



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOPITAUX DE LANNEMEZAN

644 route de toulouse
Bp 90167
65308 Lannemezan



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	14
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	24
Annexe 3. Programme de visite	28

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

HOPITAUX DE LANNEMEZAN	
Adresse	644 route de toulouse Bp 90167 65308 Lannemezan FRANCE
Département / Région	Hautes-Pyrénées / Occitanie
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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	650780174	HOPITAUX DE LANNEMEZAN	644 route de toulouse Bp 90167 65300 Lannemezan FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

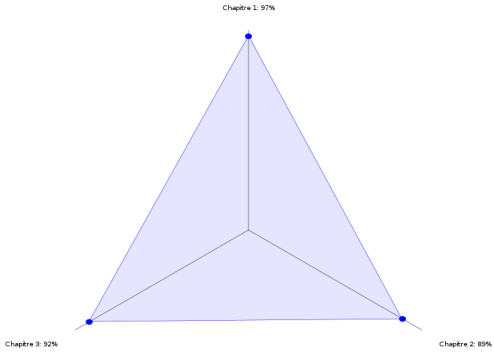
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

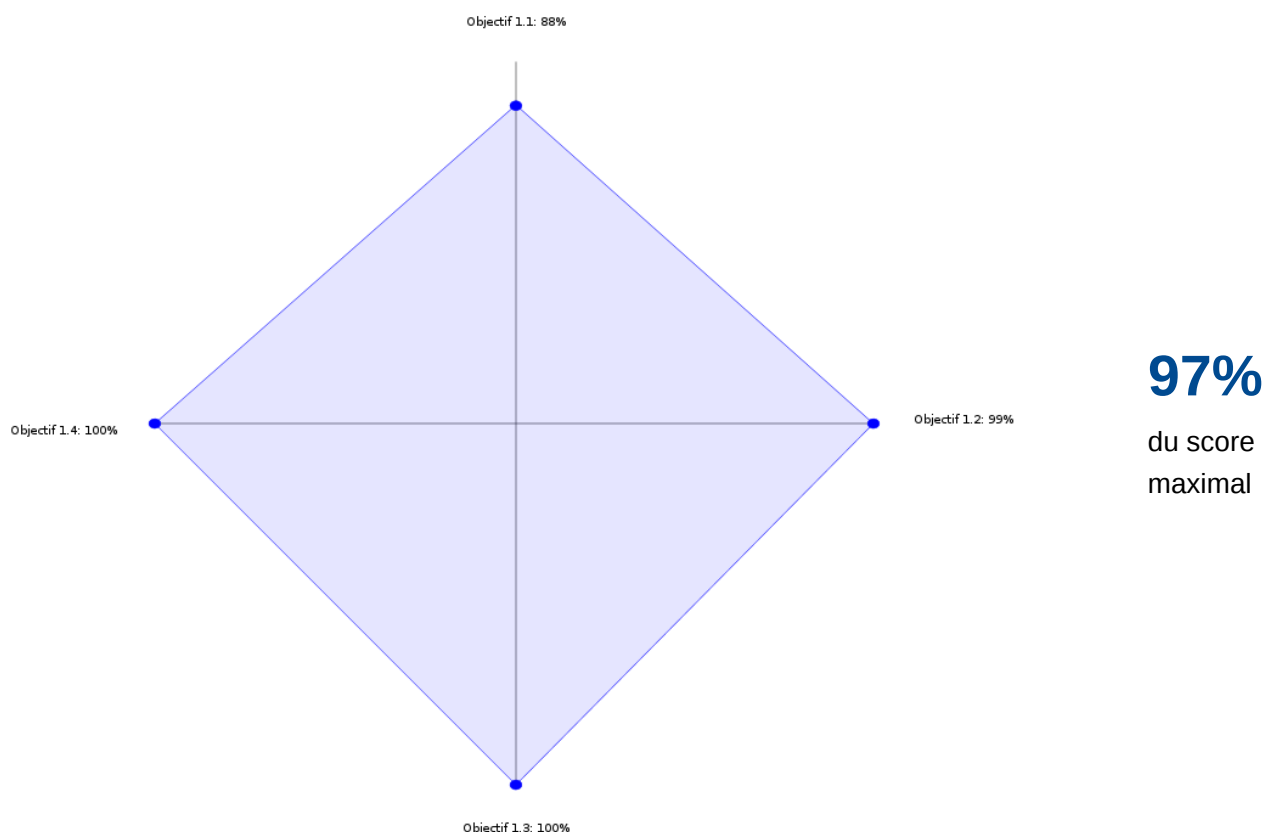
Au regard du profil de l'établissement, **130** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



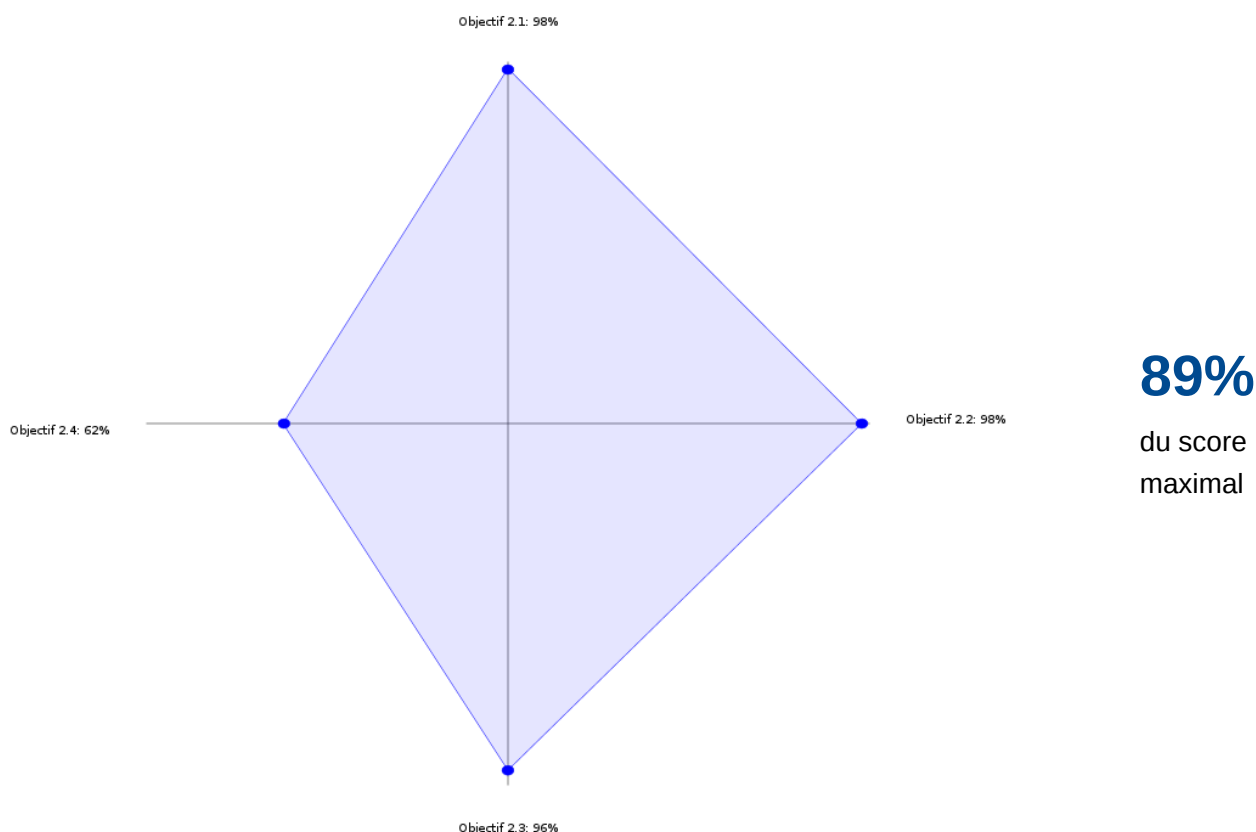
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients accueillis ou hospitalisés aux Hôpitaux de Lannemezan reçoivent une information claire sur leurs droits conformément à la réglementation en vigueur. Ceux-ci sont synthétisés à la fois dans la Charte de la personne hospitalisée, affichée dans chaque unité, ainsi que dans les livrets d'accueil remis à l'admission et tenant compte de la spécificité de la prise en charge (livret accueil spécifiques en psychiatrie, en MCO, en hôpital de jour, ..). La charte de l'enfant hospitalisé est retrouvée en pédopsychiatrie. Des plaquettes ou affiches sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance) et sur la prévention primaire (tabac, alcool, nutrition) peuvent compléter cette information mais de manière hétérogène dans les unités de soins. La Charte Romain Jacob n'est pas affichée au sein des Hôpitaux de Lannemezan. Les représentants des usagers et les associations qu'ils représentent sont impliqués dans la vie institutionnelle de l'établissement (participation

aux instances, exploitation des plaintes et réclamations, information sur les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) et des résultats des analyses des événements indésirables (EI)). Un affichage dans les unités précise la composition et les missions de la Commission des Usagers (CDU) sans mentionner pour autant de manière précise les coordonnées de ses membres et les modalités pour les contacter de manière directe. Pour favoriser l'implication des patients et leur adhésion aux soins, les professionnels doivent s'assurer que le volume d'informations délivrées soit compris par les patients et leurs proches, ce qui ne semble pas toujours le cas au regard des entretiens réalisés dans le cadre des patients traceurs et d'autant que la remise du livret d'accueil n'est pas tracée dans le dossier. Ainsi, les informations concernant les représentants des usagers, par exemple, sont peu ou pas connues par les patients rencontrés. Le patient, et ses proches s'il en exprime le souhait, reçoit une information adaptée sur ses soins (diagnostic, traitements, état de santé) et peut exprimer son avis et son consentement libre et éclairé tout au long de sa prise en charge. L'implication du patient dans la réflexion et l'évaluation bénéfice/risque pour toute nouvelle décision de prise en charge le concernant (nouvelle prescription, choix thérapeutique) est bien retrouvée dans son dossier. Il a pu aussi être constaté, en MCO, l'absence de supports d'information sur la transfusion, cette information étant exclusivement orale. Le formulaire remis au patient pour la désignation ou non de sa personne de confiance est retrouvé renseigné dans son dossier. Toutefois, le formulaire ne permet pas de recueillir l'accord de la personne désignée par le patient. Les Hôpitaux de Lannemezan informent le patient, dans le livret d'accueil, sur sa possibilité de rédiger des directives anticipées. Les rencontres avec les équipes de soins et les patients montrent, toutefois, l'importance de mener un travail institutionnel d'information et de réflexion sur ces questions abordées de manière très hétérogène au sein de l'établissement. L'expression de la volonté du patient en fin de vie est systématiquement recherchée, notamment pour ce qui concerne l'accès aux soins palliatifs. Les patients sont informés et sont invités à exprimer leur satisfaction (questionnaires de sortie, réunions soignants/soignés dans quelques unités de psychiatrie, e-Satis en MCO) et à formuler une plainte ou une réclamation s'ils le souhaitent. Ils ne se saisissent toutefois pas toujours de cette possibilité, et de manière générale, ils n'ont pas connaissance de la possibilité qui leur est offerte de signaler un événement indésirable pouvant survenir au cours de leur prise en charge (en hospitalisation classique comme en ambulatoire), cette information n'étant pas inscrite dans les livrets d'accueil. D'autre part, il n'existe pas de dispositif, d'espaces ou d'outils permettant au patient d'exprimer son point de vue quant à sa maladie et son expérience au cours de sa prise en charge. De manière générale, les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de leur intimité et de leur dignité. Cependant, il existe encore des unités dont les locaux ne permettent pas de garantir totalement le respect de l'intimité des patients. Ces unités font l'objet d'un plan d'humanisation pluriannuel et les professionnels sont particulièrement attentifs à en atténuer les effets par des pratiques et des mesures adaptées. L'établissement n'a pas mis en place de dispositifs permettant au patient de fermer sa chambre de l'intérieur (serrures « débrayables » par exemple). Les patients mineurs, en pédopsychiatrie, bénéficient d'un environnement adapté et sont pris en charge par des équipes formées aux spécificités des enfants et adolescents. Il est à noter qu'aucun patient mineur n'était hospitalisé en service adulte au moment de la visite. Les unités d'admission pouvant être concernées nous ont présenté les modalités mises en œuvre dans ces cas particuliers (chambre au plus près du poste de soins, séjours de courte durée, lien avec l'équipe de pédopsychiatrie, ..). La confidentialité des informations concernant le patient est garantie. L'évaluation de la douleur du patient est systématiquement réalisée au moment de l'admission et tout au long de sa prise en charge lorsque cela est nécessaire même si la traçabilité de la réévaluation de la douleur après administration d'un antalgique n'a pas été retrouvée dans un petit nombre de dossiers. Les professionnels veillent à l'association et à l'implication des proches et des aidants, des parents ou des représentants légaux, dans l'élaboration du projet de soins et la prise en charge de leur patient ou de leur adolescent. Leur adhésion, en accord avec le patient, est recherchée dans le cadre de la prise en charge en HAD. L'accent est mis sur la qualité de l'information qui peut leur être délivrée, en accord avec le patient, même si l'absence d'un « livret d'accueil » spécifique en HAD a pu être constaté. La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite, notamment en cas de situations particulières comme l'accompagnement des patients en fin

de vie, et la mise à disposition de locaux ou d'espaces dédiés. Afin d'éviter tout isolement social ou toute rupture de soins, la prise en compte des conditions de vie des patients de manière générale et l'attention portée aux patients et aux familles en situation de précarité sociale en particulier, font l'objet d'une attention permanente au sein des Hôpitaux de Lannemezan. En soins de longue durée, les patients bénéficient d'activités ou d'animations permettant de maintenir leur autonomie et de préserver leur lien social.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



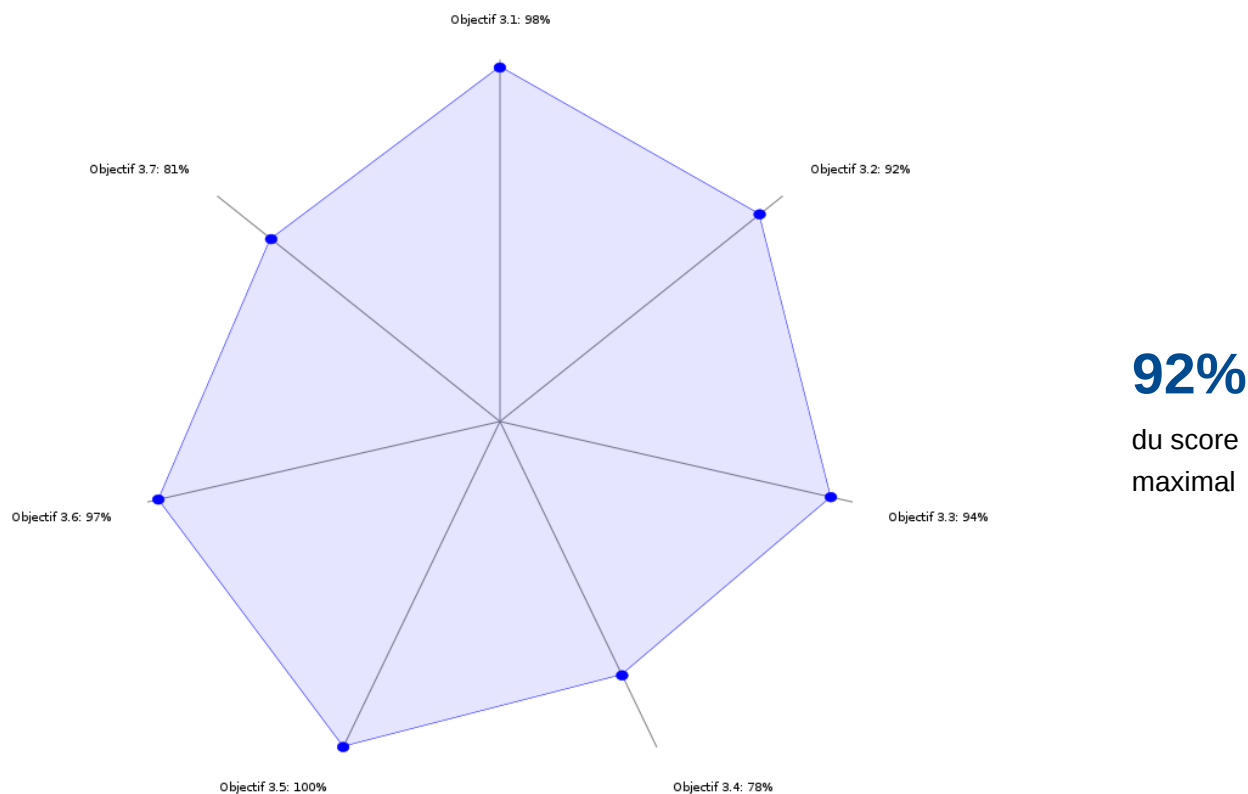
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	98%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	62%

La pertinence des admissions ou des prises en charge est argumentée, que ce soit en psychiatrie, en MCO, en SSR, en HAD, en soins de longue durée ou en gériatrie, et permet aux professionnels de réévaluer le projet de soins de manière régulière dans le cadre des réunions cliniques et des synthèses mises en place. Elles s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques et l'expertise des professionnels de santé et peuvent faire l'objet d'un recours à une expertise interne ou externe si besoin. La pertinence du recours à des mesures de restriction de libertés est de manière générale argumentée et réévaluée en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique et au regard des dispositifs réglementaires et légaux en vigueur, même si le processus de suivi judiciaire de ces mesures a été mis en place récemment. L'établissement rédige chaque année un rapport isolement/contention, présenté aux instances dont la CDU (Commission des Usagers) mais

n'a pas élaboré de politique promouvant la limitation du recours à l'isolement et à la contention et le déploiement d'outils dans ce sens (mise en place d'espaces d'apaisement par exemple). En psychiatrie, des patients en soins libres peuvent être accueillis dans des unités fermées, limitant leur liberté d'aller et venir et les obligeant à solliciter les professionnels de manière régulière, pour pouvoir sortir dans le parc. Les prescriptions d'antibiotiques sont particulièrement suivies par les pharmaciens en collaboration avec les médecins généralistes. L'évaluation de la pertinence de la prescription entre la 24ème et 72ème heure n'est pas toujours réalisée selon la procédure en vigueur dans la mesure où l'alerte dans le DPI n'est pas bloquante. Seule l'alerte à 7 jours est bloquante, obligeant à indiquer la réévaluation. Les temps de transmissions quotidiens et les réunions cliniques hebdomadaires et pluridisciplinaires permettent la coordination de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge et facilitent ainsi une évaluation ou une réévaluation régulière du projet de soins construit collectivement. Les médecins s'appuient sur les recommandations de bonne pratique pour préciser les modalités de la prise en charge des patients (choix du mode d'hospitalisation, prescriptions d'actes de soins ou de traitements médicamenteux, modalités de suivi, ..). Le dossier patient informatisé est accessible à tous les professionnels impliqués et permet notamment à l'équipe des urgences d'orienter le patient dans les circuits et les délais adaptés. Le dossier préhospitalier du SMUR comporte tous les éléments utiles à la prise en charge. Il est à noter en psychiatrie, un volet infirmier uniquement « papier » comportant notamment les observations infirmières manuscrites et ne permettant pas de garantir un partage de ces informations par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge et les médecins en particulier. A l'admission, les professionnels renseignent un certain nombre de cibles (évaluation de la douleur, de la consommation d'alcool et de toxiques, évaluation du risque suicidaire, IMC, ...). Un examen somatique est réalisé dans les 24 heures suivant l'admission du patient et donne lieu à un suivi régulier tout au long de la prise en charge. La qualité et la sécurité des soins au bloc opératoire, et pour toute intervention, sont assurées par une organisation formalisée et structurée et une bonne coordination des différents acteurs du secteur interventionnel et des secteurs de soins. La programmation opératoire est réalisée en tenant compte des priorités. La check-list « sécurité du patient » est mise en œuvre de manière systématique et utilisée de manière efficace. Un suivi du projet de soins est assuré en aval de l'hospitalisation ou de la prise en charge ambulatoire en MCO (relais avec les CMP en psychiatrie, le médecin traitant, l'hospitalisation de jour si nécessaire, les consultations externes). En psychiatrie les consultations et les évaluations réalisées dans les CMP, permettent un accès précoce aux soins psychiques. Les délais d'entrée en soins ne font pas toujours l'objet d'une évaluation ou d'un suivi (par indicateurs par exemple). Le carnet de santé du patient mineur est demandé aux parents à son arrivée afin de reporter les informations dans son dossier et mis à jour de manière hétérogène selon les équipes de soins pour les informations utiles à son suivi. Tout est fait pour qu'une démarche palliative coordonnée puisse être mise en œuvre pour les patients en fin de vie. Les patients des Hôpitaux de Lannemezan se voient remettre une lettre de liaison à leur sortie en cas de retour au domicile et un document de liaison est rédigé afin d'assurer la continuité des soins en cas d'orientation vers une autre institution. Les professionnels ont, en général, mesuré les enjeux liés à la sécurité des soins, identifié les risques liés à leurs pratiques et veillent à mettre en place tout ce qui peut les éviter ou les réduire. Ils veillent au respect des bonnes pratiques d'identification du patient (recueil de l'identité du patient à chaque acte de soins, trombinoscope en soins de longue durée) même si l'établissement n'a pas défini de manière institutionnelle les modalités de recueil de cette identité auprès des patients dyscommunicants ou non communicants. Les vigilants (pharmaco vigilant, hémato vigilant, infectiovigilant, nutrivigilant) sont identifiés et connus. Ils veillent à la mise en œuvre des vigilances sanitaires. La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. Les bonnes pratiques concernant les étapes de dispensation et d'administration des médicaments sont respectées et les équipes sont généralement attentives à l'utilisation des médicaments à risque en s'appuyant sur l'organisation mise en place par la pharmacie (liste des médicaments affichée, identification dans les armoires de pharmacie et modalités de stockage, mention spécifique dans le plan de soins informatisé au moment de l'administration). Cependant, et malgré une présentation par la pharmacienne dans toutes les unités et la mise à disposition d'un livret « médicaments à risque », la rencontre avec les professionnels dans les unités a mis en évidence un

besoin de re-sensibilisation voire de formation à l'échelle de l'établissement. L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée et la conciliation médicamenteuse est engagée pour les patients de plus de 65 ans poly-médiqués. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions (astreinte pharmaceutique, dotation pour besoins urgents). Cependant, il a pu être constaté, dans deux unités de psychiatrie, de mauvaises pratiques de stockage des stupéfiants (méthadone) hors du coffre à stupéfiants sécurisé : sur le coffre à stupéfiant dans l'une, dans le boîtier journalier du patient dans le chariot à médicaments pour l'autre. La mise en application des précautions standards et complémentaires, les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie pour les actes invasifs et per-opératoires pour les secteurs interventionnels, le respect des recommandations vaccinales pour les professionnels de santé, l'hygiène et la qualité de l'entretien des locaux, contribuent à la maîtrise du risque infectieux au sein des Hôpitaux de Lannemezan. Cette maîtrise du risque infectieux est portée par une équipe opérationnelle d'hygiène, efficace, connue des professionnels et très présente sur le terrain, permettant de mettre en place et de suivre les actions d'amélioration nécessaires et de mener des audits variés dans ce domaine. Les correspondants en hygiène des différents pôles permettent de maintenir un relais efficace pour la mise en œuvre du programme d'actions d'amélioration défini par le CLIN. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales des professionnels de santé promues et favorisées par l'établissement. Une équipe de santé au travail (dont un psychologue du travail et un ergonome) est en place et connue de tous les professionnels. Les équipes de soins évaluent régulièrement le risque suicidaire afin de définir des modalités de prise en charge et de surveillance spécifiques. La gestion des éventuels épisodes de violence ou d'agressivité est assurée. Les professionnels sont formés (Omega) et disposent de matériel adapté (de type dispositif d'aide pour travailleur isolé par exemple). Des plans de prévention partagée visant à mieux anticiper et gérer les épisodes de récurrences de violence ne sont pas toujours définis et mis en place dans les unités pouvant accueillir ce type de patients. Le transport intra-hospitalier des patients (véhiculé ou par brancardage) s'appuie sur un dispositif rôdé, piloté et protocolisé respectant les règles d'hygiène et de sécurité. Il fait l'objet d'un retour positif de la part des services utilisateurs. Les équipes de soins fondent essentiellement l'évaluation de leurs pratiques sur un dispositif structuré de signalement et d'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). C'est un dispositif solide, connu et largement mobilisé par les professionnels comme un outil essentiel pour l'amélioration de leurs pratiques. Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, mises en sommeil du fait de la pandémie COVID 19, ne sont pas relancées au moment de la visite et l'établissement n'a pas sollicité et mobilisé les pôles d'activité pour la définition, le recueil et le suivi d'indicateurs qualitatifs pouvant être mobilisés à l'échelle du pôle ou au sein des unités, dans le cadre d'une démarche de contractualisation par exemple. Les tableaux de bord affichés dans les unités portent actuellement sur les résultats des questionnaires de sortie et sur les indicateurs obligatoires (IQSS) et les équipes ne s'appuient pas sur l'expérience patient pour améliorer leurs pratiques. Les secteurs interventionnels disposent d'indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la check-list « sécurité du patient ». Des audits réalisés en 2022 ont permis de définir et de mettre en œuvre des actions correctrices. D'autre part, la qualité des prélèvements sanguins et de leurs résultats fait l'objet d'une évaluation au fil de l'eau (non-conformités signalées par le laboratoire auprès des services par des échanges téléphoniques ou par mails). Un document annuel reprend l'ensemble de ces non-conformités.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
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	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	81%

Les Hôpitaux de Lannemezan sont « membre partie » du Groupement Hospitalier de Territoire dont le Centre Hospitalier de Bigorre à Tarbes est le pivot. Ils sont un acteur majeur de la construction et la coordination des parcours de soins sur le territoire pour garantir la continuité des soins et éviter les ruptures de prise en charge des patients. Les Hôpitaux de Lannemezan sont le porteur de la filière santé mentale et les projets de

l'établissement sont intégrés aux Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) des Hautes Pyrénées et de la Haute Garonne. Les Hôpitaux de Lannemezan ont formalisé de nombreux partenariats sur des filières de soins, notamment une filière de gériatrie très structurée, et définit des modalités de parcours spécifiques pour les populations vulnérables. Dans les situations d'urgence ou de tensions capacitaires, les modalités de prise en charge rapides sont organisées et des outils ont été ou sont mis en place (bed manager basé à Tarbes, copils réguliers entre établissements du territoire, utilisation de via trajectoire). Plusieurs équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs et douleur, pédopsychiatrie, HAD, précarité) contribuent également à la fluidité des parcours. Les Hôpitaux de Lannemezan ont par ailleurs signé de nombreuses conventions scellant les collaborations et les partenariats au sein du territoire. Ils ont développé la télé médecine et la téléconsultation depuis plus de dix ans. Les modalités de communication avec les usagers et les médecins de ville sont définies avec une accessibilité téléphonique en continu. Une messagerie sécurisée permet aux praticiens de l'établissement des échanges d'informations confidentielles avec les professionnels contribuant à la prise en charge des patients et la lettre de liaison alimente l'espace santé des patients. En matière de recherche, les Hôpitaux de Lannemezan, même s'ils ne sont pas investis de missions universitaires, font la promotion de la recherche clinique en leur sein et repèrent les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche (Recherche clinique avec le Gérontopôle de Toulouse pour la gériatrie). L'établissement soutient également tous les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles dans ses services. L'établissement n'a pas encore mis en place d'actions ou de démarches mobilisant l'expertise des patients mais a défini quelques axes dans ce sens dans son projet d'établissement en cours d'élaboration (développement de l'éducation thérapeutique, développement de la pair-aidance). Les professionnels veillent à la bientraitance des patients accueillis. Les risques pouvant impacter la bientraitance ont été identifiés notamment dans le cadre des réunions préparatoires à la mise en place prochaine du comité d'éthique pluriprofessionnel. Des espaces d'échanges (supervisions, analyses de pratiques) permettent la sensibilisation et la réflexion des professionnels sur ce sujet. Les modalités d'identification et de signalement des situations de maltraitance dont pourraient être victimes les patients ou les professionnels sont définies dans une procédure institutionnelle. L'établissement veille à l'accessibilité de ses locaux aux personnes à mobilité réduite même si certains locaux ne le permettent pas toujours. L'accès du patient à son dossier est organisé et fait l'objet d'une information dans le livret d'accueil. Les représentants des usagers sont pleinement associés à la vie de l'établissement, notamment dans le cadre de la CDU. Ils sont informés des retours des questionnaires de satisfaction, des EI, EIG, des plaintes et réclamations. Ils ne participent pas directement à l'élaboration des démarches contribuant à l'amélioration de la vie quotidienne des patients, mais en sont informés et peuvent donner leur avis. Une permanence des représentants des usagers s'est tenue en 2019. Faute de sollicitations, celle-ci n'a pu être maintenue. Il n'y a pas de lieu dédié à l'information des patients (type maison des usagers par exemple). Un projet des usagers est prévu dans le projet d'établissement en cours d'élaboration. Les Hôpitaux de Lannemezan ont défini leurs orientations stratégiques en termes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (Politique de management de la qualité et de la sécurité des soins). Leur déclinaison en objectifs stratégiques pouvant faire l'objet d'un plan d'actions est suivie dans le cadre de revues annuelles du programme qualité et sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement. La démarche qualité est en phase de réorganisation avec une nouvelle équipe qualité (arrivée de l'ingénieur qualité fin 2022 par exemple), la nomination récente de la nouvelle présidente de la CME et l'arrivée de la nouvelle Directrice des soins il y a 3 mois. Le Copil qualité a été élargi aux Cadres Supérieurs de Pôle et les cadres soignants sont de fait les référents qualité au sein des pôles et des unités, sans que cette mission ne soit pour le moment intégrée dans leur fiche de poste. Des points qualité sont systématiquement réalisés en CME et dans les réunions d'encadrement. La démarche qualité et sécurité des soins fait l'objet d'une communication dans la newsletter de l'établissement. Il est à noter que le Copil qualité du territoire a été relancé récemment. L'information des professionnels sur les actions concrètes du programme qualité (PAQSS) est assurée notamment dans le cadre de temps de réunion et d'échange institutionnels et la communication autour de la démarche qualité et sécurité des soins est assurée par le service qualité, les directions et l'encadrement de proximité. Le PAQSS est

présenté annuellement aux différentes instances de l'établissement. L'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et sécurité des soins est organisée. Il existe un dispositif de suppléance organisé, opérationnel et connu (pool de remplacement avec une charte de fonctionnement) et les responsables sont soutenus dans leur exercice (réunions direction/cadres supérieurs chaque semaine, temps d'échange direction/cadres soignants chaque semestre, espaces de partage d'expérience, journées du management, parcours managérial). Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'accompagnement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité (processus d'accueil des nouveaux arrivants). Il existe une impulsion institutionnelle du travail en équipe soutenue par la gouvernance des Hôpitaux de Lannemezan. La synchronisation des temps médicaux et para médicaux est recherchée. Il existe également des espaces ou des temps définis permettant d'impliquer les professionnels dans l'élaboration collective de propositions concrètes sur l'organisation ou les conditions de travail. En cas de difficulté d'un membre de l'équipe face à une prise en charge, un soutien psychologique peut être proposé. La gestion des conflits est organisée. Les difficultés de relations interprofessionnelles, interdisciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail peuvent être discutées par les personnels et leur encadrement selon des modalités connues des professionnels. Les organisations et les actions mise en place pour soutenir le travail en équipe dans l'ensemble des unités de l'établissement n'ont pas amené la gouvernance à développer des démarches spécifiques et structurées de type PACTE reposant sur un engagement institutionnel. Les compétences des professionnels sont évaluées à échéance régulière et réglementaire dans le cadre d'un entretien individuel annuel. Cette évaluation est complétée par un recueil régulier des souhaits de formation des professionnels et permet l'élaboration d'un programme de formation institutionnel et pluriannuel, comprenant à la fois des formations portées par l'établissement pour la mise en œuvre des projets de services et des actions de formation individuelles. Les Hôpitaux de Lannemezan ont élaboré leur « politique » QVT (Qualité de vie au travail) intégrée au projet d'établissement (projet social), en s'appuyant sur l'enquête de satisfaction au travail réalisée en 2022 et sur la relance, depuis 2 ans, des groupes de travail permettant d'alimenter le Document Unique des Risques Professionnels (DUERP) impliquant les organisations syndicales. La Qualité de Vie au Travail envahit tous les champs des ressources humaines et certaines actions mises en place (crèche hospitalière par exemple) sont louées par les professionnels rencontrés. Une enquête « Culture Sécurité des soins » a été réalisée auprès des professionnels en 2019. Une nouvelle enquête doit être réalisée à court terme en s'appuyant sur les outils récemment proposés par la Haute Autorité de Santé. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée au sein de l'établissement. Le Plan Blanc est en cours d'actualisation, avec l'aide d'un formateur, pour une mise en conformité avec le plan ORSAN élaboré par l'ARS. La gestion de la pandémie COVID 19 a été réalisée en assurant la continuité des soins, sur site et à distance, et en organisant la vaccination en interne des patients et des professionnels. Les plans d'alerte et de crise sont régulièrement actualisés. Les situations à risque sont identifiées et font l'objet d'évènements sentinelles (fugue, suicide ou tentative et erreur d'administration médicamenteuse). Les risques numériques sont maîtrisés. Une cartographie des risques a été élaborée tenant compte de différents scénarios et les professionnels sont régulièrement sensibilisés. Un référent SSI de territoire est attendu pour la fin avril. L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'actions au regard des enjeux du développement durable. Cette démarche est ancienne au sein de l'établissement, notamment en termes de gestion des déchets. Une charte est en place. Un référent développement durable est désigné. Les consommations d'eau et d'énergie sont suivies et des actions sont mise en place dans le cadre d'une feuille de route (remplacement des huisseries aluminium, projets immobiliers à venir, projet de chaufferie au bois,...). En termes de prise en charge des urgences vitales, les professionnels de soins sont formés aux gestes de première urgence. Il n'existe pas d'exercices de mises en situation. Un matériel d'urgence est à disposition des professionnels dans les unités d'hospitalisation complète. Il est contrôlé à échéance régulière et scellé afin de garantir à tout utilisateur la conformité de son contenu et de son intégrité en cas de situation urgente. L'établissement a fait le choix de ne pas équiper les hôpitaux de jour de psychiatrie de sacs d'urgence permettant d'assurer une prise en charge rapide. Seules des petites « trousse » de type familial sont à

disposition des professionnels ainsi que des défibrillateurs. D'autre part, le chariot d'urgence du Centre Camille Claudel partagé par toutes les unités est ancien et difficilement mobilisable, ce qui a été confirmé par les professionnels de ces unités. La procédure et l'affichage du numéro d'appel unique et direct vers un médecin en cas d'urgence vitale sont en place. Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont accessibles aux équipes et la direction assure la transmissions des recommandations nationales (veille documentaire) et des dispositions légales et réglementaires (veille juridique). Les orientations et les choix thérapeutiques ne font pas l'objet d'une analyse structurée et collective de leur pertinence, même si certaines unités peuvent suivre de manière marginale certains indicateurs (délais de prise en charge en CMP par exemple). L'évaluation de l'expérience du patient et du résultat clinique de son point de vue n'étant pas réalisée, elle ne peut être prise en compte dans le programme d'actions qualité de l'établissement, de même que les propositions d'amélioration pouvant être formulées par les représentants des usagers. La procédure de gestion des événements indésirables comprend les modalités de signalement, de déclaration, d'analyse et de suivi spécifiques des événements indésirables graves. L'analyse du traitement de 2 événements indésirables graves dans le cadre de traceurs ciblés a permis d'évaluer l'implication, la bonne mise œuvre et la bonne connaissance de cette procédure par les professionnels de l'établissement. L'établissement recueille les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) nationaux et obligatoires au regard de ses activités. Les résultats font l'objet d'une analyse, d'une communication au sein de l'établissement et sont présentés aux instances ainsi qu'à la Commission des Usagers. Des plans d'actions sont définis et connus des professionnels rencontrés et les indicateurs IQSS sont suivis par le biais des tableaux de bord affichés dans chaque unité concernée. 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 : Sensibiliser et former les professionnels concernant les médicaments à risque Systématiser l'évaluation des pratiques en matière de prise en charge de l'urgence vitale (évaluation du matériel, exercice de simulation) Initier les « Plans de Prévention Partagés » dans le cas de récidives d'actes de violence Développer l'information auprès des patients Systématiser l'évaluation de la pertinence et des résultats cliniques Développer l'appropriation de la démarche qualité par les équipes de terrain.

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	650780174	HOPITAUX DE LANNEMEZAN	644 route de toulouse Bp 90167 65300 Lannemezan FRANCE
Établissement géographique	650006042	UAMP	65000 FRANCE
Établissement principal	650000060	CENTRE HOSPITALIER LANNEMEZAN	644 route de toulouse Bp 90167 65308 Lannemezan FRANCE
Établissement géographique	650784218	CMC HOPITAUX DE LANNEMEZAN	644 route de toulouse 65300 LANNEMEZAN FRANCE
Établissement géographique	650788631	CENTRE BERTRAND BARERE CATTP PIJ TARBES	27 avenue bertrand barere 65000 Tarbes FRANCE
Établissement géographique	650788623	HJ PSY INF JUV BEAU SOLEIL LANNEMEZAN	13 rue beau soleil 65300 Lannemezan FRANCE
Établissement géographique	650788417	HJ PIJ LUCIOLES HOP LANNEMEZAN	64 avenue du maréchal juin 65100 Lourdes FRANCE
Établissement géographique	650788409	CENTRE SWEET HOME LOURDES HOP LANNEMEZAN	1 rue de l'assomption 65100 Lourdes FRANCE
Établissement géographique	650788391	CENTRE MARELLE CMP CATTP PIJ BAGNERES	22 rue des pyrénées 65200 Bagnères-De-Bigorre FRANCE
Établissement géographique	650785959	HJ PSY INF JUV NANSOUTY LANNEMEZAN	6 rue nansouty 65000 Tarbes FRANCE
Établissement géographique	650784234	CENTRE ORCHIDEE TARBES HOP LANNEMEZAN	18 rue du corps franc pommiers 65000 Tarbes FRANCE
Établissement géographique	650001480	CENTRE ERASME HOPITAUX LANNEMEZAN ADUL	6 rue du 4 septembre 139 rue michelet 65300 Lannemezan FRANCE
Établissement géographique	650001472	HJ MARBORE TARBES HOP LANNEMEZAN	10 rue du château d'eau 65000 Tarbes FRANCE

Établissement géographique	650001456	CENTRE GAMBETTA CMP CATTP BAGNERES	26 bis avenue geruzet 65200 Bagneres-De-Bigorre FRANCE
Établissement géographique	310793583	CENTRE PHOEBUS ST GAUDENS LANNEMEZAN	1 avenue saint plancard 31800 Saint-Gaudens FRANCE
Établissement géographique	650001506	CMP PIJ TARBES HOP DE LANNEMEZAN	1 rue theophile gauthier 65000 Tarbes FRANCE
Établissement géographique	650005382	CATTP LA MAISON BLEUE PIJ LANNEMEZAN	644 route de toulouse BP 90167 65300 LANNEMEZAN FRANCE
Établissement géographique	650005374	CMP LES TILLEULS PIJ LANNEMEZAN	34 rue des tilleuls 65300 LANNEMEZAN FRANCE
Établissement géographique	650005341	POINT DU SOIR - CATTP PIJ TARBES	4 avenue du régiment de bigorre 65000 TARBES FRANCE
Établissement géographique	650003098	HJ PSY INF JUV ESCLARIDE CH LANNEMEZAN	12 rue theophile gauthier 65000 TARBES FRANCE
Établissement géographique	650001068	CENTRE CAMILLE CLAUDEL TARBES	13 rue nansouty 65000 TARBES FRANCE
Établissement géographique	650003049	CENTRE POUR ADOLESCENT	644 route de toulouse BP 90167 65300 Lannemezan FRANCE
Établissement géographique	650004344	CENTRE D'ALCOOLOGIE HOP LANNEMEZAN	Route d'auch 65300 Lannemezan FRANCE
Établissement géographique	650788565	USLD HOPITAUX LANNEMEZAN	644 route de toulouse 65308 LANNEMEZAN 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	Oui
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)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
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	Oui
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	Oui
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	1,988
Nombre de passages aux urgences générales	13,771
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	39
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	15
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	5
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	6
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	154
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	7
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	2
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	18
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	42
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	207

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	14
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	221
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	84
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	69
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	153
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	6
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	6
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	12
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	73,244
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	14,334
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	87,578
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	4
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé	

			Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation à domicile Psychiatrie et santé mentale	
9	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicable
10	Audit système			
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Traceur ciblé			PSL
	Patient		Tout l'établissement	

17	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
19	Audit système			
20	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
22	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicable

23	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
24	Traceur ciblé			EIG
25	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
26	Traceur ciblé			EIG
27	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicable
28	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
29	Traceur ciblé			Urgences / SMUR
30	Traceur ciblé			Circuit du médicament en HAD
31	Traceur ciblé			Transport couché
32	Audit système			
33	Audit système			

34	Audit système			
35	Audit système			
36	Audit système			
37	Audit système			
38	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
39	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Hospitalisation à domicile Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé	

			Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
42	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
44	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable ou PO
45	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
46	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
47	Audit système			
48	Traceur ciblé			Transport intersite

49	Traceur ciblé			Antibiotique injectable ou PO
50	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
51	Traceur ciblé			Per opératoire et antibioprophylaxie
52	Traceur ciblé			Endoscopie
53	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
54	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
55	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
56	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète	

			Psychiatrie et santé mentale	
57	Traceur ciblé			Antibiotiques per os
58	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins de longue durée Médecine	
59	Traceur ciblé			Antibiotique per os
60	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable ou PO
61	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable ou PO
62	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	

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

