



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
HENRI MONDOR**

50 av de la republique
15002 Aurillac



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	19
Table des Annexes	25
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	26
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	27
Annexe 3. Programme de visite	31

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 HOSPITALIER HENRI MONDOR	
Adresse	50 av de la republique 15002 Aurillac FRANCE
Département / Région	Cantal / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	150780096	CENTRE HOSPITALIER HENRI MONDOR	50 rue avenue de la Republique 15002 Aurillac FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

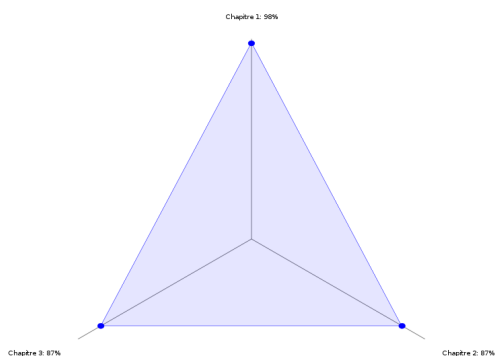
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

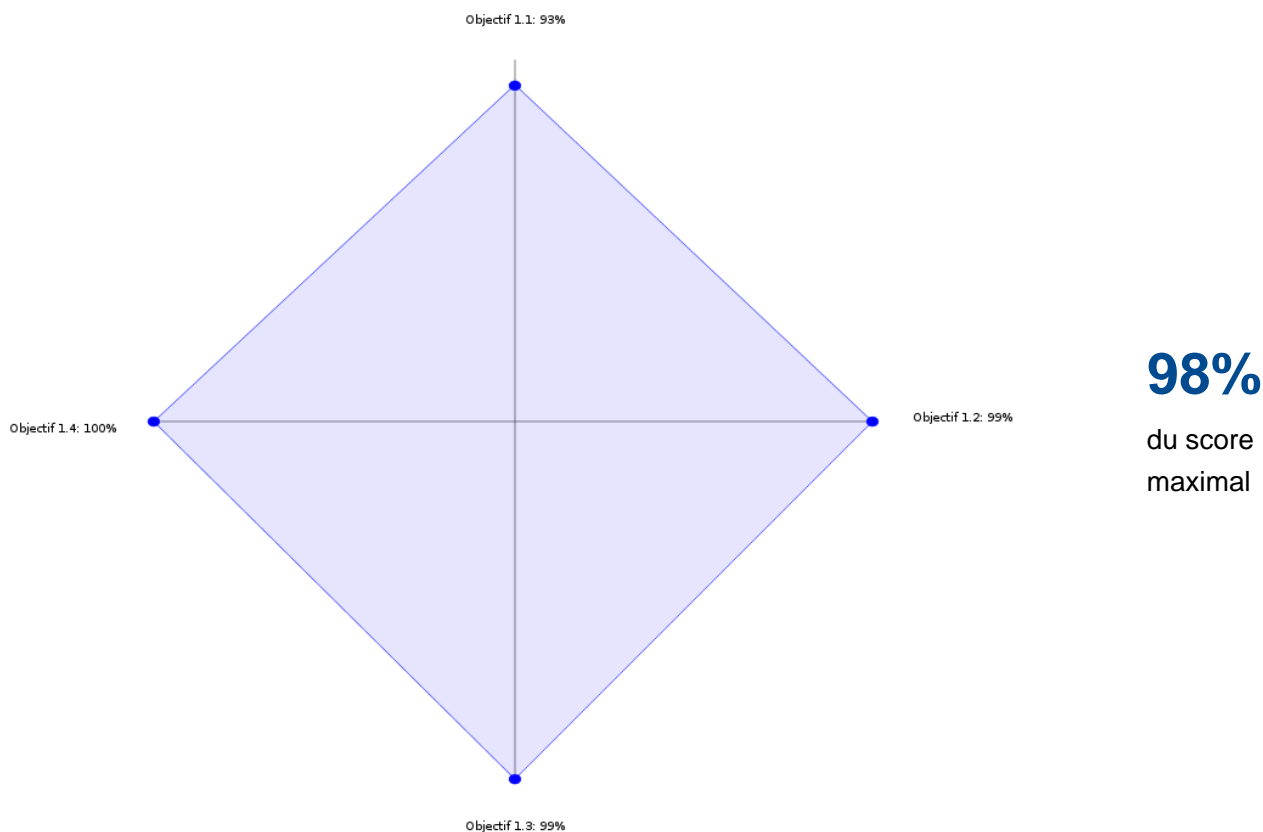
Au regard du profil de l'établissement, **132** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



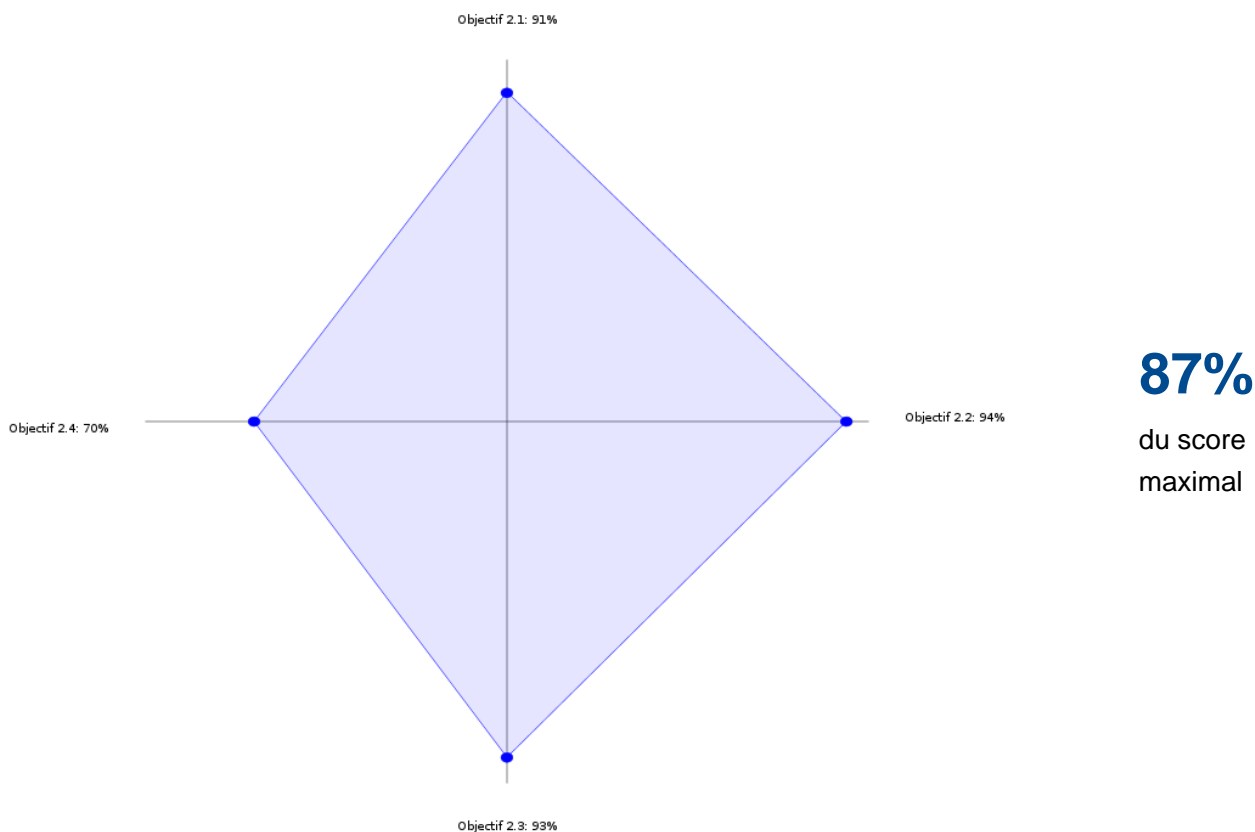
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	99%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Dès les consultations le patient reçoit une information sur les modalités de sa prise en charge et sur les traitements envisagés. A l'admission en service le livret d'accueil de l'établissement est déposé dans sa chambre. Dans certains services l'information du livret d'accueil est faite par le biais d'un QR Code qui permet de télécharger les données en numérique. Dans la plupart des services on retrouve l'affichage des coordonnées des représentants des usagers, et d'autres en relation avec le type de prise en charge (par ex : numéro pour contacter la fédération de cancérologie, en soins palliatifs on retrouve aussi les informations sur les associations de bénévoles...). En pédiatrie de nombreux supports sont adaptés à l'âge de l'enfant permettant sa parfaite compréhension, son adhésion et son implication. En maison d'arrêt les détenus malades sont informés sur leur maladie et des traitements proposés, leur adhésion est recueillie. Aux urgences le patient

n'est pas toujours informé du délai de sa prise en charge en fonction de son état de santé, l'information sur le délai d'attente est fait oralement selon les disponibilités, de même le brancardage vers le bloc a parfois des retards liés à l'activité qui ne sont pas annoncés au patient. La libre expression du consentement du patient est tracée dans le dossier de soin ; la transmission de l'information bénéfique risque donnée par les opérateurs est tracée et associée à des remises de plaquettes d'informations ou de société savantes. Les personnes à prévenir sont tracées, de même la fiche de renseignements sur la personne de confiance est retrouvée (y compris en USMP) ; pour les mineurs l'autorisation des parents est aussi consignée dans le dossier. En pédo psychiatrie et en pédiatrie l'avis de l'enfant pour son projet thérapeutique et sa mise en œuvre est recueilli. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé, des messages (affiches , flyers) de santé publique sont affichés dans les lieux de circulation et de vie y compris au pénitencier où L'hôpital assure des consultations. En psychiatrie le projet de soins et d'accompagnement personnalisé est coconstruit avec le patient et l'équipe pluri disciplinaire en adaptation aux besoins et attentes du patient. Il existe une dynamique de développement d'outils thérapeutiques contemporains, par exemple (unité Laborit) l'atelier occupationnel autour des fleurs en devient un véritable outil thérapeutique structuré. La maternité participe au réseau de périnatalité Auvergne et un partenariat avec les sages femmes libérales est organisé. Les futurs parents se voient proposer l'élaboration d'un projet de naissance dès le début de la grossesse. Lors des consultations obstétricales, le déroulement de la prise en charge est expliqué avec une participation pluri professionnelle et des propositions d'accompagnement (allaitement, post-partum, préparation à l'accouchement...). A la sortie du patient Il lui est remis une ordonnance avec explications éventuelles sur les traitements et les soins. Dans l'ensemble les patients reçoivent une information sur les dispositifs médicaux qui leur sont implantés durant le séjour, en particulier en chirurgie et cardiologie mais peu en ophtalmologie (implants). Concernant les modalités de la transfusion de produits sanguins l'Information est donnée au patient par le médecin avec leur traçabilité dans le dossier. En chirurgie et médecine ambulatoire, un passeport ambulatoire complet, avec un livret d'accueil est remis au patient. Il reçoit ainsi l'ensemble des informations pour sa prise en charge et sa sortie y compris les contacts éventuels. En HAD, le patient dispose d'une liste avec coordonnées des personnes référentes qu'il peut contacter à tout moment en cas de besoin. L'identité de la personne de confiance est recueillie et tracée dans tous les dossiers. Les directives anticipées ne sont que rarement renseignées car bien qu'il existe une information ad hoc joint au livret d'accueil présent dans chacune des chambres les patients n'y souscrivent pas, leur traçabilité est essentiellement retrouvée en soins palliatifs. En situation de fin de vie, le patient peut faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs et faire valoir sa décision. En soins palliatifs le patient bénéficie d'un chambre seule et d'horaires de visite libre, la bientraitance se retrouve aussi dans des propositions d'activités : music care – casque de réalité virtuelle – aromathérapie avec 1 AS reclassée et centrée sur les soins de confort. Bien que les patients soient invités à participer à l'enquête e-Satis et aux questionnaires de sortie le taux de retour est assez faible, Par ailleurs, si les modalités pour poser une réclamation sont définies dans le livret d'accueil, sur le site internet et présentes sur l'affiche de présentation des représentants des usagers, les patients rencontrés n'en connaissent pas les modalités. Dans les unités ouvertes de psychiatrie la possibilité de fermetures à clef de l'intérieur des chambres existe mais n'est pas effective partout où cela serait indiqué. (Broussais). En pédiatrie, des paravents sont disposés dans les chambres doubles mais la présence d'un hublot sur les portes compromet quelque peu l'intimité des adolescents, l'établissement étudie des solutions d'occultation. Malgré un entretien de propreté une partie de secteur SSR est vétuste (douche , toilettes, accessibilité). A l'accueil du bloc et en SSPI des paravents sont mis en place pour préserver l'intimité/dignité des patients, les locaux sont neufs et adaptés, y compris en cas de handicap. A la maison d'arrêt les détenus bénéficient de conditions préservées concernant l'hygiène, l'intimité et leur dignité comme l'on confirmé les patients traceurs. En pédiatrie les locaux sont adaptés et les professionnels sont formés à la prise en charge des mineurs, on retrouve des puéricultrices et auxiliaires de puériculture aux urgences et en pédiatrie. En pédopsychiatrie les patients et parents rencontrés sont unanimes sur la qualité de la prise en charge et la disponibilité de l'équipe pluridisciplinaire. Au bloc, pour les mineurs un SAS d'accueil est en cours de réflexion et dans l'attente de sa formalisation, les enfants sont prioritaires sur

l'accès aux salles. Les parents peuvent être présents à l'entrée. En pédo psychiatrie à CUEILHES en l'absence de lits de d'hospitalisation complète les mineurs sous ordonnance provisoire sont hospitalisés dans les unités fermées adultes dans lesquels sont parfois transférés des détenus. Un projet de déplacement de cette unité de semaine est en cours en concertation avec l'ARS. Les personnes avec un handicap bénéficient d'une attention particulière par les professionnels, un dispositif Handiconsult a été mis en place pour les assister ; du fait de l'ancienneté de certains pavillons les accès et affichages ne sont pas encore adaptés à tous types d'handicaps. Parmi les pavillons historiques (classés), le bâtiment Simone Veil siège d'Handiconsult livré en février 2023, fut la première réalisation (test) du projet « signalétique et accessibilité » mené en concertation avec les représentants des usagers. De même le patient âgé dépendant bénéficie autant que cela est possible du maintien de son autonomie. La douleur est anticipée, et soulagée rapidement avec une évaluation adaptée à l'état de compréhension et à l'âge. Les proches et/ ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient, ainsi en psychiatrie un programme psycho-éducatif des familles au plus près de l'entrée de la maladie est en développement, en pédopsychiatrie en cas de placement en chambre d'apaisement les parents (dans la mesure du possible) sont associés à la prise en charge des enfants. En pédiatrie les parents ont la possibilité de rester sur place 24h/24h, de laver du linge et de se restaurer avec mise à disposition d'un frigo dédié aux parents. En maternité l'accès au père est organisé, de même en soins palliatif les accès sont libres. Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou les aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins (exemple : pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, SLD) Les proches et/ou aidants du patient adhèrent, avec son accord, aux modalités spécifiques de la prise en charge en HAD. Une évaluation initiale des conditions du soin à domicile et de l'autonomie du patient permet d'anticiper son implication ou celle de son entourage, notamment dans la gestion de son traitement. Le patient vivant avec un handicap, ou ses proches et aidants, exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins. Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation citons par exemple l'atelier d'affirmation de soi. En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social par ex en gérontopsychiatrie des ateliers thérapeutiques sont adaptés à l'orientation du service et à la population prise en charge. Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adaptés et diversifiés pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le permet : accès à un logement adapté, au monde du travail, à la vie de la cité, aux services publics, aux activités culturelles et sportives, et à la connaissance des groupes d'entraide mutuelle. Pour l'ensemble des prises en charge Il existe une recherche active des conditions de vie/besoins en prévision de la sortie. Si besoin des psychologues, des diététiciens et des services sociaux interviennent. En santé mentale une attention particulière dans la mise en œuvre des projet de soin est réalisée quant aux conditions de vie et des liens sociaux des patients (adultes/enfants). En addictologie une assistante sociale sur un temps dédié à 50% est en charge des problématiques à dimension sociale réalisant un lien avec les partenaires externes : travailleurs sociaux, centre de l'enfance, assistante sociale de secteur, organisme CPAM, CAF... Cet accompagnement est un aspect important de la prise en charge en complément des soins dans le but de favoriser une réinsertion sociale. Des visites à domicile peuvent être organisées avec une IDE pour préparer la sortie d'hospitalisation. Un lien est également favorisé avec les familles d'accueil au long cours. Le psychologue assure des prises en charge spécifiques dans un bureau chaleureux et accueillant. Lors d'hospitalisation programmée, des visites en Week-end sont proposées afin de diminuer l'appréhension potentielle. Pour les critères d'éligibilité à l'ambulatoire, le contexte social est pris en compte.

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	91%
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	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	70%

Les modalités de prise en charge répondent à des projets de soins qui sont individualisés partagé par l'ensemble des professionnels avec une réévaluation régulière adaptée. Dans certains services comme la psychiatrie, la médecine bariatrique, la cardiologie, l'addictologie ; la dynamique de soins et la réflexion éthique sur la pertinence de prise en charge sont partagées par les divers métiers présents. Cette démarche a été perçue dans le discours des soignés et des soignants tant en individuel qu'en collectif. En soins palliatif un staff hebdomadaire permet d'examiner les situations complexes, les réflexions éthiques, les dysfonctionnements. Pour le SSR et l'USLD concernant les décisions de prise en charge, la commission d'admission avec une infirmière coordinatrice permet l'orientation médico-soignante des patients âgés en lien avec le service social, il existe également un lien avec l'infirmière coordinatrice des EHPAD de ville. La pertinence de l'orientation du

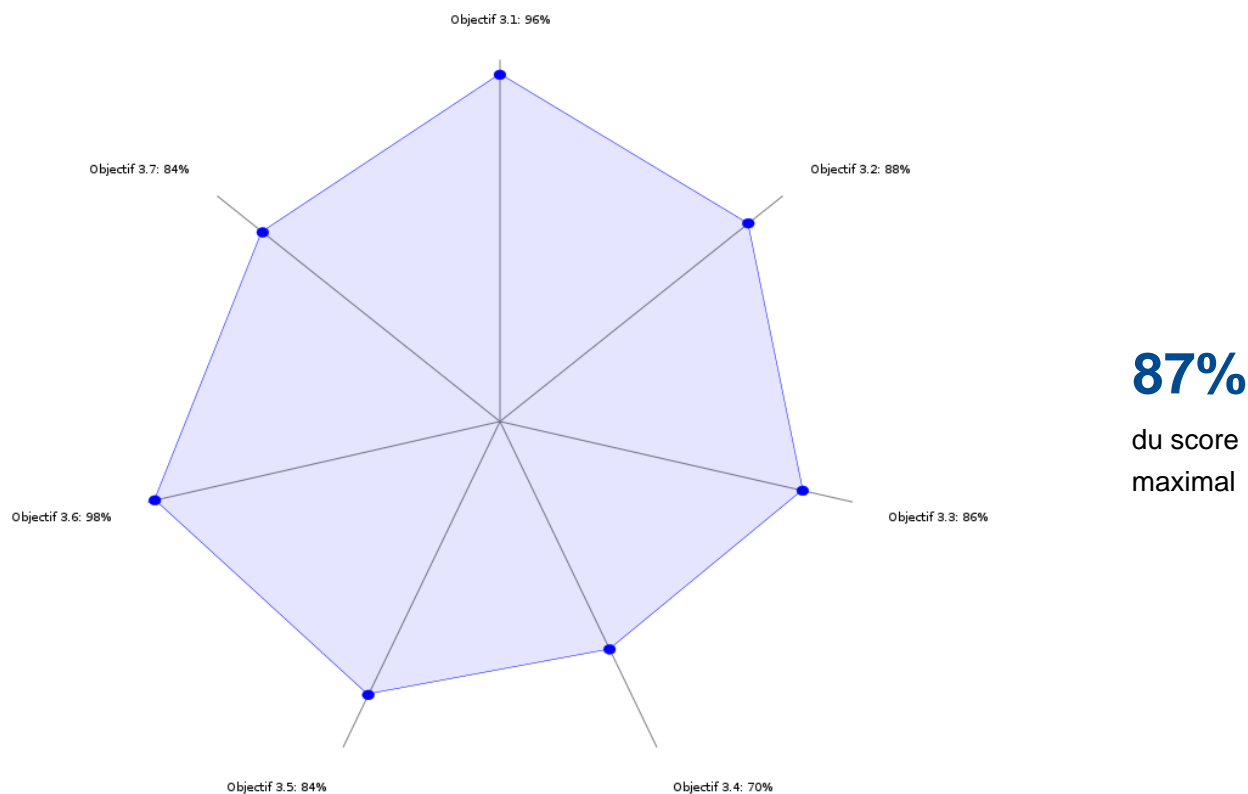
patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval avec l'utilisation soit de filières courtes directes spécialisées : chirurgie, thrombolyse (AVC), coronarographie, accouchements, ou médicales; soit avec les évacuations sanitaire vers le CHU de Clermont Ferrand, pour la neurochirurgie, la chirurgie cardiothoracique etc...pour lesquels la télé imagerie est un recours dans les décisions. En hospitalisation traditionnelle, le recours à l'hospitalisation en HAD sauf cas particulier n'est pas apparu envisagée au plus près de l'admission. Une demande conduit à une analyse tracée qui est réalisée par l'équipe, sur les possibilités du transfert en HAD avec évaluation contextuelle selon l'implication du patient ou de son entourage, discutée de façon partagée avec les services prescripteurs le patient ou ses proches. La pertinence des recours à des mesures de restriction de liberté et barrières est systématiquement argumentée et évaluée. La prescription de l'antibiothérapie est argumentée, et la réévaluation entre la 48 et la 72ième heure est tracée sur le dossier informatisé. Un avis d'infectiologue (CHU de Clermont Ferrand) est accessible, il existe une formation des praticiens avec une revue de la bibliographie. Un programme de lutte contre l'antibiorésistance est en place ainsi qu'un suivi des consommations, enfin un audit de traçabilité de la réévaluation est réalisé. Les praticiens disposent d'un guide d'antibiothérapie institutionnel. Chaque transfusion fait l'objet d'une prescription après examen de la biologie et évaluation du bénéfice, lorsque l'accord est donné l'EFS prépare les culots ou plaquettes et un agent du service se déplace à l'EFS. Des contrôles de concordance sont réalisés entre l'EFS et le service, le suivi est réalisé grâce à un logiciel et au médecin référent hématologiste. Le dépôt de sang est aux urgences avec une IDE habilitée et des IADE sont en cours d'habilitation. La pertinence est évaluée (Taux de destruction 0,35 pour 0,7 en national). La cellule de gestion des lits territoriale réalise un point des lits deux fois par jour, transmis aux urgences, à l'IOA, ainsi qu'à l'ensemble des services et des responsables concernés des établissements du GHT Cantal. La gestion des lits inclut également le suivi des séjours longs afin de pouvoir orienter les patients concernés dans les parcours, en appui à la recherche de lits d'aval. L'équipe médicale est actuellement en manque de professionnels. Plusieurs spécialités sont soit présentes (pédiatrie, médecine d'urgence, chirurgie), soit très accessibles (équipe mobile de gériatrie, douleur, Handiconsult, addictologie, dermatologie). Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité. Les professionnels bénéficient de formations adaptées à leurs pratiques (pédiatrie, formation risque suicidaire, violence). L'établissement est en déploiement de l'informatisation DPI, une partie du dossier est encore papier, les prescriptions sont informatisées, le dossier du patient est accessible à tous les professionnels en charge du patient. Sur l'ensemble de l'établissement diverses rencontres pluridisciplinaires sont organisées autour des prises en charge des patients permettant de se coordonner pour la mise en œuvre du projet de soins et sa réévaluation régulière. En pédo psychiatrie des staffs pluridisciplinaire/pluri professionnels hebdomadaires sont en place pour discuter des projets de soins des enfants et réaliser des revues de pertinence ; des réunions mensuelles plus élargies permettent les discussions plus centrées sur les organisations, la qualité, l'institution, la bientraitance, les droits, les formations etc. La conciliation médicamenteuse concerne la chimiothérapie per os et la rétrocession, ultérieurement elle va concerner les médicaments potentiellement inappropriés pour la personne âgée. Il existe une consultation pharmaceutique le vendredi pour les chimiothérapies per os – Oncologue/pharmacien/ équipe support ; et un lien entre pharmacien d'hôpital et pharmacie de ville. Pour les chimiothérapie les pratiques sont sécurisées avec double vérification et libération du traitement par un pharmacien. Dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité, les équipes se coordonnent pour assurer la prise en charge du patient de façon collaborative. Les équipes peuvent faire appel à un réseau de spécialistes intramuros, cardiologue,(coronarographie), gastrologie... et à des équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs, de douleur, d'addictologie, mais aussi à des correspondants extérieurs : infectiologue, neurochirurgien (télétransmission/CHU). Il existe une cellule de régulation du bloc, une charte de bloc est appliquée, le programme est préparé 1 à 2 semaines à l'avance et clos la veille, un régulateur est présent tous les jours au bloc afin d'assurer le lien entre tous les acteurs. Les urgences au bloc sont prêtes à être reçues, une salle est maintenue armée en cas d'urgence obstétricale. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient (fiche de transmission) cependant il n'y pas d'analyse régulière sur

la qualité des transmissions entre unités de soins. La check List est en place dans tous les secteurs, adaptée aux spécialités, cependant au bloc (chirurgie / cancérologie) elle n'est pas remplie de manière exhaustive, la checklist ne comporte pas la signature du chirurgien (non conforme à la procédure). Une Check-list est prévue dans le cadre des poses de cathéter et de chambres, mais est peu utilisée. En endoscopie la Check-list est adaptée avec GO/NO GO mais on n'a pas de notion de l'évaluation de son utilisation. Un projet d'évaluation des pratiques professionnelles est mis en œuvre avec une 1ère évaluation en 2022, une seconde en cours en février 2023 en analyse. En coronarographie une check-list est réalisée avant intervention et un audit de conformité a été réalisé. Le service d'HAD travaille en collaboration avec des IDE libérales, il couvre pratiquement tout le Cantal. La conformité des pratiques est assurée par l'IDE coordonnatrice, dans les situations difficile ou des traitements particuliers /analgésie au pousse seringue, /chimiothérapie, les traitements et suivis sont réalisés par des infirmières du CHHM formées. Les transmissions et le suivi sont tracés avec un dossier « HAD » chez le patient mais aussi sur le dossier du CHHM (DPI + papier). Il existe une permanence des soins permettant l'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Un projet coordonné avec les équipes adultes est en place pour la préparation de la phase de transition de prise en charge des adolescents en secteurs adultes. Le carnet de santé de l'enfant est mis à jour à sa sortie dans le respect du secret médical avec information sur les vaccinations. Il existe une coordination entre l'équipe pédiatrique et le secteur de pédopsychiatrie avec intervention d'une psychologue éducatrice dans le service de pédiatrie. En pédopsychiatrie et adulte la prise en charge somatique est réalisée au début de la prise en charge soit en ville soit en consultation pédiatrique puis elle est réévaluée en fonction des besoins et tracée dans le dossier patient. L'équipe a fait réponse à un appel de projet régional pour un robot afin de maintenir le lien scolaire. Le projet d'hospitalisation de jour est maintenu au plus loin du possible pour maintenir à domicile les patients vieillissants. Pour les patients en fin de vie, les décisions ou les demandes de démarche palliative l'équipe mobile de soins palliatifs, peut être sollicitée, un soutien des professionnels par une psychologue est réalisé si besoin. Les décisions de limitation thérapeutique (LATA) font l'objet d'une concertation pluridisciplinaire avec information de la famille et sont tracées dans le dossier. L'accès pour des associations est facilité l'ABSP Cantal (association de bénévoles formés au SP15) est présente 3 fois/semaine. A la sortie du patient l'organisation des soins les prescriptions du traitement et matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie mais comme retrouvé par l'indicateur selon les services la lettre de liaison n'est pas remise au patient le jour de la sortie et ne présente pas de bilan thérapeutique réalisé. Tout au long des étapes du parcours (admission, bloc, examens, médicaments, soins) les professionnels respectent les bonnes pratiques d'identitovigilance auxquelles ils ont été formés. De même les vigilances sanitaires en particulier hémovigilance et biovigilance sont mises en pratique et les vigilants sont connus. Les équipes rencontrées se préoccupent du risque de dépendance iatrogène des patients âgés cependant les facteurs de risque ne se retrouvent pas toujours dans le dossier du patient et les actions de prévention ne sont pas toujours tracées. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et d'administration (identification du médicament, concordance entre le produit et la prescription, identitovigilance et traçabilité de l'administration ou de la non-administration). Les prescriptions et la traçabilité de l'administration sont tracées sur le logiciel Institutionnel. Concernant le circuit du médicament en HAD les dispositions spécifiques de sécurisation (livraison, stockage, déchets) sont remplies. Toutefois la maîtrise du risque médicamenteux n'est pas effective : le stockage et gestion des thermosensibles sont non conformes avec une mélange de stylos à insuline (lent/rapide...) dans le même bac au frigo le réfrigérateur (maternité et urgences), différentes molécules d'allergologie mêlées stockées dans un plateau au frigo (ORL/OPH, HDJ cancérologie). Il a été retrouvé des clefs sur les armoires à pharmacie des urgences et une facilité d'accès à la clef des toxiques dans plusieurs services et la présence de seringues d'anesthésies préparées à l'avance en salle d'urgence obstétricale. Au cours de la visite des dispositifs de sécurisation des clefs des stupéfiants avec code (boîtes à clefs) ont été achetés et mis en place dans tous les services de soins. De même l'organisation des rangements (insuline dans les frigos par ex) ont été révisés et corrigés. Il a été constaté dans l'ensemble des services (médecine, de chirurgie et de psychiatrie, HAD, SSR,SLD ...) que les

professionnels n'étaient pas sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation des médicaments à risque et que la liste affichée fournie par la PUI des médicaments à risque était générique et n'était pas adaptée à l'unité. Dès ce retour de constat, la réactivité de la pharmacie a été immédiate avec correction et adaptation des listes dans chaque unité, ce qui a expliqué que l'anomalie n'a plus été retrouvée sur la deuxième partie de la visite. Les équipes expliquent au patient vulnérable le comparatif de son traitement habituel mais le bilan thérapeutique des traitements au jour de la sortie n'est pas toujours retrouvé dans la lettre de liaison. Les personnes vulnérables ou handicapées sortantes ont une fiche de rendez-vous préprogrammés et bénéficient de l'assistance de la cellule Handiconsult. Les règles de la sécurité transfusionnelle sont respectées. Les équipes sont formées aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène, les correspondants en hygiène sont identifiés dans le service et participent à des réunions d'informations pilotées par l'EOH. Le retour d'information est réalisé en lien avec le cadre du service. L'établissement et le service ont participé à l'audit national Pulp'Friction connu des professionnels mais les actions définies ne sont pas connues de tous les professionnels du service. Les solutions hydro-alcooliques sont disponibles en de nombreux points et zones de travail. Lorsque cela est indiqué les précautions complémentaires aux patients sont appliquées et les précautions sont expliquées au patient et à ses proches. L'antibioprophylaxie suit les procédures de la SFAR le protocole est actualisé et adapté aux activités et aux molécules disponibles sur l'établissement. La prescription de l'antibioprophylaxie n'est cependant pas toujours retrouvée (n2/14), le délai et/ou le minutage n'est pas respecté (n2/14). Des procédures sont définies concernant la gestion des DMS et sont connus des agents. L'ensemble des DMS utilisés en intervention sont retrouvés tracés dans les dossiers. Les conditions de désinfection et de stockage (locaux, équipements, etc.) des dispositifs médicaux invasifs sont respectées. Concernant les DM réutilisables, l'évaluation du risque ATNC est faite en consultation d'anesthésie et retrouvée tracée. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires, la douche préopératoire est organisée et vérifiée avant la prise en charge des patients (FEI sur le non-respect et actions en retour). L'antisepsie préopératoire en 5 temps est conforme au protocole et connue des professionnels du bloc, un audit de la préparation cutanée de l'opéré a été réalisé et restitué au service sans écart retrouvé. L'établissement participe à un réseau de surveillance national (SPICMI) mais également en local (audit ISO en césarienne à 30 jours). L'EOH analyse les infections avec les équipes chirurgicales afin d'identifier des axes d'amélioration potentiel. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées, un affichage est retrouvé dans les lieux de circulation, et les professionnels respectent les obligations vaccinales mais le taux de vaccination est approximativement connu. Dans le cadre des interventions un manipulateur est au bloc pour les examens de radiologie, les formations radioprotection sont organisées. Le risque d'hémorragie du post partum (HPPI) est maîtrisé, un protocole spécifique à l'hémorragie du post partum est affiché dans la salle réservée aux césariennes non programmées. Des culots de sang O négatif sont disponibles en urgence si nécessaire. La salle est prête et armée dès le matin pour toutes interventions urgentes liées à la naissance, un algorithme code rouge des conduites à tenir est affiché. En secteur ambulatoire, l'autorisation de sortie du patient est validée par un médecin après la réalisation d'un score. La prise en charge du transport vers le bloc est réalisée par une AS formée dédiée du service de chirurgie l'appel est réalisé sur un portable ad hoc indiquant le nom du patient, le type d'intervention et le délai de réalisation du transport. Pour les autres secteurs il existe un service de brancardage dont le fonctionnement est identique. Les précautions concernant l'hygiène, les règles d'intimité et de confidentialité sont respectées. Les transports en urgence vers la réanimation ou la cardiologie sont réalisés par l'équipe du SAMU. Concernant l'évaluation des pratiques en cancérologie, les délais de réalisation des chimiothérapies et les pourcentages des hospitalisations non programmées post thérapeutique sont suivis. En maternité le taux de césarienne est suivi, des analyses de pertinence sont réalisées (par ex : épisiotomie, spatules etc). En pédiatrie une EPP est réalisée sur la traçabilité du consentement de l'enfant et/ou des parents et sur la compréhension de l'information données il est aussi fait une revue de prise en charge des enfants diabétiques. En coronarographie il est réalisé un suivi d'indicateurs (France PCI) ainsi que le taux de ré hospitalisation et de DC à 30 jours. L'analyse régulière des résultats et de pertinence est aussi réalisée pour la

prise en charge bariatrique. Les soins palliatifs suivent étroitement leur indicateur douleur. En pharmacie pour la cancérologie l'évaluation des pratiques professionnelles faite en interne chaque année permet de valider les habilitations en UCPC des pharmaciens et des préparateurs. La pharmacie participe au RCP : GO oncologue puis GO pharmacien. Cependant dans plusieurs autres domaines l'analyse des pratiques clinique dans les services n'est pas effective ou reste à l'initiative de quelques professionnels. Il n'y a pas toujours de retour accompagné sur les résultats d'audits : peu ou pas déployé en réa/soins continus /urgences, absence et/ou méconnaissance des plans d'actions par les professionnels, on constate une faible participation par les équipes aux revues d'indicateurs. Les entretiens professionnels ont révélés une méconnaissance par les professionnels des plaintes et réclamations concernant leur service tout comme la satisfaction et l'expérience de leurs patients possiblement du au faible taux de questionnaires de satisfaction. Comme le montre le taux de RMM et de CREX la déclaration des EIAS est effective et l'analyse de causes (Alarm, Orion) des évènements indésirables liés aux soins est réalisée avec un référent avec mise en œuvre des actions d'amélioration. Il n'y a pas de registre des refus d'admission en USIC, aux urgences une CAP (cellule d'analyse des pratiques) se réunit une fois par mois. Les SAU/UHACD, SMUR et SAMU réalisent des RMM et des CREX. L'établissement a mis en place un registre des refus d'admission à l'USIC au départ de la visite et s'engage à le suivre et l'analyser. La check List bien que réalisée pour chaque intervention ne répond pas aux attendus en termes d'exhaustivité. Un audit réalisé est en cours d'exploitation mais à ce jour il n'existe pas d'actions d'amélioration à partir de l'analyse des résultats des indicateurs de suivi sur les modalités de réalisation de la check-list. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale sont en place en biologie mais pas sur les examens d'anatomopathologie. Il existe des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale, les professionnels sont en démarche d'accréditation d'équipe cependant en raison du déficit en ressources humaines les imageurs ne parviennent pas à participer aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Ils restent cependant disponibles pour des cas difficiles ou d'urgence. Les informations et des communications sur le don d'organes sont réalisées. Les équipes de soins critiques savent contacter les centres de référence. Un suivi des indicateurs est réalisé. Un audit (ABM) a été réalisé en septembre 2022.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	96%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	88%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	86%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	70%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	84%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	84%

Le Centre Hospitalier Henri Mondor (CHHM) participe adhère à une convention de partenariat du GHT pour divers parcours qui sont portés dans son Projet d'établissement (I. Cardiaque, I. Rénale, maladies du foie liée à l'alcool, lithiasiques biliaires, thromboemboliques, oncogériatrie, chute patient, démence, et handicap). Un parcours AVC est organisé en partenariat avec le CHU, réseaux de santé (MAIA). Le CHHM est membre du

Comité Territorial en Santé (CTS) et de la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) qui a élaboré le PTSM. Il n'y a pas de CPTS sur le secteur d'Aurillac. Le CH dispose de trois CMPS adultes et de trois CMP enfants. Le CHHM est pilote sur 5 fiches actions PTSM : Télémédecine (parcours gérontopsychiatrie), Réhabilitation psychosociale, Offre sport adapté, Prévention du suicide, Crise et urgence. Il existe une collaboration active entre les équipes des 3 CMP adultes et des 3 CMP enfants avec les médecins généralistes des patients suivis. Les CMP jouent aussi un rôle de conseil et d'expertise auprès des médecins généralistes. En partenariat avec l'association "Croix Marine" une cafétéria thérapeutique dans le centre de l'hôpital a été installée comme lieu de rencontre des soignés et leurs proches, des soignants, et des salariés avec un personnel issu des unités psychiatrique avec des activités culturelles. Après préparation du dossier par l'assistante sociale du service, et la validation par le psychiatre de l'hôpital l'établissement permet au patient traité d'accéder à une résidence sociale de 26 appartements portée par l'UNAFAM avec l'UDAF du Cantal. En cardiologie USIC et le bloc coronarographie les admissions en urgence sont possibles 7/7j, H24 grâce à une astreinte. En Pédiatrie l'essentiel des admissions en urgence se fait par le circuit des urgences. Les consultations programmées de pédiatrie, peuvent conduire à une admission directe en pédiatrie. Les enfants adressés par des services d'urgences du GHT (Mauriac, Saint-Flour), sont admis directement dans le service de pédiatrie la nuit. En néonatalogie les entrées se font depuis la salle de naissance en avec prise en charge immédiate par les pédiatres et les urgences obstétricales sont accueillies directement en service d'obstétrique. Les médecins généralistes peuvent aussi contacter directement un médecin du service ou d'autres spécialités pour un éventuelle admission directe. Depuis 2022 la mise en place de la télémédecine avec des consultations en visioconférence par l'équipe ressource de gériatrie pour tous les professionnels d'EHPAD du CANTAL a permis d'améliorer la prise en charge des résidents et d'éviter une hospitalisation. De même l'équipe mobile de gériatrie en venant aux urgences permet une éventuelle réorientation après évaluation et d'éviter une hospitalisation. Il est par ailleurs possible pour tout professionnel médical de contacter la plateforme de coordination de gérontologie sur un numéro dédié (filiale gérontologique du Cantal). Un serveur vocal interactif accessible depuis le numéro d'appel principal de l'hôpital permet un accès direct aux secrétariats de spécialités et aux secrétariats médicaux de certaines spécialités pour la prise de rendez-vous ou accéder à des informations. En cardiologie il existe un serveur vocal personnalisé. Le site internet permet aussi les prises de rendez-vous en ligne pour les services de soins. Tous les médecins hospitaliers ont une adresse de messagerie sécurisée MS santé, l'envoi d'informations dans le dossier du patient DMP est possible. Enfin plusieurs services sont adhérents à une palteforme de rendez-vous en ligne (OPH, ORL, Pédiatrie, Maternité, Urologie, médecine interne, pédicure-podologue). L'établissement avec la création de la sous-commission recherche clinique au sein de la CME, promeut l'investissement institutionnel dans la recherche clinique. L'établissement a adhéré récemment au groupement RIAU (recherche et innovation en Auvergne) et a fait une déclaration de l'activité de recherche sur les bases SIGAPS / SIGREC. Parallèlement au travers de la création de l'unité de recherche clinique sur l'établissement une gestion centralisée des essais cliniques a été mise en route, l'établissement dispose déjà d'un attaché de recherche clinique et un deuxième sera prochainement recruté pour le suivi des études. Dans des services comme la cardiologie, la gériatrie, et l'oncologie des questionnaires de satisfactions ciblés alimentent des démarches d'améliorations. Des questionnaires spécifiques à la réanimation (patient et proche) et au SAU ont été créés en regard des questionnaires e-satis. A l'échelon institutionnel, il existe un questionnaire de recueil satisfaction patient sous forme papier mais aussi sur un lien mail. Le retour de 520 questionnaires environ est représenté essentiellement par la pédiatrie et la maternité. Des enquêtes thématiques sont également mises en œuvre en partenariat avec l'IFSI : enquête périodique de perception de l'identitovigilance par les patients et en 2022 une confrontation des expériences des patients (PREMS). Le programme « bref » de formation aidants en psychiatrie en partenariat avec l'UNAFAM réalise une approche vers les familles qui sont reçues individuellement par un binôme soignant (infirmière / psychologue). Celles-ci peuvent relater leur parcours, exprimer leurs difficultés, leur ressenti et conduire à une réévaluation. La gouvernance est consciente de ces besoins et développe une démarche de projet AMPPATTI avec une structure régionale en partenariat avec les RU qui ont fait une recommandation en

CDU. Des démarches « expert » sont retrouvées dans les programmes ETP par exemple en psychiatrie on retrouve pour la 3ème année un programme d'éducation thérapeutique sur la compliance médicamenteuse validé par L'ARS, de même en médecine bariatrique avec le contrat d'éducation thérapeutique. L'expérience patient est uniquement prise en compte sur les retours des questionnaires de satisfaction e-Satis ou internes, et dans le cadre des comptes-rendus des patients traceurs avec un score dédié aux questions posées au patient, ces résultats d'enquêtes sont affichés dans la plupart des services mais ils restent méconnus des professionnels, ils sont présentés en CDU, leur exploitation n'est pas lisible dans des plans d'actions.

L'établissement intègre la communication soignant/patient comme un élément important de la prise en charge des patients dans la démarche qualité. L'établissement veille à la bientraitance. Cela va de pair avec des formations de faisant fonction de cadre, des journées d'accueil des internes, des livrets pour les étudiants IFSI et les journées d'accueil nouveaux arrivants. Les professionnels se présentent et sont identifiables. Concernant la communication il est retrouvé au plan formation, la prévention de la violence, le droit des patients et des séances de simulation. Les plaintes et réclamations sont communiquées en CDU, à l'encadrement et aux chefs de service. Les professionnels sont sensibilisés et formés à la bientraitance, elle fait partie de la politique de l'établissement, comme le témoigne une enquête réalisée par les étudiants IDE auprès des patients et des professionnels concernant la bientraitance réalisée en partenariat avec les ESI qui reste à diffuser auprès des professionnels dans les services. Des analyses de pratiques ont été réalisées avec la psychologue du travail. L'établissement a mis en place une sous-commission COPIL droits des patients. Des formations bientraitance, intimité/dignité ont été faites en particulier en USLD, maternité, soins palliatifs. Les facteurs pouvant impacter la bientraitance sont traités par un suivi des organisations (surcharge, planning, RH). Au niveau des urgences un protocole formalisé de prise en charge des violences conjugales, sexuelles, intra familiales, ou des mineurs est en place et appliqué. Des formations et des sensibilisations du personnels ont été réalisées avec l'objectif de former toute l'équipe (60% ce jour), diverses fiches de liaisons sont disponibles, un codage est réalisé, il existe des contact avec le CIDFF. Un grille violence (« violentomètre ») est disposée dans la salle d'attente des urgences et en maternité. Il a aussi été mis en place un document type pour les informations préoccupantes et signalement de mineur en danger. L'Unité Médico-Judiciaire est sollicité sur réquisition. En maternité des mesures de repérage lors des entretiens pré et post natal sont réalisées (PMI et PRADO) avec repérage notamment de la dépression du post partum. L'établissement a mis en place des mesures pour prévenir les maltraitements en son sein : formation bientraitance et valeurs du soin (2/an), formation violence. Des audits coordonnés sur la contention ont été réalisés, les déclarations sont encouragées et les plaintes sont suivies d'entretien avec le plaignant pris en charge. Les entretiens professionnels ont confirmés que les risques favorisant la maltraitance et les modalités de signalement sont connues des équipes. Conscient des contraintes architecturales et de sa situation collinaire l'établissement pour son accès a mis en place un service de navette. Si les anciens bâtiments ne peuvent pas répondre pleinement aux exigences AdAp, le nouveau bâtiment plateau technique répond aux normes. Des projets d'amélioration d'accessibilité et de mise en conformité sont déployés en continu. Un service HANDICONSULT assure un accueil anticipé, personnalisé, avec accompagnement physique au sein du CHHM pour les consultations des personnes en situation de handicap. Ce dispositif HANDICONSULT permet aux personnes vulnérables un accès guichet dédié ; une IDE coordinatrice dédiée, formée au handicap (DU) organise si besoin la prise en charge et l'accompagnement personnalisé lors des soins, et à la demande l'accueil de l'aidant. Il existe par ailleurs un service PASS pour les situations de précarité. Le parcours et le traceur réalisés à l'USMP ont confirmés un accès possible au soins, en particulier en urgence, pour des patients détenus dans de bonnes conditions de transferts et de prise en charge. La procédure concernant l'accès d'un patient à son dossier est décrite dans le livret d'accueil et sur le site de l'établissement. Les dossiers peuvent aussi être consultés sur place, le délai d'envoi moyen est de 7,8j. L'engagement de l'établissement dans la recherche clinique, permet le recours aux thérapeutiques innovantes pour les patients Les représentants des usagers ont participé à la réalisation d'EPP (douleur, droit), ressenti patient, patient traceur, projet AMPPATI, la CDU a formulé 5 recommandations en 2021. Les usagers sont associés aux instances de l'établissement et à la semaine des usagers, mais au cours de la visite, il a été

constaté une méconnaissance de leurs actions par les équipes et les patients. Les représentants des usagers de la CDU n'ont pas souhaité élaborer de projet des usagers ni tenir une permanence. La CDU reçoit les réclamations/satisfactions, EIGS, bilan EIAS, elle formule des recommandations annuelles. Plusieurs associations nationales et locales sont actives au CH d'AURILLAC en soins palliatif, en psychiatrie en oncologie... Une enquête sur la culture qualité et sécurité des soins a été mise en œuvre par le CEPPrAL et les résultats doivent être déployés au niveau des unités de soins, la majorité des professionnels rencontrés ne connaissaient pas les actions qualité. Les professionnels ne sont pas associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité de l'établissement. En pratique chaque unité ou service est laissée au libre choix de déployer ou pas des actions sur des indicateurs qu'ils ne connaissent pas toujours. Le programme qualité institutionnel axé sur les orientations du projet d'établissement est piloté au niveau gouvernance et des programmes qualité par secteur ou par service sont pilotés en local. Des pilotes de processus ont été identifiés pour la définition du programme d'actions, définition des objectifs, déploiement du programme d'actions. Le pilotage de l'adéquation des ressources repose sur la définition des effectifs cibles travaillés avec le cadre et le médecin responsable du service, la DRH et la direction des soins redéfinissent les marges d'absentéisme surtout lors de période de tension : recours aux heures supplémentaires, réorganisation des temps de travail (12h) et recours à l'intérim notamment pour les spécialités des urgences, d'anesthésie et de gynécologie avec une convention avec le CHU. Devant les difficultés l'établissement a développé une politique d'attractivité et de recrutement : journée porte ouverte, mise en stage, infirmière en pratique avancée, proposition personnalisée de recrutement des médecins, DPC, et recherche d'éléments d'attractivité avec le conseil départemental... L'accueil des nouveaux arrivants est organisé avec une journée de formation et de découverte. Aux urgences les nouveaux arrivants sont doublés aux urgences ou au SMUR, mais il n'existe pas de staff faute de temps. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe des formations « ensemble » des champs de compétence pour le binôme cadre/médecin sont organisées. Les cadres sont formés à la méthode Orion, une formation coaching est prévue. Les entretiens professionnels ont permis de confirmer un travail en équipe très développé sur le terrain entre soignants et avec l'équipe médicale (CESIM en imagerie, obstétrique et psychiatrie). Le service d'imagerie a réalisé une accréditation en équipe la même démarche est en projet pour le digestif et en coronarographie. Les professionnels de pédopsychiatrie réalisent un nombre important de formations pour améliorer leurs compétences. Un projet pédagogique institutionnel sur les directives anticipées à destination des soignants est en cours de mise en place. Il existe de nombreuses réunions et groupes de travail pluridisciplinaires mais les mises en situation, team building, CRM (Crisis Ressources Management) santé, repérage des moments critiques...) ne sont pas encore développées. Le questionnaire éthique porté par le COPIL droit du patient est en cours de reconstruction avec appel à candidature d'un médico-soignant et d'un RU d'un étudiant en soins infirmiers. Ce COPIL animé par un médecin des USP et le président de la CME aura pour thèmes de réflexion la bientraitance, le consentement, et les directives anticipées. Les cadres sont formés à l'éthique. A ce jour les usagers ne participent pas à la réflexion éthique, au niveau des équipes les questionnements et les problématiques éthiques ont été essentiellement retrouvés aux soins palliatif, en oncologie et en psychiatrie. Un questionnaire a été réalisé auprès des professionnels pour les changements d'organisation du travail et le passage en 12 h. Concernant la satisfaction auprès des professionnels l'évaluation reste à réaliser ainsi que la formalisation de la démarche QVT dans le projet d'établissement. La gouvernance développe une politique de maintien dans l'emploi et d'adaptation des postes, un accompagnement des médecins en situation d'épuisement vers d'autres spécialités ou organisation du temps de travail a été organisé. Un séminaire avec les chefs de service pour identifier les « irritants » internes à l'établissement a été organisé. Les difficultés relationnelles ou interpersonnelles sont gérées au plus proche du terrain par l'encadrement avec au besoin recours à la gouvernance et possibilité de médiation, la psychologue de santé au travail est connue des professionnels. L'établissement a défini les modalités de pilotage du plan hôpital en tension et gestion des situations sanitaires exceptionnelles par l'élaboration d'une charte qui définit les acteurs, les missions et les modalités de fonctionnement. Lors de période de tension il y a une redéfinition des plages, un « Bed manager » est en place pour la situation des lits et assurer de la fluidité. Le plan blanc existant est en cours de

restructuration pour faciliter son application par l'élaboration de fiches action/réflexe. Des exercices sont mis en place avec des partenaires (SDIS, préfecture...) au moins une fois par an, le dernier exercice avec le SDIS a été effectué en novembre 2022. Une structuration du dispositif est en cours pour les risques numériques, un exercice d'attaque cyber est mis en application une fois par an au niveau du GHT et guidé par l'établissement support. Un référent sécurité informatique a été nommé au niveau de chaque établissement. Un logiciel spécifique d'analyse des attaques est opérationnel et piloté par un prestataire extérieur 24H sur 24 et 7 jours sur 7. L'établissement participe au projet HOP'EN. La prévention du risque numérique et la conduite à tenir en cas d'incident informatique sont connues des professionnels. Une analyse des risques a été réalisée pour élaborer un plan de sécurisation de l'établissement. Ce dernier met à profit les festivités estivales de rue pour réaliser des exercices. Concernant les biens des usagers il apparaît que peu de chambres disposent de placard fermant à clefs. En matière de risques environnementaux, un diagnostic énergie est en cours qui sera le support pour mettre en œuvre un plan d'investissement au regard des difficultés de bâtiment disparates et classés. L'établissement a identifié 29 filières de déchets et un projet de plateforme centralisée des déchets est en réflexion. L'établissement dispose d'une chaufferie bio masse avec un approvisionnement local. La prise en charge des urgences vitales est assurée : formation des professionnels, chariot d'urgence standardisé vérifié, avec numéro d'appel unique affiché et connu, il reste à réaliser des exercices de simulation de prise en charge d'urgence vitale. Les compétences des professionnels sont évaluées au cours des entretiens annuels (GESFORM), les besoins en formation institutionnels et individuels sont identifiés ; les compétences spécifiques sont repérées lors des entretiens de recrutement, la gouvernance assure le déploiement des bonnes pratiques en lien avec les professionnels médicaux et l'encadrement. Il est régulièrement procédé à un point qualité en CME et en CSIRMT où les indicateurs et les actions en regard sont présentés. Les résultats d'audits, les indicateurs et les plaintes /réclamations sont aussi présentés à la CDU. La politique qualité, les modalités de gouvernance reposent sur une charte de gouvernance Direction/Présidence de la CME mise en place en janvier 2023. L'organisation de la qualité est stratifiée : un COPIL qualité institutionnel décisionnel composé de 10 membres (50% médecins/50% direction) se réunit mensuellement. Un bureau qualité médico administratif a la charge des EI, des IQSS, des audits, des sous-commission médico-soignante (CLUD, CLAN, CLIN...), des cellules qualité située au niveau des services animées par l'encadrement médico-soignant (composées du chef de service et/ou médecin référent et cadre de santé). Au niveau des unités les pilotes de processus sont chargés du déploiement des objectifs et du plan d'action. La diversité des programmes qualité institutionnel et de secteur/service apporte une strate supplémentaire à la compréhension de la démarche qualité. Ainsi il a été constaté lors des parcours, une méconnaissance de la démarche qualité par les professionnels les objectifs, les actions, le résultat des audits. Il est apparu un seuil étanche entre les cadres et les professionnels sur la communication descendante des divers comités. Les résultats des indicateurs qualité nationaux ne sont pas connus pour leur service et peu pour le niveau institutionnel. Des informations sont transmises par mail ou par mise à disposition d'un classeur mais sans accompagnement ou explication par leur hiérarchie, certains documents qualité sont incompréhensibles par l'ensemble des professionnels. La nouvelle direction en a pris conscience et indique qu'une simplification du pilotage de la démarche qualité sera mise en œuvre pour davantage de clarification du qui, fait, quoi. La procédure sur les alertes descendantes est effective, la procédure sur les alertes ascendantes est en cours de révision. La gestion des événements indésirables est assurée le dispositif de déclaration, analyse des EIG (méthode ORION, ALARM) RMM et CREX médicaments sont réalisées en équipe, avec l'accompagnement d'un responsable des RMM. La déclaration auprès de l'ARS des EIG est effective, la liste des EI est présentée à la CDU. Les comptes rendus RMM et plan d'actions sont diffusés à l'ensemble des cadres et des médecins responsables de service. Cependant les rencontres avec les professionnels ont permis de constater une diffusion hétérogène selon les services des comptes rendus de RMM et CREX par le binôme cadres/médecins. L'établissement, siège d'un SAU, améliore l'organisation en aval des urgences, le point des lits est fait 2 fois par jour par une IDE puis transmis au chef de service des urgences et à l'IOA. Plusieurs spécialités sont accessibles rapidement aux urgences telles que Soins Palliatifs / douleur, Handiconsult, addictologie ..., afin d'assurer un parcours intra

hospitalier de qualité en toute sécurité. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Assurer le remplissage exhaustif de la check-list ainsi que son évaluation et suivi d'évaluation Renforcer la maîtrise du risque médicamenteux et des médicaments à risque Améliorer les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie Renforcer l'adhésion des professionnels à la démarche qualité

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	150780096	CENTRE HOSPITALIER HENRI MONDOR	50 rue avenue de la Republique 15002 Aurillac FRANCE
Établissement principal	150000040	GHT CANTAL - CENTRE HOSPITALIER HENRI MONDOR	50 av de la republique 15002 Aurillac FRANCE
Établissement géographique	150780823	CENTRE HOSPITALIER ANNEXE CUEILHES PEDOPSYCHIATRIE	Rte d'ytrac 15000 Aurillac 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)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
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	Oui
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	Oui
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	3,334
Nombre de passages aux urgences générales	28,424
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	35,086
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	218
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	60
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	24
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	12
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	4,216
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	16
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	18
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	72
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	10
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	46
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	115

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	10
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	125
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	37
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	23
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	60
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	1
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	8,322
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	5,956
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	14,278
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	11
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	15

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Médecine	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
5	Traceur ciblé			Antibiotique injectable : Prescription à administration
6	Traceur ciblé			EIG selon liste établissement
7	Audit système			

8	Traceur ciblé			Désinfection des endoscopes
9	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
10	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
11	Audit système			
12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
13	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
14	Audit système			
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
16	Traceur ciblé			Chambre > Bloc
17	Traceur ciblé			Gestion des produits sanguins labiles
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé	

18			Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Maternité	
19	Traceur ciblé			Chimiothérapie : Prescription à administration
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Ambulatoire Médecine	
	Patient		Tout l'établissement	

23	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
25	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Maternité Chirurgie et interventionnel	
26	Audit système			
27	Audit système			
28	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
	Patient		Tout l'établissement	

29	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
30	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
31	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	
33	Audit système			
34	Audit système			
35	Audit système			

36	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Médecine</p>	
37	Traceur ciblé			SAMU + SMUR
38	Audit système			
39	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p>	

40			<p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
41	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
42	Traceur ciblé			Urgences > Service
43	Audit système			
44	Traceur ciblé			Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
45	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	

46	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
47	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
48	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Médecine</p>	
49	Audit système			
50	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie + Per opératoire
51	Traceur ciblé			Médicament à risque ou Antibiotique : Prescription à administration - HAD
	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p>	

52			<p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Médecine</p>	
53	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p>	
54	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
55	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

56	Traceur ciblé			Urgences
57	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
58	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
59	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
60	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
61	Audit système			
62	Audit système			
	Audit			

63	systeme			
64	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
65	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
66	Audit système			
67	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	

68	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Médecine</p>	
69	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

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

