalise des évaluations 2 fois par an (audit zéro bijoux, boîte à coucou, auto-évaluation des précautions standards). Les résultats sont affichés, relayés par la cadre de santé, connus des professionnels, force de propositions pour d'éventuelles actions d'amélioration. L'établissement participe au recueil de l'indicateur national ICSHA ; le score est très satisfaisant et connu des professionnels. Les risques liés à la gestion des déchets sont maîtrisés. Des filières de tri sont en place et respectées (DASRI en sac et collecteur OPCT, DAOM, cartons, piles, cartouches d'encre). Les circuits d'élimination et les locaux dédiés au stockage (intermédiaire et terminal) sont sécurisés et conformes aux règles d'hygiène. Les précautions complémentaires sont prescrites et précisées sur la feuille des présents et mouvements détenue à l'accueil et partagée avec les professionnels (pas de logo dans le DPI). Toutefois, les équipes n'ont pas bénéficié de formation aux précautions complémentaires et à la prévention des infections liées aux dispositifs invasifs. Des protocoles de pose et d'entretien de ces dispositifs invasifs existent et sont connus des professionnels (sondage vésical essentiellement). La date de pose du dispositif invasif est tracée dans le dossier par l'IDE mais la prescription de la pose ou ablation du dispositif, et la traçabilité des actes de surveillance ne sont pas retrouvées. Les équipes ne réalisent pas de réévaluation périodique de la pertinence du maintien des dispositifs invasifs. L'EOH n'a pas encore évalué les pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux liés aux précautions complémentaires et aux dispositifs invasifs. Les risques de dépendance

iatrogène liée à l'hospitalisation sont systématiquement recherchés et tracés auprès des patients âgés. Ils font l'objet de prises en charge spécifiques : mobilisation par les kinésithérapeutes, identification du risque de dénutrition avec le diététicien, identification des risques de chute, d'incontinence, vigilance médicamenteuse. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (grippe saisonnière) et obligatoires (hépatite B et COVID 19). L'accès à la vaccination est proposé gratuitement en interne aux professionnels. Cependant, la couverture vaccinale contre la grippe a baissé entre 2021 et 2022. Une évaluation des freins à la vaccination est prévue sur le deuxième trimestre 2023. Un personnel de la clinique est dédié au brancardage des patients vers les plateaux techniques. Il dispose de la feuille journalière de présence des patients (entrées, sorties, patients sous précautions complémentaires). Il a bénéficié d'une formation à la bientraitance (notamment le respect de dignité, intimité et confidentialité), d'une sensibilisation à l'hygiène hospitalière et à l'identitovigilance en e-learning. Toutefois, il ne dispose pas d'informations sur le choix du matériel à utiliser pour le transport du patient, ce qui peut générer des risques quant aux conditions de sécurité (matériel inadapté). Les patients interrogés et concernés connaissent les heures de RDV et de passage du brancardier le cas échéant. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Les professionnels réalisent un patient traceur par an avec le CH de Chartres (évaluation des conditions de pré-admission). Les résultats des évaluations sont connus des équipes. La satisfaction des patients est recueillie en fin de séjour ; le questionnaire est remis en mains propres par un personnel administratif la veille de la sortie, une aide au remplissage est proposée aux patients dépendants. Des actions d'améliorations ont permis d'améliorer les résultats des indicateurs IQSS. Les événements indésirables graves font l'objet de CREX, les actions identifiées sont intégrées au PAQSS de l'établissement.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	78%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	53%
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	93%

L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. La Clinique La Boissière s'intègre dans les parcours de soins en cohérence avec son territoire. Elle collabore avec des structures d'amont (prioritairement le CH de Chartres mais aussi l'Hôpital Privé d'Eure et Loir groupe ELSAN) et d'aval (établissements médico-sociaux, structures de prise en charge à domicile SSIAD, ADMR, HAD). Des

partenariats existent également avec la communauté professionnelle territoriale de santé du pays chartrain, les médecins de villes, des associations de malades (France Alzheimer, Plateforme de répit PFR, Fondation d'Aligre, JALMALV), ainsi que des ressources territoriales (réseau gériatrique ESMS-PA, réseau régional de Soins Palliatifs Centre Val de Loire, EMSP 28). Ces différents partenariats permettent à la Clinique de fluidifier les parcours et de prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences (circuit court par une filière directe avec le CH de Chartres). Des conventions sont signées avec une pharmacie d'officine, un laboratoire de biologie médicale et une société d'imagerie médicale (imagerie mobile). Les modalités de communication permettent aux usagers, aux médecins de ville, aux médecins spécialistes de joindre aisément la clinique : téléphone (standard ou ligne directe pour l'assistante sociale), site internet, email. L'établissement s'est doté d'outils sécurisés pour la communication de données sensibles (messagerie sécurisée MS-Santé et solution Lifem). Le Répertoire Opérationnel des Ressources est opérationnel et renseigné chaque jour ouvrable. Toutefois, l'activation par le patient de « Mon Espace Santé » et du dossier pharmaceutique n'est pas encouragée et leur utilisation pas effective. Il n'y a pas non plus d'actions spécifiques pour la promotion de la recherche clinique au sein de l'établissement. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. L'établissement favorise l'expression du patient par le biais de questionnaires de satisfaction, la participation à l'enquête e-Satis, le recueil des plaintes et réclamations, l'exploitation de la boîte à idées, ainsi que la gestion des réclamations orales faisant l'objet d'une fiche d'événement indésirable rédigée par les professionnels. Les données recueillies et les résultats d'enquêtes sont analysés et présentés à la CDU. Des actions d'améliorations sont identifiées et inscrites au PAQSS (ex : coffres individuels dans les chambres suite à des vols déclarés). Les modalités du recueil de l'expérience patient sont informelles, essentiellement à l'occasion d'échanges avec les patients ou leur famille. Il n'y a pas de démarches de type PREMS ou PROMS. Une évaluation de type patient traceur est réalisée annuellement de manière croisée avec le CH de Chartres (patient pris en charge au sein des deux structures). L'expertise patient n'est pas mobilisée au sein de la clinique. L'établissement a une communication centrée sur le patient : remise du livret d'accueil à l'arrivée du patient, sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques de communication dès leur arrivée dans l'établissement (livret accueil du nouvel arrivant, les incollables de la qualité, mémo AS...). En cas de situation difficile avec un patient, le recours à la médiation est facilité. La notion de bientraitance fait partie des valeurs de l'établissement, concrétisée dans une charte. Les professionnels sont sensibilisés au repérage des situations à risque (personne âgée, handicap, troubles cognitifs,..) et aux facteurs de maltraitance (sous-effectif, surcharge de travail), rappelés dans une procédure accessible sur la GED de l'établissement. La gouvernance a mis en place une formation sur la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. La mise en œuvre du repérage des situations de maltraitance n'est toutefois pas évaluée, les situations avérées pas recensées dans le PMSI. En HdJ, un atelier « Simulateur de vieillissement » a été organisé pour sensibiliser les professionnels aux difficultés rencontrées par les personnes âgées dans les actes du quotidien. Les professionnels connaissent les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance. L'accès aux soins des personnes vulnérables et en situation de handicap est favorisé. L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap. Des matériels spécifiques sont disponibles pour les patients porteurs de troubles du comportement, notamment en UCC : salle d'apaisement, couverture lestée, chariot mobile Snoezelen, chien médiateur. L'accès du patient à son dossier est organisé, suivi, les délais de remise sont respectés. L'accès aux innovations pour les patients n'est pas mis en œuvre au sein de la clinique. Il existe néanmoins une compétence au sein du groupe SEDNA (directrice de la recherche scientifique). Le projet des usagers existe et s'articule avec le projet médical et le projet de soins. Les RU sont impliqués dans le fonctionnement de l'établissement et participent à l'EOH et au CLAN en plus de la CDU. Le rôle et la composition de la CDU sont largement affichés dans la clinique, jusque dans les chambres des patients. Une permanence mensuelle est assurée. Ils sont force de proposition et participent activement aux projets en faveur du respect des droits des usagers et de l'amélioration de la qualité de la prise en charge mais ne sont pas consultés lors de l'élaboration du rapport annuel de la CDU transmis à l'ARS. Sur leur proposition, la présence d'un chien médiateur guidé par la psychomotricienne a été mise en

place en 2022, projet encadré par l'EOH et validé par l'ARS, largement plébiscité par les patients et professionnels. La gouvernance fait preuve de leadership. La politique qualité est portée par la gouvernance, en association avec les instances et la CDU et déclinée en actions concrètes sur le terrain. Les équipes sont informées par la cadre de santé et la responsable qualité des projets qualité, des comptes-rendus d'instances, des démarches d'évaluation et leurs résultats, via l'affichage dans les espaces dédiés aux professionnels et lors de temps d'échanges (réunions de service). La participation des professionnels aux travaux et instances de l'établissement est recherchée et promue, mais la culture sécurité des soins n'est pas évaluée. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et sécurité des prises en charge. Les responsables s'adaptent aux contraintes liées à l'instabilité des équipes (« management d'équipes éphémères »). Pour pallier l'absentéisme, le recours aux heures supplémentaires est privilégié, puis l'appel aux vacataires via l'application HUBLO ou à l'intérim (en privilégiant les professionnels déjà connus), et en dernier lieu, la réduction du volume d'activité (diminution du nombre d'entrées) pour garantir la qualité et la sécurité des soins au regard des compétences présentes. Les responsables ont bénéficié d'une formation au management et partagent leur expérience de façon régulière (staff d'encadrement en interne, réunions mensuelles qualité, RH... au niveau du groupe SEDNA Santé). L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Le travail en équipe est promu par la gouvernance. Les professionnels se coordonnent et échangent en équipe de manière régulière (transmissions inter-équipes avec les professionnels médicaux et para-médicaux, réunions de services, staffs pluridisciplinaires, staffs d'encadrement...). Les actions en faveur du développement/maintien des compétences sont engagées par la gouvernance (entretien d'évaluation et plan de développement des compétences). Une attention particulière est portée à la disponibilité des compétences en période de tension. Il n'existe pas à ce jour de démarches spécifiques sur le travail en équipe de type PACTE, team building... Un travail d'identification des questionnements éthiques vient d'être engagé par les professionnels. Un comité éthique a été mis en place très récemment et la démarche est en cours de structuration. Les RU n'y ont pas encore été associés. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance. La démarche qualité de vie au travail est intégrée au projet d'établissement et portée par la gouvernance. Un comité QVT est en place ; il se réunit tous les 3 mois. Des professionnels référents QVT sont identifiés. Des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels sont réalisées (enquête groupe Almaviva en 2021, enquête annuelle interne en janvier 2023). Des actions concrètes en faveur de la QVT sont mises en œuvre, par exemple l'achat de lunettes de luminothérapie, la mise en place des ateliers de relaxation « Bulle de calme », ou le chariot Snoezelen (pratique de stimulation multisensorielle contrôlée). Les professionnels peuvent formuler des propositions visant à améliorer l'organisation du travail auprès du comité QVT ou en déposant leur idée dans la boîte aux lettres dédiée. Un dispositif de gestion de conflit et difficultés interpersonnelles est en place et connu (écoute et soutien grâce à un groupe de parole, intervention de la psychologue, de la cadre du service ou de la direction). L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. L'établissement dispose d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations exceptionnelles, reprenant les catégories de risques pouvant impacter son fonctionnement. Les modalités d'activation et de fonctionnement de la cellule de crise sont définies. La clinique est identifiée comme établissement de 2ème ligne, avec des objectifs conformes au plan ORSAN élaboré avec l'ARS. La clinique dispose d'un stock dédié disponible nécessaire en cas de déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Chaque année, un exercice de simulation est réalisé. Un dispositif de maîtrise des risques numériques est en place, avec l'appui de la DSI du groupe SEDNA Santé. Un audit Cybersécurité a été réalisé en 2021. Les professionnels appliquent les mesures préventives et connaissent le mode opératoire en cas d'attaque (procédure intégrée à la GED de l'établissement). La clinique agit pour la prévention des atteintes à la sécurité des biens et des personnes. Les situations à risques sont identifiées et des mesures de sécurisation sont prévues : accès sécurisés (fermetures, digicodes), installation de coffres individuels dans les chambres suite à des vols déclarés, gestion des situations de présence non souhaitée dans l'enceinte. Les professionnels connaissent les solutions de sécurisation en cas de situation critique (procédure intégrée à la GED). Les

risques environnementaux sont maîtrisés. L'établissement a réalisé un diagnostic initial de sa situation (enquête IDD du C2DS) et a défini sa politique en matière de développement durable. Un binôme de référents DD est identifié. La gouvernance suit les consommations d'énergie et eau de l'établissement de manière régulière et a identifié des actions pour la maîtrise de ces consommations. L'établissement agit pour influencer les comportements des professionnels et des patients en faveur du développement durable (affichage incitatif pour la réduction des consommations d'eau et d'énergie). Les risques liés à la gestion des déchets sont maîtrisés. Des filières de tri sont en place et respectées. Pour la prise en charge des urgences vitales, la clinique possède 3 chariots d'urgence avec défibrillateur (1 sur chaque niveau du bâtiment et 1 en HdJ), aisément et rapidement accessibles par les professionnels. Ils font l'objet d'une vérification périodique régulière tracée. Il existe un numéro d'appel unique pour joindre directement le médecin d'astreinte, compétent pour intervenir en cas d'urgence vitale, de jour comme de nuit. Le téléphone, transmis entre médecins à chaque relève d'astreinte, est dédié uniquement à cette fonction. Ce numéro est indiqué par voie d'affichage au niveau de chaque chariot d'urgence, et rappelé par une étiquette au dos de chaque DECT. La formation des professionnels aux gestes de 1ère urgence est réalisée (formations et mises à jour AFGSU niveau 1 et 2) et reste à poursuivre. Cependant, l'établissement n'a pas mené d'évaluation de son dispositif de gestion de l'urgence vitale (pas d'exercice de mise en situation). L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La gouvernance travaille en lien avec la CME à l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques les plus importantes au regard de l'activité de la clinique. Une veille réglementaire est assurée par les référents thématiques (douleur, hygiène, qualité...). Les procédures sont actualisées et mises en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques par les référents et les instances, avec l'appui du service qualité, puis mise à disposition sur la GED informatisée. La clinique s'est dotée d'indicateurs comme les réhospitalisations, les séjours longs ou complexes, les interruptions de séjours en HdJ. Les plaintes et réclamations, les EI déclarés, ainsi que les résultats des indicateurs de satisfaction patients font l'objet d'une présentation en CDU. Des actions d'améliorations sont identifiées et inscrites au PAQSS de l'établissement. Les professionnels interrogés ne connaissent pas tous des recommandations émises par la CDU. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins (indicateurs nationaux IQSS et indicateurs internes issus des audits de pratiques) sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en CME, en instance (CDU, EOH, CLAN...) et en réunion de service. Les actions d'amélioration identifiées suite à leur analyse sont intégrées au PAQSS de l'établissement (ex : actions pour l'amélioration de la qualité de la lettre de sortie). Les équipes sont tenues informées des résultats des indicateurs, de leur analyse et des actions identifiées lors de temps d'échanges avec les membres des instances ou la cadre du service (réunions de service mensuelles) ou via les comptes-rendus d'instances affichés dans un espace dédié aux professionnels, sans conservation toutefois de l'antériorité lors d'un nouvel affichage. Il existe une culture du signalement au sein de l'établissement. Les modalités pratiques de déclaration d'un évènement indésirable sont connues des professionnels. Les EI déclarés sont analysés par la cellule qualité. Des CREX sont organisés pour les évènements ayant des critères de gravité, de fréquence ou présentant un potentiel d'amélioration. Leurs comptes-rendus sont affichés. Les EIG font l'objet d'une déclaration sur le portail de signalement dédié, après information préalable et validation de la direction du groupe SEDNA Santé. 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 : Sécuriser l'ensemble du circuit des médicaments dont les médicaments à risque. Evaluer les pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux liés aux précautions complémentaires et aux dispositifs invasifs. Sécuriser la prise en charge de la douleur notamment le cadre des prescriptions d'antalgiques si besoin

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	280006370	SAS CSR DOMUSVI LA BOISSIÈRE	22 rue de la boissière 28630 NOGENT LE PHAYE FRANCE
Établissement principal	280505264	CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION LA BOISSIERE	22 rue de la boissiere 28630 Nogent Le Phaye FRANCE

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

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

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	69
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Coordination territoriale		
4	Audit système	Dynamique d'amélioration		
5	Audit système	Maitrise des risques		
6	Audit système	Engagement patient		
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os / injectable
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
	Parcours		Tout l'établissement	

10	traceur		Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
11	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport assis ou couché vers plateau technique
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
13	Audit système	QVT & Travail en équipe		
14	Audit système	Leadership		
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os / injectable
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
	Patient		Tout l'établissement	

20	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
21	Audit système	Représentants des usagers		
22	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		A définir en visite selon liste N-1 ou N

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

