



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES

3 place de silly
92210 Saint-Cloud



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	22
Annexe 3. Programme de visite	26

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 DES QUATRE VILLES	
Adresse	3 place de silly 92210 Saint-Cloud FRANCE
Département / Région	Hauts-de-Seine / Ile-de-france
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	920009909	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRES VILLES	3 place de silly 92210 Saint-Cloud Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

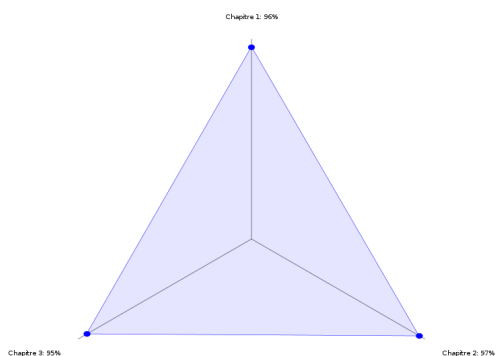
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

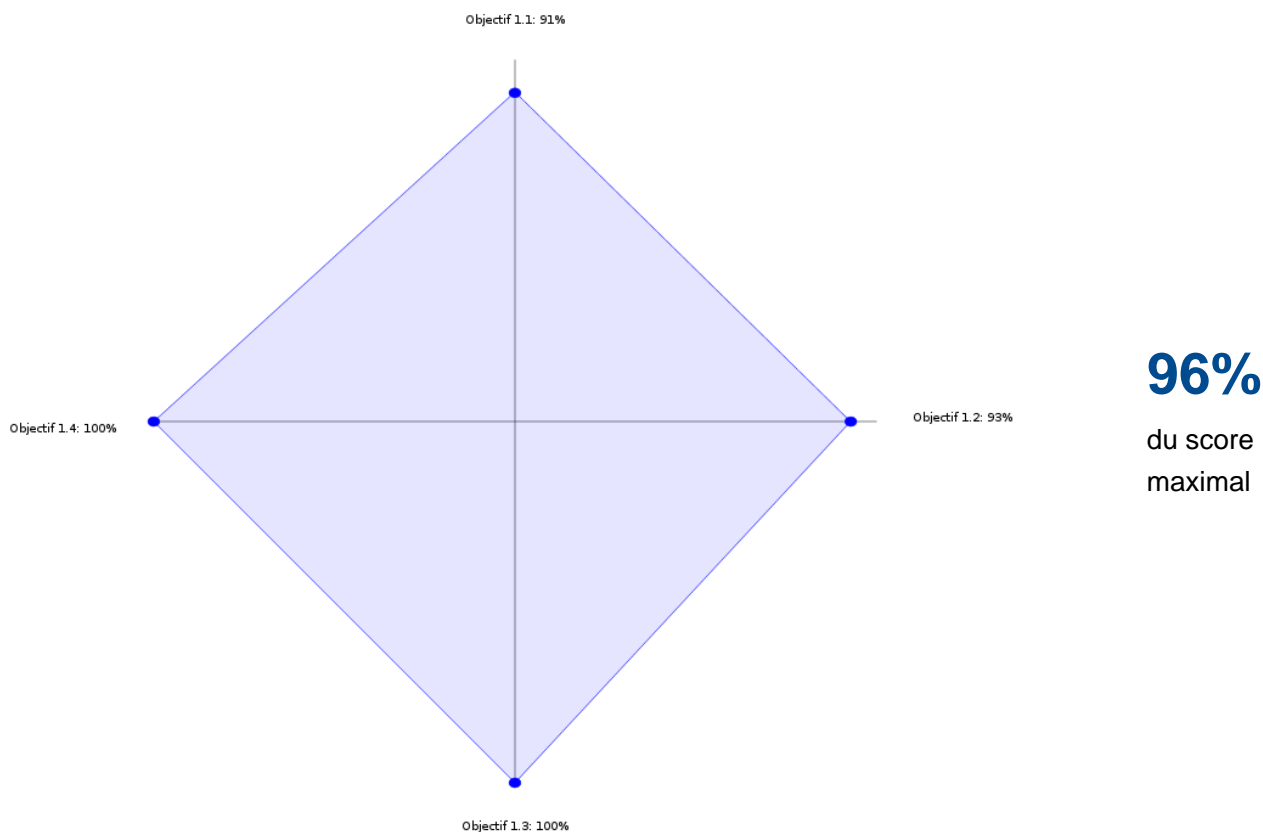
Au regard du profil de l'établissement, **115** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

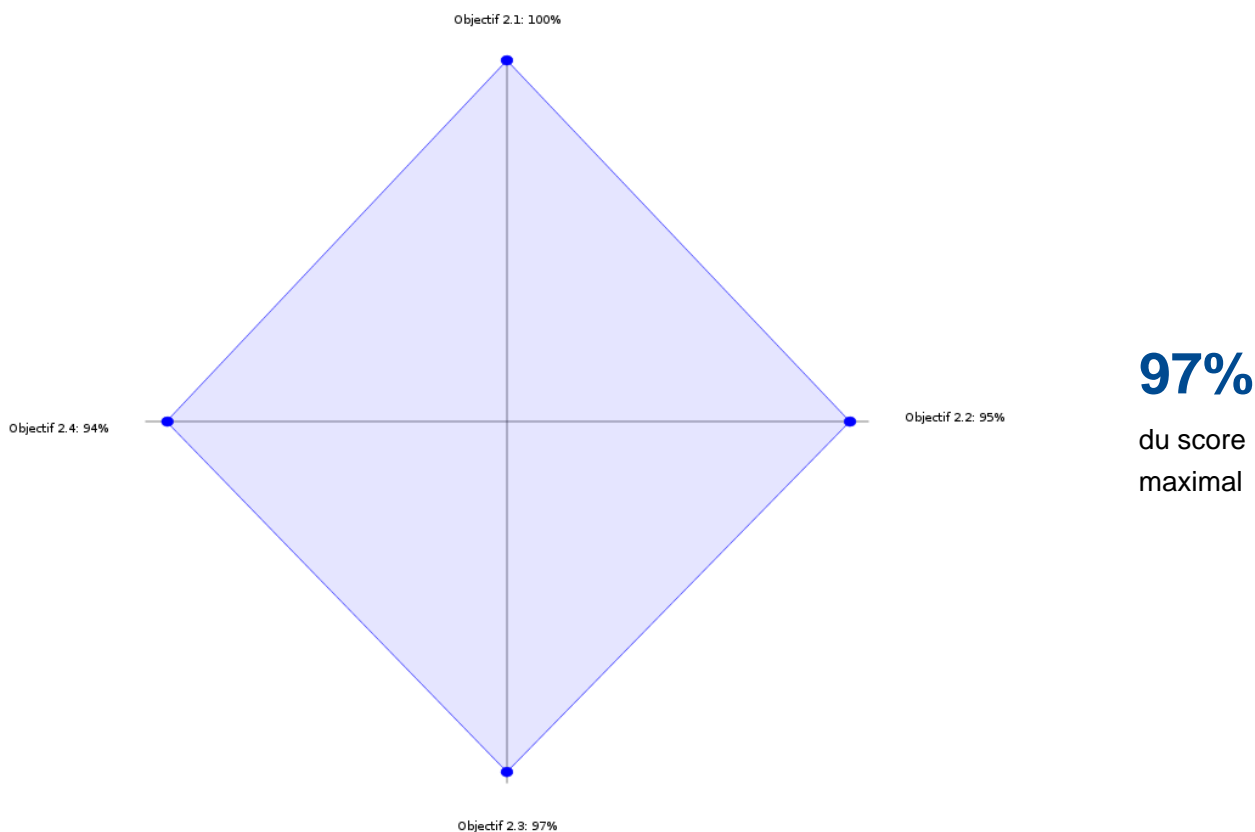


Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	91%
1,2	Le patient est respecté.	93%
1,3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Au sein du Centre Hospitalier des Quatre Villes, le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé et les soins qui lui sont prodigués. A son arrivée des informations lui sont remises par les différents intervenants qui se présentent auprès de lui. Le patient (et s'il le souhaite ses proches) est impliqué dans son projet de soins et ses réévaluations. Lors de l'hospitalisation, et pour tous les secteurs, en fonction des objectifs, des besoins et des attentes du patient, un projet de soins est établi et formalisé, soit sur des documents papiers en USLD, soit dans le dossier patient informatisé. Toutefois en SSR, l'indicateur qualité sur le projet de soins en baisse en 2022, montre qu'une attention est à porter sur ce point, et un travail de formalisation est en cours de mise en place pour le projet de soins en addictologie. Ce projet est présenté au patient, ou à ses proches si le patient ne peut pas s'exprimer. Les objectifs fixés lui permettent de devenir

acteur dans sa prise en charge. Les différents professionnels transmettent des messages de prévention spécifiques pour que le patient puisse préserver sa santé. Dès son admission, le patient reçoit un livret d'accueil avec le formulaire de personne de confiance. Concernant les directives anticipées l'information est présente dans le livret d'accueil, mais le relais de l'information afin de les expliquer aux patients n'est pas toujours assuré, les patients ne sachant pas toujours en quoi cela consiste. De la même manière, les représentants des usagers ne sont pas connus de tous les patients, ainsi que la possibilité de déclarer des événements indésirables ou des réclamations. En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge et à son organisation. Il reçoit un passeport ambulatoire avec les informations nécessaires à sa prise en charge. Il existe un passeport spécifique pour les enfants. En dialyse des consultations de préparation à la dialyse permettent au patient de construire son projet à son rythme. Des consultations prénatales sont en place, y compris en néonatalogie lorsque la prise en charge dans ce service est prévue en amont. Lors de son séjour, dans la plupart des services, le patient bénéficie d'un environnement adapté au maintien de son autonomie, quel que soit son handicap, ou son âge. Toutefois les pratiques ne sont pas homogènes concernant la prise en compte du risque de perte d'autonomie, en particulier pour la personne âgée (mise en place d'aide à la toilette ou de protection pour l'incontinence sans évaluation du besoin). L'association des aidants et/ou proches est proposée, et le lien avec eux est préservé, par exemple en USLD avec la mise en place d'un salon des familles et d'un jardin où patients et proches peuvent se retrouver en dehors de la chambre du patient, et en addictologie où la famille est accompagnée, formée et éduquée. En néonatalogie un « café des parents » est organisé permettant des échanges entre les parents et la psychologue. Le patient bénéficie également du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité des informations le concernant, à la fois par les pratiques des professionnels, mais également par les locaux (paravent dans les chambres à 2 lits, maintien des portes des chambres fermées sauf demande du patient), toutefois les locaux des urgences ne permettent pas de préserver en continu l'intimité des patients. Des travaux d'extension et de réaménagement de ce secteur sont prévus pour une durée de deux ans, avec un démarrage prévu fin 2023/2024. Le recours à la contention relève d'une prescription médicale, avec réévaluation. Très peu de patient ont des contentions. Une évaluation de la douleur est systématique, réévaluée, suivie et si besoin prise en charge. Le retour à domicile du patient est préparé en amont de sa sortie. Si besoin un accompagnement social est organisé. De même, suite à une hospitalisation en SSR des visites à domicile peuvent être organisées, pour sécuriser le patient et sa famille. En addictologie, des consultations avec les proches sont en place afin d'accompagner au mieux ce retour. Lors de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi de son traitement médicamenteux, qui est inscrit dans la lettre de sortie, avec un bilan thérapeutique qui présente sous forme de tableau les prescriptions d'entrée et de sortie, avec commentaires éventuels. A sa sortie un questionnaire de sortie est remis, quel que soit le type de prise en charge. En USLD, ce recueil est organisé une fois par an et complété par un recueil de la satisfaction des proches. Si le patient a laissé son adresse mail, il pourra faire part de son expérience via le questionnaire E satis. Sur le site de Sèvres des livres d'or permettent en complément aux patients ou familles d'inscrire un message.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



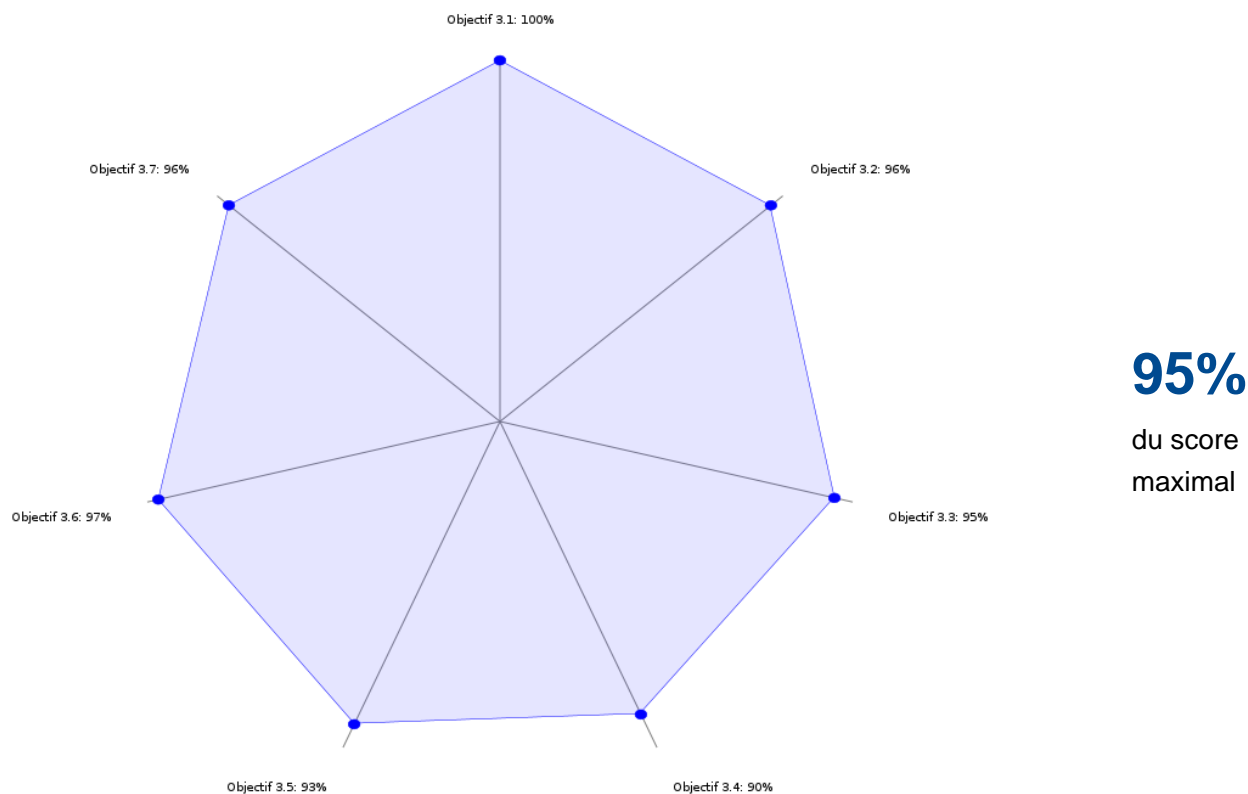
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	94%

Les décisions de prise en charge en hospitalisation complète (programmée ou non) ou en hôpital de jour sont argumentées et tracées en fonction de la pathologie motivant l'hospitalisation, l'état de santé du patient, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques. Les demandes d'admission en SSR sont réalisées via trajectoire pour les demandes extérieures à l'établissement, et avec une prise de contact direct en amont pour les demandes en intra établissement. Pour l'USLD ces demandes peuvent également se faire par contact direct avec le chef de service. Pour les personnes âgées, des entrées directes s'organisent entre médecins de ville et médecins du CH. Les pertinences des décisions d'admission, de prise en charge, et de maintien du séjour sont argumentées en équipe lors des nombreux staffs en place dans les différents secteurs. Les équipes se coordonnent dans la prise en charge du patient lors des prises en charge multiservices (depuis les urgences,

jusqu'à la sortie). Le projet de sortie est anticipé bien en amont, et au besoin une prescription d'une HAD peut être discutée. La pertinence des prescriptions d'antibiotique est argumentée. Une alerte non bloquante est en place pour la réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure, et des audits réguliers sont menés afin de s'assurer qu'elle est réalisée. Tout acte de transfusion sanguine fait l'objet d'une analyse bénéfice-risque partagée avec le patient, les consommations de PSL sont suivies par secteur avec les indications de prescription, de même que le taux de destruction. De l'accueil jusqu'à la sortie les professionnels se coordonnent pour mettre en œuvre le projet de soins du patient. Aux urgences, le tri IAO est effectué par des IDE formées à l'échelle de tri FRENCH. Les délais de consultation IAO et de consultation médicale sont suivis et communiqués mensuellement à l'équipe avec des indicateurs spécifiques au service sous forme d'un « Bulletin Météo Qualité » (indicateurs d'activité et de qualité). Le dossier patient est informatisé, il est complet et partagé, il permet la coordination de la prise en charge dans les différents secteurs, depuis les urgences. Des logiciels métier sont en place pour la néonatalogie, la dialyse, la PMA. Il reste à informatiser le bloc et l'anesthésie. Chaque professionnel trace les informations nécessaires à la prise en charge du patient en temps utile (professionnels médicaux, para médicaux et les secrétaires qui scannent également les documents extérieurs afin de les retrouver dans les dossiers, en complément du dossier patient). Les résultats de laboratoire sont intégrés au dossier patient informatisé (les résultats de laboratoires extérieurs comme l'anapath sont scannés), de même que les comptes rendus d'imagerie. Pour consulter les images, les médecins disposent d'un accès au PACS. Seul le secteur de néonatalogie n'est pas interfacé avec le laboratoire. Dans ce cas, les professionnels consultent les résultats dans le dossier patient informatisé institutionnel. Les équipes connaissent les experts ou référents auxquels ils peuvent faire appel et les solliciter autant que de besoin, ces experts étant connus et reconnus (hygiéniste, infectiologue...). Si besoin, une démarche palliative pluridisciplinaire, pluri-professionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie, en faisant appel entre autre aux équipes mobiles de soins palliatifs (du GHT des Hauts de Seine pour la plupart des services, et celle de « Notre Dame du Lac » pour l'USLD), qui apportent leurs conseils, et une aide à la prise en charge du patient mais également des professionnels sur l'accompagnement psychologique. Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie sont suivis, des actions sont en cours pour améliorer les résultats pour la chirurgie ambulatoire et l'addictologie. Le parcours vers les secteurs interventionnels - bloc opératoire- est organisé dès la consultation de chirurgie, complété d'une consultation IDE, pour remettre les informations nécessaires au patient dont le passeport en ambulatoire, puis la consultation avec l'anesthésiste. Le bloc opératoire est situé sur le site de l'Institut Curie, relié par une passerelle avec l'établissement. Des équipes et des salles sont dédiées au CH des 4 villes. Une salle est identifiée pour les césariennes. La check list est retrouvée complétée dans les dossiers. Elle est spécifique pour les césariennes. Des audits sur la check list sont réalisés régulièrement. Le dernier audit (2022) avait révélé que les modalités de réalisation de la check list n'étaient pas mises en œuvre systématiquement : la check list n'était pas toujours remplie en présence des différents professionnels. Suite à ces constats, des actions d'amélioration ont été mises en place : les équipes connaissent les bonnes pratiques. Un audit de suivi, pour s'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration définies, est prévu en fin d'année 2023. La lettre de liaison est remise au patient à la sortie, et transmise par messagerie sécurisée ou courrier au médecin traitant, toutefois cette lettre de liaison n'est pas remise au patient le jour de la sortie en hôpital de jour, et n'est pas encore formalisée en addictologie. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, par l'utilisation de bracelets d'identification, et de moyens spécifiques en USLD (trombinoscope) et en dialyse (badge). Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. Une organisation est établie 24h/24. La sécurité transfusionnelle est assurée, avec des protocoles pour les différentes étapes de la transfusion. L'établissement dispose d'un dépôt de sang pour les transfusions en urgence. Le circuit du médicament est organisé de la prescription, en passant par la dispensation jusqu' à la l'administration des médicaments. La prescription est réalisée dans le dossier patient informatisé, les pharmaciens les analysent et au besoin tracent dans le dossier leurs interventions qui sont consultables par les médecins et les IDE. Les médicaments sont préparés en pharmacie dans des bannettes, identifiées au nom du

patient et du numéro de chambre. Ces bannettes sont mises dans les services dans des chariots fermant avec un digicode. L'infirmier administre les médicaments et trace l'administration ou la non administration après s'être assuré de la prise. L'approvisionnement et le stockage des médicaments est sécurisé dans des armoires demandant une identification du professionnel (par empreinte digitale), et du patient concerné (par saisie de l'IDE). En cas de besoin urgent, si le médicament n'est pas à disposition dans l'unité, l'armoire précise le service qui en dispose, et au besoin un pharmacien est également d'astreinte. Les équipes médicales et soignantes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. Les listes des médicaments à risque sont spécifiques aux services. Des affiches, des fiches techniques et des sensibilisations ont été réalisées par la pharmacie. En cours de visite, le stockage de certains médicaments a été réajusté afin de ne pas les retrouver dans des armoires non sécurisées par manque de place. Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient à sa sortie, par la mise à disposition d'un tableau présentant à la fois le traitement d'entrée et de sortie, et les modifications éventuelles. Un travail est à mettre en place pour que ce tableau soit mis en place en hôpital de jour et en addictologie. La conciliation médicamenteuse se met en place. Elle est priorisée pour les personnes âgées de plus de 75 ans et pour 2 services du CH de médecine sur Saint Cloud et l'Unité de gériatrie aigue sur Sèvres. Les professionnels maîtrisent et appliquent les précautions standard et complémentaires ainsi que tous les prérequis à l'hygiène des mains. L'EOH impulse une dynamique de sensibilisation par exemple avec les calendriers annuels permettant la présentation d'un thème par mois. Ils réalisent en complément de nombreux audits. L'EOH s'associe aux anesthésistes et IADE pour réaliser le travail sur l'antibioprophylaxie. Les protocoles sont à jour, et des évaluations sont réalisées dont l'enquête SPICMI. La notion de facteurs de risque de dépendance iatrogène est peu connue des professionnels. Au-delà de l'évaluation des risques d'immobilisation, l'identification des 5 autres causes principales de dépendance liée à l'hospitalisation est peu développée, et de fait les actions de prévention à mettre en place également. Le patient n'est pas toujours informé de ces risques, et ne peut donc s'impliquer dans cette démarche de prévention, ce qui peut allonger son hospitalisation. Les équipes sont sensibilisées aux obligations et recommandations vaccinales et l'établissement donne accès à cette vaccination. Un challenge vaccinations a été mise en place pour essayer d'augmenter le taux. Les professionnels du secteur de naissance ont travaillé sur le risque d'hémorragie du post partum, avec la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles. Un kit HPP a été mis en place et les équipes partent ensemble en formation par la simulation. Le transport des patients intra-hospitalier est maîtrisé, par du personnel dédié et formé aux différentes thématiques hygiène, AFGSU, identitévigilance. Les brancardiers font preuve de bienveillance avec le patient lors des transports, le souci du respect du patient et de son intimité est un réel questionnement. Une charte de bonnes pratiques du brancardage est formalisée. L'évaluation des pratiques cliniques des professionnels par les équipes est hétérogène selon les services, et doit être développée afin d'améliorer les pratiques. L'appropriation des résultats des indicateurs et la mise en place d'indicateurs propres aux services est également hétérogène. Certains services n'ont pas connaissance des résultats des évaluations ou d'indicateurs, y compris des IQSS, et dans ce cadre ne peuvent pas être force de proposition pour mettre en place des actions. Pour les événements indésirables associés aux soins, il existe des modalités de recueil et de revues par un groupe « événements indésirables » qui se réunit toutes les semaines. Les événements sont déclarés en nombre et les équipes ont été sensibilisées via un jeu « je déclare » - « je ne déclare pas ». Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, formé et avec un temps dédié, accompagne les équipes avec les professionnels du service qualité dans la réalisation des RMM selon la méthode ALARM. Cependant il reste à travailler sur la notion de « presque accident », sur le développement des RMM (4 RMM ont eu lieu en 2022, chiffre en baisse par rapport à 2021), et sur la mise en place d'un retour partagé aux équipes.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	95%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	90%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
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	96%

Le Centre hospitalier des Quatre Ville est l'établissement support du GHT des Hauts de Seine. Il est issu de la fusion en 2006 du Centre hospitalier intercommunal de Sèvres et du Centre hospitalier de Saint-Cloud. Il est composé de 3 sites : Saint Cloud disposant d'une maternité de niveau 2A et d'un centre de PMA, d'un service de chirurgie avec différentes spécialités, d'un service de médecine, d'un service d'urgences, d'une PUI, d'un

plateau technique, d'un centre de dialyse ; Sèvres qui disposent de services de médecine gériatrique et de SSR, ainsi qu'une filière complète en médecine addictologique et le site de Lelégard pour l'USLD. Le partenariat avec la ville est très important pour l'addictologie. Un travail est en cours pour réaliser les entrées directes des personnes âgées. Le centre d'imagerie médicale est géré dans le cadre d'un groupement entre le CH et le centre d'imagerie de l'ouest parisien. Sur le territoire, le CH travaille avec les établissements du GHT, l'Hôpital FOCH pour la réanimation, avec le réseau de périnatalité d'Ile de France, le CH de Versailles à qui il sous traite la stérilisation. Le bloc opératoire est exploités en partenariat avec l'Institut Curie. L'établissement a établi de nombreux partenariats également pour l'équipe mobile de soins palliatifs, l'infectiologie, etc ... avec le GHT. Le déploiement d'un dossier patient commun au GHT depuis 2011 est aujourd'hui complet sur le CH4villes, ce qui facilite notamment les partenariats et avis externes. Des réunions se mettent en place pour créer la CPTS de Saint Cloud. Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie sont suivis, des actions sont en cours pour améliorer les résultats pour la chirurgie ambulatoire et l'addictologie. Une messagerie sécurisée est en place pour transmettre cette lettre de liaison. Le dossier du patient transmet également des informations au DMP. L'établissement a développé une politique de soutien à la recherche clinique dans le cadre d'une convention avec l'APHP. L'établissement promeut le recueil de l'expression des patients via les questionnaires de sortie spécifiques en fonction des secteurs, et via le questionnaire e-satis. Les questionnaires de satisfaction ont été revus en 2019 avec les représentants des usagers pour y intégrer des notions d'expérience patient, sans pour autant que d'autres actions permettant de développer le recueil de l'expérience soient mis en place. L'établissement a mis en place un intéressement financier en lien avec l'atteinte à des objectifs qui comprend entre autre un objectif d'augmentation des taux de retour aux questionnaires. Les résultats des questionnaires internes et e-satis sont analysés avec les représentants des usagers, de même que les plaintes et réclamations. Celles-ci sont analysées avec les équipes, un courrier de réponse est transmis aux usagers. Un patient expert intervient au sein de l'établissement en addictologie, sans pour autant que la notion d'expertise patient soit développée dans d'autre secteurs. L'établissement veille à la bientraitance et lutte contre la maltraitance. Un audit auprès des professionnels a été réalisé en 2022, avec l'accompagnement des représentants des usagers. A l'occasion de la semaine sécurité patient 2022, trois 3 questionnaires ont été proposés par le coordonnateur des risques associés aux soins, les cadres de santé et le responsable qualité et ont été validés en CDU. Trois publics étaient ciblés : les patients, les soignants et l'encadrement. Les résultats ont conduit à la mise en place de sensibilisation. Concernant les situations de maltraitance, l'établissement a mis en place une détection systématique des violences intra familiale dès les urgences, qui se poursuit lors de l'hospitalisation, avec éventuellement un accompagnement pour assurer un suivi juridique. L'établissement est organisé pour permettre au patient l'accès à son dossier. Il analyse les délais de remise en lien avec la CDU. Les représentants des usagers sont impliqués dans les instances de l'établissement, participent à la CDU, au COPIL, au conseil de surveillance, ... Ils ont également participé à des patients traceurs. L'établissement leur met à disposition un bureau, un accès informatique, et depuis récemment une boîte mail. Un projet des usagers est débutant. Il doit être validé par les instances de l'établissement. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Une politique qualité est formalisée pour les années 2022-2026, déclinée en 5 axes dont un axe sur l'expérience patient. Une direction de l'expérience a été mise en place en décembre 2022. Elle débute le travail par un benchmark de ce qui existe avant de décliner des actions concrètes. Des tableaux de bord qualité et activité sont déployés pour chaque pôle avec des objectifs à atteindre. Un intéressement polaire a été mis en place. Une évaluation de la culture sécurité a été mise en place sur 3 services, et il est prévu de l'étendre aux autres services de l'établissement. La gouvernance tient compte de la charge en soins et réévalue ses besoins en professionnels en organisant des renforts nécessaires, en respectant un équilibre entre professionnels permanents et remplaçants. Les vacataires paramédicaux sont des professionnels qui reviennent dans l'établissement et bénéficient comme les professionnels permanents de formations. La gouvernance a une volonté de structurer les équipes, d'accompagner les professionnels en situation de management. Des formations sont en places pour les chefs de services et l'encadrement. Des démarches permettant d'impulser et de soutenir le travail en

équipe sont en place, comme par exemple les staffs dans les différents services, les réunions bi mensuels en SSR, les pauses « bonzai » en dialyse, la mise en place de label et certification comme Maternys pour la maternité et la certification ISO 9000 en secteur de PMA. Un travail est également en cours sur la synchronisation des temps de travail. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et suivies au sein d'un plan de formation comprenant un nombre important de formation. Un passeport formation est également en place pour les nouveaux arrivants avec un socle minimal de formations à suivre. Le questionnement éthique est actuellement en cours de remise en place, avec une formation qui a été réalisée en mai 2023 et un groupe qui doit de nouveau se réunir. Des actions concernant la qualité de vie au travail sont en place, depuis le précédent projet de 2017-2021. Un baromètre social est suivi, des réflexions sont en cours comme par exemple une réflexion sur l'augmentation des places en crèche, le co voiturage, ...il est nécessaire d'inscrire dans la durée le plan opérationnel d'actions de la qualité de vie au travail, afin de pouvoir évaluer les actions mises en place. En cas de conflits, le premier niveau d'action, sera une rencontre avec les chefs de services et l'encadrement. L'établissement a répondu en 2020 et 2021 à la mise en place des plans blancs déclenchés par l'ARS, et il participe, encore actuellement aux différents exercices que l'ARS peut organiser en vue des jeux olympiques. Un programme d'exercice est planifié, un exercice de cellule de crise a été déclenché en 2023, et cette cellule est opérationnelle dans les 45 minutes. En lien avec la gestion du COVID, un RETEX a été menée en 2020 suite à la première vague afin de mettre en place des actions d'améliorations. Les risques numériques sont maîtrisés, entre autre par une obligation de changement de mot de passe et l'envoi de mails pour tester les réactions des professionnels. Un responsable du système de sécurité informatique est nommé. Les procédures dégradées du DPI sont organisées et ont pu être mise en place la semaine précédent la visite lors d'une panne de DPI. Dans la poursuite de cet évènement la gouvernance va travailler sur un plan « hôpital sans écran » Des situations à risques sont identifiées comme les fugues avec évaluation du risque. Un plan de sécurisation de l'établissement est formalisé, de même qu'un schéma d'organisation de la sécurité incendie. Des actions concernant le développement durable sont en place, comme la surveillance de la consommation de l'énergie. Un diagnostic a été réalisé. Des filières de tri des déchets existent, avec des intentions de réductions par exemple d'utilisation du plastique et de recyclage (exemple sur les poches de dialyse, la participation au « bouchon de l'espoir »). Les achats ont des critères développement durable dans les cahiers de charges. Un référent développement durable est identifié. Des actions de communications sont organisées lors de la semaine développement durable et dans le journal interne « le nouvel hop ». La prise en charge des urgences vitales est organisée au sein de l'établissement. Des matériels (chariots et sacs) sont à disposition par les services et gérés par eux avec une vérification des périmés mensuelle en binôme IDE et AS qui permet de connaître le contenu des chariots ou sacs. La formation AFGSU est organisée de même qu'une formation au chariot, avec un chariot test qui tourne dans les différents services et l'organisation de formation par la simulation récemment. Un groupe de travail « Urgence vitale » est en place. Ce groupe a mise en place récemment un numéro d'appel unique sur Saint Cloud et sur Lelégarde (sur Lelégarde relayé par le 15 la nuit puisqu'il n'y pas de médecin de garde). La mise en place d'un numéro d'appel unique a essayé d'être mis en place sur Sèvres, toutefois cela ne fonctionne pas encore, car les équipes ne savent pas toutes en fonction du moment de la journée qui doit être appelé, puisque le numéro est différent entre la journée, le médecin de garde, et le numéro 66 66 la nuit. Les recommandations de bonnes pratiques sont à disposition des professionnels et sont actualisées (veille réglementaire, HAS...). Un nouveau portail qualité a été mis en place et est connu des professionnels. La démarche d'évaluation des pratiques professionnels et des revues de pertinence est hétérogène, et la dynamique est à relancer. Les indicateurs qualités sont communiqués via les tableaux de bord, toutefois ils sont méconnus pour certaines équipes, et des indicateurs qualité spécifiques aux services ne sont pas mis en place dans tous les services. Toutes les équipes ne se sont pas appropriées cette démarche ce qui ne permet pas d'analyse et de proposition d'actions d'amélioration à l'échelle du service. Certains pôles ont mis en place des réunions de pôle et des réunions de concertation pour les analyser. Une charte d'incitation à la déclaration a été récemment mise à jour pour inciter à la déclaration des évènements indésirables. La démarche d'analyse avec la méthode ALARM a été choisie,

toutefois ces analyses sont peu développées et de fait ne permettent pas d'enrichir le programme d'action, et d'être partagées. Un suivi des lits est réalisé deux fois par jour, et transmis en interne. L'établissement rencontre peu de difficulté sur la disponibilité des lits. Actuellement seul un médecin est accrédité, cette démarche est donc à expliquer et à présenter aux équipes. 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 : Mettre en place le numéro d'appel unique en cas d'urgences vitales dans l'ensemble des unités ; Sensibiliser les équipes au risque de dépendance iatrogène ; Poursuivre le travail effectué sur la check list. Impliquer l'ensemble des professionnels dans 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	920009909	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRES VILLES	3 place de silly 92210 Saint-Cloud Cedex FRANCE
Établissement principal	920000619	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES- SITE DE SAINT CLOUD	3 place de silly 92210 Saint-Cloud FRANCE
Établissement géographique	920000627	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES - SITE DE SEVRES	141 grande rue 92310 Sevres FRANCE
Établissement géographique	920029253	LBM CH4V SITE DAILLY	35 rue dailly 92210 ST CLOUD FRANCE
Établissement géographique	920807401	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES- SITE DE SAINT CLOUD- SLD	1 rue lelegard 92210 ST CLOUD Cedex FRANCE
Établissement principal	920000619	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES- SITE DE SAINT CLOUD	3 place de silly 92210 Saint-Cloud FRANCE
Établissement géographique	920000627	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES - SITE DE SEVRES	141 grande rue 92310 Sevres FRANCE
Établissement géographique	920029253	LBM CH4V SITE DAILLY	35 rue dailly 92210 ST CLOUD FRANCE
Établissement géographique	920807401	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES- SITE DE SAINT CLOUD- SLD	1 rue lelegard 92210 ST CLOUD Cedex 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	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
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	2 270
Nombre de passages aux urgences générales	22 483
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	130
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	20
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	52
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	16
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	4
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	10
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	8 317
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	22
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	4
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	51
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	70
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	5
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	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
3	Audit système	Leadership		
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
5	Audit système	Coordination territoriale		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient		Tout l'établissement	

10	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap	

15			<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
16	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
17	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
18	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
19	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
20	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

			Médecine	
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins de longue durée Médecine	
24	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	

25	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
27	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG
28	Traceur ciblé	Accueil non programmé		accueil non programmé
29	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
32	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		transport assis ou couché : chambre > service d'imagerie > chambre
33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		antibioprophylaxie
34	Audit système	Dynamique d'amélioration		

35	Audit système	Engagement patient		
36	Audit système	Entretien Professionnel		
37	Audit système	Entretien Professionnel		
38	Audit système	Représentants des usagers		
39	Audit système	Maitrise des risques		
40	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		transport assis ou couché : chambre > plateau de rééducation > chambre
41	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration
42	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os ou injectable : Prescription à administration
43	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	

45	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
46	Audit système	Entretien Professionnel		
47	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
48	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>	
49	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 Médicaux et de Réadaptation</p>	
50	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p>	

			Chirurgie et interventionnel	
51	Audit système	Entretien Professionnel		
52	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	
53	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
54	Audit système	QVT & Travail en équipe		
55	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Maternité Chirurgie et interventionnel	
56	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire	

			Médecine Chirurgie et interventionnel	
57	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		per opératoire
58	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
59	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
60	Audit système	Entretien Professionnel		
61	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
62	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Maternité	
63	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	

64	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
----	-----------------	--	--	--

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

