



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE SAINTE FOY LES
LYON**

78 chemin de montray
69110 Sainte Foy Les Lyon



Validé par la HAS en Avril 2024

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 – Avril 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	23
Annexe 3. Programme de visite	27

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE FOY LES LYON	
Adresse	78 chemin de montray 69110 Sainte Foy Les Lyon FRANCE
Département / Région	Rhône / 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	690780044	CH DE SAINTE-FOY-LES-LYON	78 chemin de montray 69110 Sainte-Foy-Les-Lyon FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

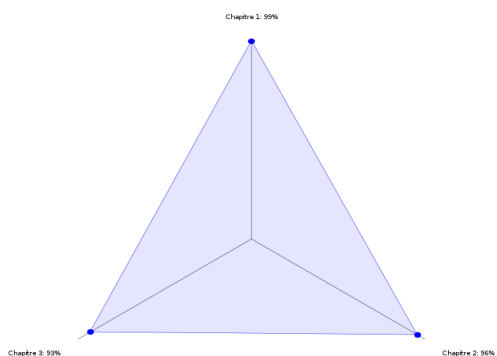
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
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 suite et réadaptation
Tout l'établissement

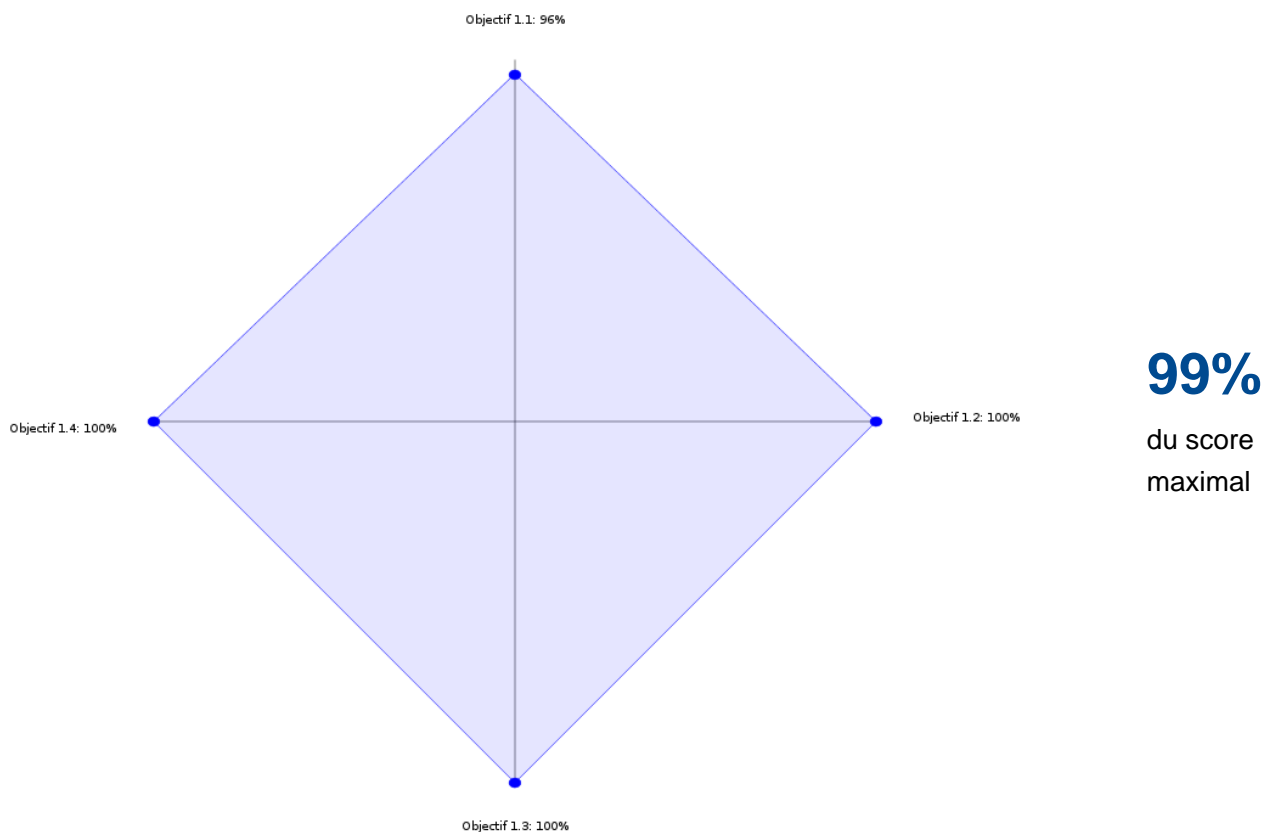
Au regard du profil de l'établissement, **106** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

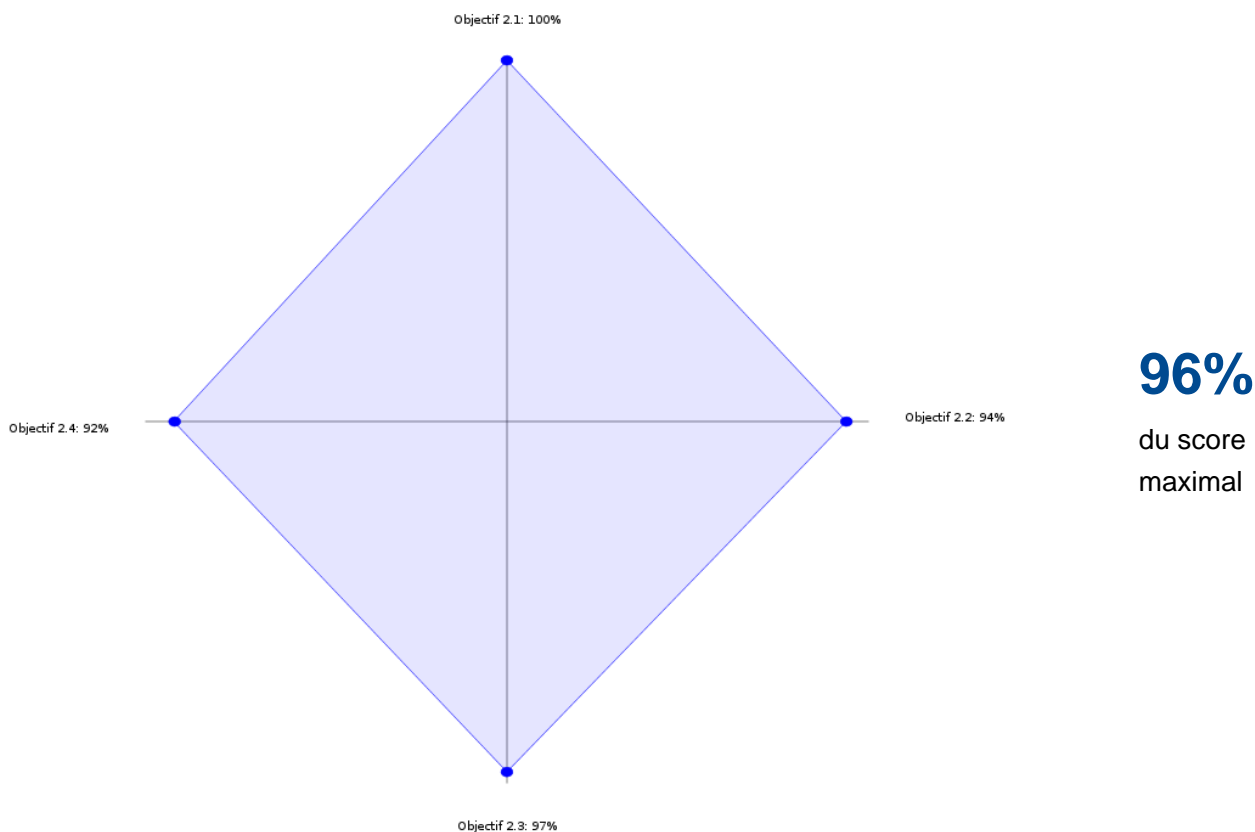


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	96%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

L'offre de soins du Centre Hospitalier de Sainte Foix Les Lyon (CHSFLL) est organisée en deux pôles médicotecniques et deux pôles d'activité clinique : ces derniers sont constitués d'un pôle Naissance et Pathologies de la Femme regroupant anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique- pédiatrie-maternité de type 1 (33 lits) et d'un pôle Gériatrie composé de la Médecine (22 lits), du SMR (32 lits) et d'un EHPAD. La maternité de type 1 propose, en complément de la prise en charge conventionnelle, des soins connus voire recherchés par la patientèle (homéopathie, acupuncture...). Dans tous les secteurs d'activité clinique, l'information apportée au patient est claire et adaptée à chaque étape de la prise en charge. Lors de l'admission, le patient reçoit les informations sur le service, le livret d'accueil lui est remis et expliqué en prenant en compte le contexte d'admission et la compréhension du patient. Une carte présentant les personnes à

joindre pendant le séjour (avec leurs coordonnées) est également donnée au patient. Depuis la visite de certification CQSS initiale, une attention a été apportée sur le projet de naissance et sa traçabilité ainsi que sur la présentation du rôle des Représentants d'Usagers (RU) et les modalités permettant de les contacter (flyer joint au livret d'accueil). En lien, le nombre de réclamations annuel témoigne d'une capacité de mobilisation de ce dispositif par le patient. Les RU ont également rencontré les équipes de soins afin d'explicitier leur rôle et l'information à relayer auprès des patients. En complément, des documents d'information ainsi que des messages de santé publique et de prévention sont retrouvés dans les services ou espaces d'accueil sous forme d'affichage (chartes liées à l'hospitalisation ou au handicap, missions de la CDU...). Le recueil de la personne à prévenir et de la personne de confiance ainsi que la recherche de directives anticipées sont tracés dans le dossier du patient. Lors de l'administration de produits sanguins labiles (PSL), le patient est rencontré par le médecin anesthésiste qui l'informe sur la nécessité de la transfusion et de ses risques et des documents explicatifs lui sont remis. Concernant leur implication, les patients expriment leur consentement libre et éclairé sur le projet de soins et ce consentement est également tracé dans le dossier. Une bonne partie des patients rencontrés est informée des modalités permettant de contacter les RU et est invitée à faire part de son expérience et exprimer sa satisfaction. Toutefois la possibilité de soumettre une réclamation durant et après son séjour ou de déclarer tout évènement indésirable associé à ses soins reste méconnue. En matière de respect du patient, l'environnement est propre et les locaux sont bien entretenus. Du point de vue du patient, les conditions d'accueil et de prise en charge respectent sa dignité et son intimité. En illustration, une signalétique est en place pour les patients désirant que leur porte de chambre reste ouverte. Dans les chambres doubles, des équipements sont en place (rideau) et en gynécologie, une réhabilitation des chambres, avec douche individuelle, a été effectuée. Les pratiques médico-soignantes respectent également les droits du patient et la confidentialité des données le concernant. Les professionnels sont clairement identifiés par des badges précisant notamment leur profession et des formations sur les droits du patient leur sont régulièrement proposées (personne de confiance, directives anticipées, contention...). Pour les personnes dépendantes, en situation de handicap ou vulnérables, les pratiques médico-soignantes visent au maintien voire au renforcement de leur autonomie tout au long de la prise en charge. Durant la visite, les experts-visiteurs n'ont pas constaté de contention mais son recours relève d'une décision médicale, d'une prescription et d'un suivi tracés. Concernant la prise en charge de la douleur, son évaluation et sa réévaluation sont tracées à l'admission et durant tout le séjour sur l'ensemble des services et les prescriptions conditionnelles s'appuient sur l'utilisation d'échelles d'évaluation ou des indications précises du niveau de douleur dans la décision de prise en compte du « si besoin ». Avec l'accord du patient, l'implication des proches et aidants dans la mise en œuvre du projet de soins est favorisée et recherchée. Les coparents peuvent dormir à la maternité, des salons sont à disposition des familles et la présence des proches et/ou aidants est également facilitée en dehors des heures de visite lorsque la situation le nécessite. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dès son admission et durant tout son séjour mais également lors de la préparation de sa sortie. Ainsi, dès l'entrée dans un service, un recueil détaillé de données est réalisé afin de prendre en compte les besoins du patients et ses habitudes de vie. Si besoin (précarité, personne vulnérable...), l'assistante sociale peut être sollicitée.

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	94%
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	92%

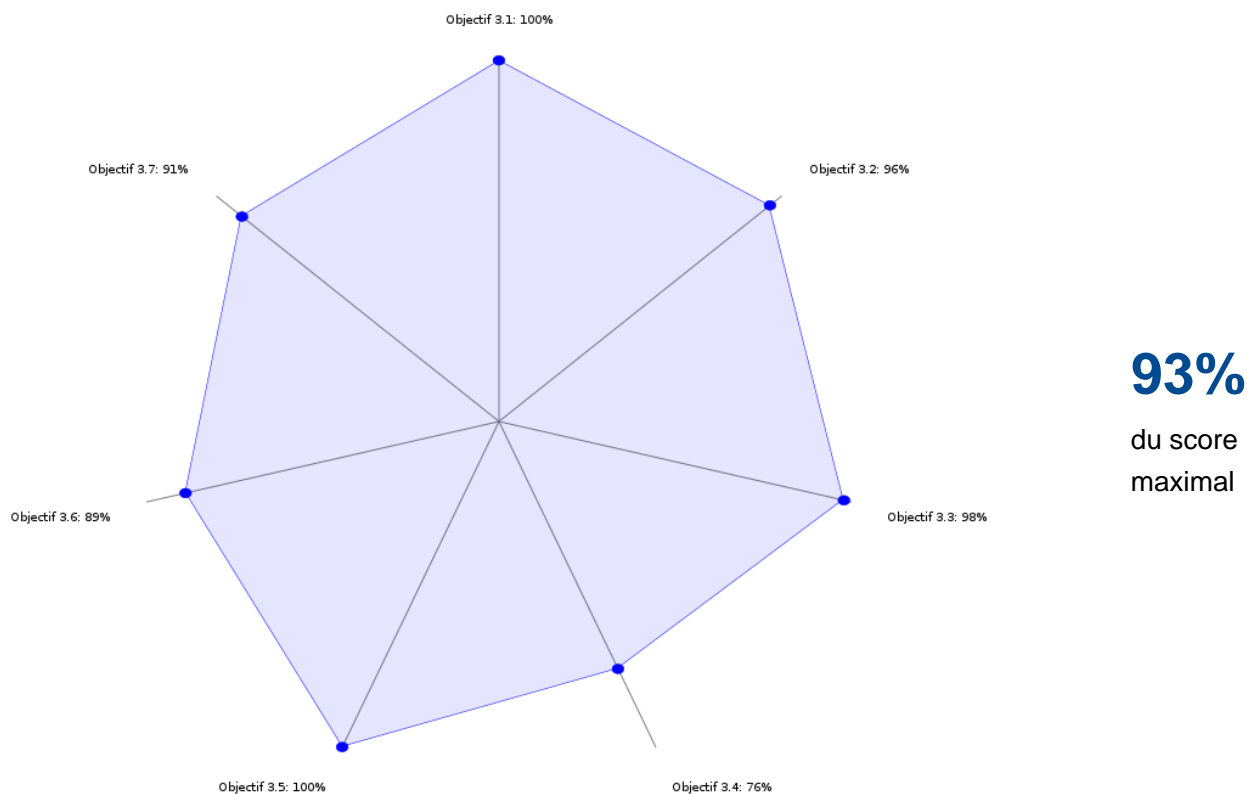
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions (notamment pour les antibiotiques et la transfusion des produits sanguins labiles) est argumentée et réévaluée au sein des équipes dans le cadre de concertations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles organisées dans l'ensemble des services. Les dossiers consultés témoignent des analyses réalisées et des décisions et orientations données à toutes les étapes de la prise en charge. Dans les services, les équipes s'appuient sur des protocoles intégrant les recommandations de bonnes pratiques et régulièrement actualisés. La coordination de l'équipe s'effectue autour du dossier patient et du projet de soin, élaboré avec le patient et/ou ses proches, actualisé à toutes les étapes de la prise en charge et tracé dans le DPI. Le parcours traceur réalisé en gynécologie-obstétrique avec la prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) illustre bien l'argumentation, aux différents stades de la prise en

charge, de la pertinence des actes et prescriptions proposées et de l'implication de la patiente (projet de soins coconstruit avec la patiente notamment pour prendre en compte son choix dans la méthode d'IVG, documentation d'information intégrant le calendrier de suivi remis à la patiente à l'issue de la consultation d'orthogénie, participation des sage-femmes au staff social avec les professionnels de la PMI et l'assistante sociale, personnel formé à l'entretien psychologique, vigilance en matière de confidentialité, plateau interventionnel et parcours physique IVG dédiés, réunion hebdomadaire de programmation au bloc opératoire, partenariat avec le centre d'orthogénie Lyon Sud...). Pour une meilleure efficacité du parcours de soins du patient, notamment entre les secteurs de médecine et de SMR, une IDE coordonnatrice assure l'articulation des différents soins de support et des équipes pluridisciplinaires lors des transferts entre services. Sur le SMR, une commission d'admission est en place et la pertinence du maintien en SSR est évaluée chaque semaine en équipe pluridisciplinaire et tracée dans le DPI. Concernant l'antibiothérapie, toute prescription répond à une justification clinique et biologique, sa pertinence est argumentée et réévaluée (entre 48 et 72 heures et à J7 et revues réalisées sur la durée de prescription des antibiotiques pour les infections respiratoires basses et sur les prescriptions pour les infections urinaires). Un protocole est en place quant au bon usage des antibiotiques et les médecins ont accès à un guide dématérialisé sur les maladies infectieuses et tropicales. Ils peuvent également faire appel à une équipe d'infectiologues 7 jours sur 7 (convention en place) avec un référent qui se déplace sur l'établissement si nécessaire. Celui-ci organise également des séances de sensibilisation quant au bon usage des antibiotiques auprès des prescripteurs de l'établissement. De même, pour les produits sanguins labiles, les équipes disposent d'un dépôt de sang en lien avec le CTS et maîtrisent la sécurité transfusionnelle (dossier transfusionnel tenu à jour, protocoles connus des professionnels, EI déclarés). Un audit sur la traçabilité du dossier transfusionnel est effectué annuellement. Une revue de pertinence sur la prescription des PSL a été réalisée en juillet 2023, avec analyse des résultats. L'établissement ne pratique pas de téléconsultations mais la coordination des prises en charge peut être renforcée si nécessaire par le recours à des professionnels ou équipes spécialisées du GHT ou du territoire de santé (équipe mobile de soins palliatifs, pédopsychiatres...). Le dossier patient informatisé est déployé dans l'ensemble des services. Ce DPI, partagé dans sa version de base avec les autres établissements des HCL, permet l'échange des données essentielles à la continuité des prises en charge. Seul le dossier d'anesthésie est encore papier. Mais il est systématiquement scanné (avec la feuille d'écologie et la checklist) dans le DPI et tous les professionnels impliqués peuvent partager, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient. La lettre de liaison répond aux attendus dans son contenu. Elle est systématiquement élaborée (également lors des transferts entre services, de médecine à SMR par exemple) et elle est remise au patient et adressée à son médecin traitant le jour de la sortie. L'établissement a identifié des profils de patient pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux et la démarche est aujourd'hui engagée (une vingtaine de patients concernés au moment de la visite). Sur le secteur interventionnel, les programmations sont coordonnées avec une priorisation des urgences. L'analyse des écarts de programmation n'est toutefois pas réalisée : les équipes du bloc tracent bien la déprogrammation des patientes en rayant leur nom et en identifiant la cause. Cependant, il n'y a pas de suivi d'indicateurs sur ces déprogrammations ni de mise en place formelle de plans d'actions d'amélioration. La checklist au bloc opératoire est adaptée aux plateaux techniques interventionnels ; elle est également mise en œuvre de façon systématique et à chaque étape. Toutefois, un audit réalisé en 2022 a identifié que les professionnels n'étaient pas tous présents lors de la réalisation du temps 1 et 3. Un nouvel audit a été réalisé en juillet 2023, où nous retrouvons de nouveau l'absence de l'anesthésiste. Il n'est pas retrouvé d'actions dans le PAQSS, suite à ce 2ème audit, ni d'indicateur de suivi, permettant d'assurer que la checklist est aujourd'hui réalisée systématiquement en présence des personnes concernées. Les investigations menées durant la visite montrent que la sortie de SSPI est validée (signée par MAR ou selon score). Le circuit de chirurgie ambulatoire est bien défini. Un passeport comporte toutes les informations nécessaires à la patiente (consultations de chirurgie et d'anesthésiste, date de RDV, Appel de la veille + appel du lendemain). La sortie d'hospitalisation est validée par le MAR et le patient à sa sortie reçoit CR opératoire, ordonnance et lettre de liaison. Pour les vigilances sanitaires, les équipes

connaissent les domaines et référents intéressant l'établissement ainsi que les procédures de signalements et d'alertes ascendantes et descendantes. Les pratiques en matière d'identitovigilance sont maîtrisées (port du bracelet et vérifications régulières de l'identité). Concernant la sécurité transfusionnelle, les équipes connaissent les règles et recommandations et analysent leur pratique (suivi d'indicateurs : taux de transfusion, taux d'HPPI...). Le dépôt de sang est opérationnel permettant un accès rapide à des produits sanguins labiles (PSL) dans les situations d'urgence. Un médecin est disponible en cas de complication (anesthésiste de garde, interne de garde). Le dossier transfusionnel est papier mais l'indication de la transfusion est tracée dans le DPI ainsi que l'information au patient et son consentement (ordonnance scannée). La prescription de la transfusion est également papier (formulaire EFS) et on y retrouve la justification du délai de transfusion. Le transport des PSL est assuré par un prestataire (convention avec l'établissement). Il existe un programme de formation reprenant pour chaque professionnels les formations réalisées (par l'EFS, par le correspondant en hémovigilance ...). Les éléments de surveillance pré-transfusionnel sont connus et tracés dans la check-list de l'acte transfusionnel. L'équipe connaît également les éléments de prévention des complications graves d'œdème aigu de surcharge post-transfusionnelle. Les prélèvements immunologiques sont réalisés par un laboratoire externe. La nuit ou pour les urgences, c'est l'EFS qui assure les analyses. Les équipes maîtrisent le risque infectieux avec des tenues conformes, de bonnes pratiques d'hygiène des mains et le respect des précautions standards et complémentaires liées notamment au circuit des dispositifs médicaux. L'équipe sectorielle de prévention du risque infectieux (ESPRI) des HCL intervient régulièrement sur l'établissement, dans les services et en instances (CLIN notamment) et une infirmière de l'établissement est actuellement en formation (DU hygiène hospitalière). Des correspondants en hygiène sont identifiés dans tous les services (7 réunions en 2023). Des rappels et des actions de sensibilisation sont proposées (précautions, vaccinations...), des exercices de simulation (sondage urinaire...) et des audits sont réalisés plusieurs fois/an dans tous les services. Les protocoles sont régulièrement actualisés pour les précautions standards et complémentaires et connus des professionnels. Des visites de risque sont effectuées par l'équipe ESPRI (au BO en 2022). Des audits bionettoyage sont également programmés. Un audit sur l'antibioprophylaxie a été réalisé en 2022 avec pour objectif l'évaluation de la conformité des pratiques en chirurgie et le protocole existant a été récemment actualisé (novembre 2023). Le circuit de désinfection des DM réutilisables est bien protocolisé ainsi que sa traçabilité. L'établissement n'ayant pas de service de stérilisation du matériel, il est fait appel à un prestataire externe avec lequel les procédures sont rédigées et des échanges réalisés pour permettre une visualisation des tâches chez chacun des partenaires. La traçabilité du matériel est également présente dans le compte-rendu de l'examen. Durant la visite, deux points d'amélioration ont toutefois pu être constatés quant à la maîtrise du risque infectieux liés aux dispositifs invasifs : la réévaluation périodique de leur maintien, d'une part, et le respect des bonnes pratiques de pose et de surveillance d'un DMI (point de ponction) d'autre part. Concernant la prise en charge médicamenteuse, le circuit du médicament est organisé et sécurisé. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescriptions et la dispensation des médicaments, qui diffère selon le secteur d'activité (Dispensation journalière individuelle nominative DJIN pour la Médecine/Dispensation hebdomadaire individuelle nominative DHIN pour le SMR/Dispensation nominative reglobalisée pour la maternité) est toutefois sécurisée. Pour les demandes en urgence d'un médicament en dehors du temps de présence du pharmacien, un protocole a été élaboré et un logigramme est affiché sur l'armoire à pharmacie des services. Il prévoit le recours à un stock tampon, en dehors de la PUI avec un accès sécurisé (code changé systématiquement et connu exclusivement par l'administrateur de garde). Le transport des médicaments est sécurisé, l'établissement ayant corrigé le dysfonctionnement constaté en visite initiale pour l'approvisionnement des stupéfiants. Un émargement est effectué à l'arrivée de l'armoire de médicament dans le service. S'il s'agit d'un produit thermosensible, un auto-collant est apposé sur l'armoire et l'IDE est systématiquement prévenu pour son stockage immédiat. Les médicaments thermosensibles sont dans des contenants isothermes. Dans les armoires à médicaments mais aussi dans le DPI, des logos sont apposés pour préciser si le médicament est écrasable et/ou ouverture de gélule possible. Une liste des médicaments à risque (MAR) est affichée dans chaque salle de soins et des signalétiques d'alertes sont en place dans les équipements de stockage. Le DPI

alerte également les professionnels s'il s'agit de médicaments à risque lors de leur prescription mais aussi lors de leur administration. De nombreuses séances de sensibilisations sur les médicaments à risques sont proposées aux professionnels et des actions de formation sur les erreurs médicamenteuses sont inscrites au plan de formation. Les rencontres avec les professionnels confirment ce niveau d'appropriation. L'analyse pharmaceutique est toutefois sujette à amélioration car elle n'est pas exhaustive. Si l'établissement s'applique à assurer au mieux l'analyse des premières prescriptions, à l'admission, elles ne sont plus systématiques lors de leur réévaluation. De même, la durée moyenne de séjour (3 jours) en maternité ne favorise pas l'analyse pharmaceutique de toutes les prescriptions. L'établissement, conscient de ce problème (soulevé du reste en visite initiale) a donné la priorité aux entrées des services de médecine et de SMR (patients âgés, poly médiqués et polypathologiques) et aux prescriptions comportant des médicaments à risque. Le recrutement prochain d'un second pharmacien (à 70%) devrait permettre d'améliorer cette situation. Concernant la maîtrise des risques liées à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI), des audits (EPP) ont été réalisés en 2022 et 2023. Un plan d'action est mis en œuvre avec pour résultat une baisse des HPPI en 2023. La procédure d'urgence est connue des professionnels. Le transport interne des patients est assuré par l'établissement. Un agent brancardier assure cette mission pour les services médecine et SMR. Dans les autres secteurs d'activité, cette tâche est confiée au personnel du service (sage-femme, IDE...). Dans les faits, il n'y a pas de délai d'attente et la prestation, réalisée au moment opportun satisfait les services. La maintenance et le renouvellement du matériel sont assurés. Toutefois, la nécessité d'une actualisation régulière des connaissances et pratiques des personnels quant au transport du patient n'est pas réinterrogée. Concernant l'amélioration de leurs pratiques par les équipes médico-soignantes, diverses évaluations sont mises en places. Elles sont initiées aujourd'hui au regard de la satisfaction et l'expérience du patient (4 Patients Traceurs réalisés en médecine et 2 en SMR en 2023 par exemple ou encore les « audits hospitalité » réalisés par les RU). Les IQSS, plaintes et réclamations sont également pris en compte par les équipes médico-soignantes et font l'objet d'actions d'amélioration. Les EIAS dont les presque accidents sont également déclarés et partagés. Des RMM (5 en 2022, une en 2023) ainsi que des REMED sont organisées en fonction des événements recensés dans le service. Enfin, une démarche d'évaluation clinique des résultats est menée au sein du service gynécologie obstétrique avec une analyse de la prise en charge des hémorragies du post-partum depuis 2022 et pour laquelle des indicateurs de suivi ont été mis en place. Cette démarche est également retrouvée au sein du service de médecine et SMR avec un suivi de la pertinence des transfusions analysé annuellement. L'établissement n'a pas développé toutefois d'analyse régulière de ses déclarations d'EIAS ni de démarche d'évaluation des résultats cliniques sur des échantillons de patients.

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	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	76%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	89%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	91%

Le CHSFL est membre du GHT VAL RHÔNE CENTRE et du HUB Sud lyonnais. Avec ou hors GHT, des coopérations facilitant la coordination et la fluidité des parcours sont en place pour la gériatrie, l'HAD, la gynécologie, les urgences, la pédopsychiatrie, l'hémovigilance, l'infectiovigilance... Si nécessaire, l'établissement fait appel aux équipes mobiles des établissements partenaires (soins palliatifs, psychiatrie...). Il

s'inscrit également dans diverses démarches de réseau (périnatalité, PMI...). Dans le cadre d'une filière gériatrique, des liens sont tout particulièrement établis avec les urgences des HCL (appel quotidien d'une IDE de coordination) et la médecine de ville pour des admissions directes de personnes âgées sans passage aux urgences. Des modalités sont en place afin de permettre aux patients, familles, professionnels extérieurs de contacter facilement les services (RRO actualisé, accès téléphoniques directs, carte de visite...). En complément, une messagerie sécurisée garantit la confidentialité des échanges entre les professionnels contribuant aux prises en charge. L'établissement n'est pas investi de missions universitaires mais la recherche clinique est promue et les demandes internes sont soutenues. Des formations à la recherche sont proposées et des projets d'inclusions de patients dans des essais cliniques sont envisagés. En matière d'engagement des patients, le recueil de sa satisfaction et de l'expérience du patient repose sur le questionnaire de sortie, e-Satis et des enquêtes ponctuelles (hôtelières, logistiques...). Mais des rencontres direction-patient et des « audits hospitalité » réalisés par les RU sont également proposés. L'établissement n'est cependant pas engagé aujourd'hui dans l'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'expérience de patients (PREMS) ni sur sa perception du résultat de la prise en charge sur sa santé (PROMS). La mobilisation de l'expertise du patient est initiée sur le pôle Naissance et pathologies de la Femme (identification de patientes partenaires en cours et mise en place de groupes paroles post-partum prévue en 2024). Un patient partenaire a également été identifié dans le cadre de la mise en place de l'hôpital de jour. L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs (Charte de bientraitance, procédure de signalement, enquête suite à alerte, actions de formation au plan annuel et sensibilisations des professionnels aux situations à risque et facteurs de maltraitance, journées qualité, séminaires médico-soignants, staffs médicosociaux sur le territoire...). Des actions d'amélioration sont régulièrement mises en œuvre (information systématique du patient la veille d'un examen, amélioration du parcours IVG, mise en place d'un paravent à l'entrée du BO, présence du coparent en césarienne, changement des fauteuils patients, prise en charge du deuil périnatal...). L'établissement recense les cas de maltraitance dans le PMSI mais il n'est toutefois pas réalisé d'évaluation annuelle du repérage des situations de maltraitance. Concernant la structure, l'accessibilité aux locaux et l'accès aux soins pour les personnes vulnérables ou vivant avec un handicap sont majoritairement favorisés notamment pour les personnes à mobilité réduite. Après signature de la Charte Romain Jacob programmée en avril 2024, l'établissement prévoit la mise en place de groupes de travail incluant les RU et des patients vivant avec un handicap. Pour les patients vulnérables, le service social de l'établissement intervient sur l'ensemble des services. L'accès du patient à son dossier médical est organisé et les délais de réponse sont suivis et analysés. Les RU sont impliqués dans les instances ou commissions. Mais ils participent également aux journées qualité, aux séminaires médico-soignants, au recueil de la satisfaction du patient (audit hospitalité)... Des rencontres avec le service qualité sont régulièrement organisées pour, notamment, la co-construction de grille et la réalisation d'audits ou encore la participation à certaines médiations. La CDU est opérationnelle et le Projet des usagers a été coconstruit avec les professionnels de l'établissement. Il comprend 4 axes (Faire connaître la CDU et les RU, développer l'expérience patient, intégrer les RU à la démarche qualité, contribuer au respect des usagers) et a été validé en CDU en octobre 2023. La gouvernance est mobilisée et le management est fondé sur la qualité et la sécurité des soins : implication de la direction et de l'encadrement, de la CME et ses sous commissions, des RU et de la CDU, mise en place de groupes de travail (bientraitance, RSE, contention, douleur). Des référents institutionnels sont désignés (alimentation-nutrition, douleur, hygiène, médicaments, dépôt de sang, infectiologie) et de nombreux professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins (CLIN, CLUD, CLAN, groupes de travail...). Le PAQSS est coconstruit avec les professionnels et son évaluation est régulièrement assurée lors d'audits. ... 19 actions de sensibilisation des professionnels sur la qualité-gestion des risques et la certification ont été organisées entre juillet et décembre 2023 (par le service qualité, la pharmacienne, la correspondante hygiène...). Deux journées qualité ont également été proposées en 2022 et des cafés qualité ainsi que des soirées-rencontres permettent d'échanger sur les pratiques et la certification. En termes d'évaluation de la culture sécurité des soins, diverses actions ont été menées (audits d'observation, quick audit, questionnaire de satisfaction sur la certification) mais

l'établissement n'a pas réalisé d'enquête culture de sécurité des soins auprès de l'ensemble des personnels lui permettant d'apprécier le niveau d'appropriation de ses professionnels et services quant au management de la qualité et de la gestion des risques, le PAQSS, les indicateurs... et de leur en faire un retour. En matière de gestion du personnel, différents outils et leviers ont été mis en place afin d'adapter les ressources en fonction des besoins et de l'activité (suivi de l'absentéisme et de l'activité, pools de vacataires par service et par grade, plateforme HUBLO, recours à l'intérim). Des actions visant à plus d'attractivité pour le personnel sont proposées (organisation du travail, développement de projets, remboursement des abonnements transport, forfait mobilité durable, CODIR élargi...). Les managers disposent de différents temps utiles au partage d'expérience (CODIR élargi, séminaires) ainsi que de formations ou de coaching en management (rencontre nationale FHF des cadres, enjeux interpersonnels dans les organisations, accompagner le chef de service dans sa prise de fonction managériale, coaching/médiation individuel et collectif). Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe sont régulièrement mises en place au gré notamment des projets institutionnels (mise en place de l'HDJ Médecine/SMR, groupes de travail sur les contentions, les risques environnementaux...). Une démarche de labélisation Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) est engagée depuis deux ans. La sensibilisation des professionnels à la cohésion en travail en équipe a été initiée dans le cadre de séminaires (juillet, septembre et novembre 2023 portant sur les valeurs institutionnelles à prioriser pour le CHSFL) et qui ont conduit à la mise en place d'ateliers thématiques et des groupes de réflexion sur les organisations et le temps de travail. L'établissement n'a toutefois pas développé de démarches spécifiques d'amélioration du travail (de type Pacte ou accréditation des équipes). En termes de développement des connaissances et compétences individuelles, l'établissement favorise les études promotionnelles pour les IDE et les AS et la validation des acquis de l'expérience (VAE). Les professionnels ont accès à différents Diplômes Universitaires, congrès... et chaque service programme des formations permettant l'innovation ou l'optimisation des pratiques professionnelles. Une formation sur la réflexion éthique dans les pratiques professionnelles a été inscrite au plan annuel (participation d'une cadre supérieure, 6 IDE, 3 sage-femmes, 1 ASD, 1 ASH). Suite à la crise sanitaire, la réflexion éthique nécessite d'être redynamisée. Son cadre opérationnel, qui n'intègre pas pour l'heure les RU, est envisagé à deux niveaux à partir de 2024, sur le GHT et sur le CHSFL. Une première réunion du groupe éthique est prévue en janvier, en concertation avec l'instance éthique du GHT, ainsi que la mise en place d'un groupe éthique indépendant au sein de l'établissement. La démarche QVT est engagée sur la base du baromètre social 2023 et le suivi d'indicateurs (absentéisme et accidents du travail). En interne, des Appels A Projet (AAP) sur la santé et le bien-être au travail ont mobilisé les professionnels (5 dossiers déposés et 2 retenus avec pour actions au bénéfice du personnel, des cours de sport et de yoga et l'achat d'un fauteuil massant). Pour la gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits, les professionnels peuvent avoir recours à un psychologue. Un dispositif de médiation est en place au sein du GHT et le personnel médical peut bénéficier au niveau territorial d'un dispositif de conciliation (Concilyon). Concernant les risques auxquels le CHSFL peut être confronté, si l'établissement n'a pas à gérer de tensions saisonnières, il a toutefois mis en place une organisation permettant de faire face aux autres situations de crise. Une gestion des tensions sur les lits est organisée (suivi hebdomadaire en lien avec le HUB Sud Lyon et réunion des praticiens de médecine, du SMR et de l'EHPAD tous les vendredi). Des formations sur la prévention du risque suicidaire, l'agressivité dans le quotidien professionnel, les bonnes pratiques transfusionnelles, la prévention des erreurs médicamenteuses... sont inscrites au plan annuel de formation. Le Plan blanc a été récemment actualisé mais il ne prévoit pas le suivi opérationnel des équipements et dispositifs nécessaires aux différentes gestions de crise. Un exercice a été réalisé en novembre 2023 (cyber-attaque). Durant l'exercice, l'opérationnalité de la cellule de crise en moins de 45 min n'a toutefois pas été évaluée et le RETEX vient d'être communiqué aux membres de la cellule de crise et n'a pas encore été diffusé au personnel. Concernant le risque numérique, les dysfonctionnements constatés en visite initiale ont pu être levés (adresse mail pour tous les professionnels, sensibilisation via l'écran de veille, changement de mot de passe tous les trois mois). De même, pour la sécurité des biens et des personnes, un agent de sécurité est désormais présent de 20h00 à 7h00 et 24 h/24 les jours fériés et le week-end, une vidéo surveillance et des barrières de sécurité

ont été installées. Un PSE a été établi avec une société de sécurité. Concernant la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE), la démarche est engagée : un bilan carbone a été réalisé en novembre 2022, un COPIL RSE a été mis en place avec mobilisation des professionnels afin d'identifier les axes de travail à prioriser. L'élaboration de la politique en matière de développement durable ainsi que ses modalités de pilotage sont programmés pour 2024. Diverses actions sont toutefois engagées (mise en place du covoiturage, étude d'opportunité sur les travaux énergétique, mise en place du tri des déchets alimentaires...). Pour la prise en charge des urgences vitales, il existe un numéro d'appel unique (priorisant l'anesthésiste de garde puis l'interne de garde) et la conduite à tenir est affichée dans tous les services. La dotation en chariots d'urgence a été définie pour l'ensemble des services avec des spécificités pour certaines activités (présence en plus d'une boîte de césarienne pour la maternité par exemple). Les équipements sont contrôlés avec traçabilité systématique. La formation du personnel est assurée mais elle doit toutefois être étendue à l'ensemble des professionnels concernés (IADE et IBODE notamment). En outre, hormis sur la maternité et la gynécologie-obstétrique (pour les urgences obstétricales et la réanimation du bébé avec une Sage-Femme et un pédiatre formateurs), il n'est pas réalisé d'exercices de simulation dans les autres services. Concernant la dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, la gouvernance a placé la qualité et la sécurité des soins au cœur des enjeux stratégiques de l'établissement avec une politique qualité construite en cohérence avec le terrain et les impératifs règlementaires et avec l'implication des instances et des sous-commissions de la CME. En lien, les équipes sont mobilisées dans la maîtrise des bonnes pratiques (lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, EPP-revues de pertinence des prescriptions, conciliation médicamenteuse, prise en charge de l'HPPI, prise en charge de la transfusion...). Quelques services effectuent des évaluations de leur activité (taux de ré hospitalisation et de décès de janvier à octobre 2023, pour la médecine et le SMR ; étude des maintiens, transferts et nouvelles orientations en maternité-gynécologie-obstétrique). Des revues de pertinence des admissions et séjours sont partiellement développées sur l'établissement. Les professionnels connaissent les événements indésirables associés aux soins dont les presque accidents déclarés dans l'établissement en lien avec leurs secteurs d'activités. Un document liste les EIAS et EIGAS pouvant être signalés par les professionnels. Le suivi des EI se fait en COVIRIS et les professionnels participent aux analyses de causes (méthode ALARM). Les actions mises en place sont connues des professionnels du services qui témoignent de leur réalisation sur le terrain. Le PAQSS intègre des actions prenant en compte l'expérience patient : questionnaire de sortie, audit hospitalité (réalisé par RU), patients traceurs, rencontres direction-usagers... Mais les actions d'amélioration issues de ces retours d'expérience et tout particulièrement les recommandations de la CDU ne sont pas connues des professionnels. Des indicateurs nationaux ou spécifiques sont suivis, présentés en instances et font l'objet d'un plan d'actions spécifié dans le PAQSS. Ces indicateurs sont communiqués aux équipes lors des relèves et staffs soignants et sont affichés (« Qualigraph ») dans tous les services et connus des professionnels. La démarche d'accréditation des médecins et des équipes des secteurs à risque vient d'être promue par la gouvernance (Appel à candidatures) mais, pour l'heure, un seul praticien (nouvellement embauché) est accrédité. 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 : Systématiser la complétude de la check-list en présence de l'ensemble des intervenants. Analyser les écarts de programmation opératoire. Renforcer la démarche de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : suivi opérationnel des équipements et dispositifs nécessaires aux différentes gestions de crise et évaluation du déclenchement de la cellule de crise Renforcer l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels : connaissance des recommandations de la CDU et la démarche d'évaluation des résultats cliniques

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	690780044	CH DE SAINTE-FOY-LES-LYON	78 chemin de montray 69110 Sainte-Foy-Les-Lyon FRANCE
Établissement principal	690000021	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE FOY LES LYON	78 chemin de montray 69110 Sainte Foy Les Lyon FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	22
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	33
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	22
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	32
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	2
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		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
7	Traceur ciblé			PSL
8	Audit système			
9	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

10	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
11	Audit système			
12	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Traceur ciblé			EIG
14	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Traceur ciblé			Antibio / Injectable / Médicament à risque
16	Audit système			
17	Traceur ciblé			Médicament à risque / Injectable
18	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
19	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Audit système			

21	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Audit système			
27	Traceur ciblé			Antibio / Injectable / Médicament à risque
28	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Traceur ciblé			Per opératoire + Antibio prophylaxie
30	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

31	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
34	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
35	Audit système			
36	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
37	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
38	Audit système			
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

42	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
46	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
47	Audit système			
48	Traceur ciblé			Per opératoire + Antibio prophylaxie
49	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Audit système			
51	Audit système			
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

52	traceur		Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
53	Audit système			
54	Traceur ciblé			Gestion des EI
55	Traceur ciblé			Gestion des PSL
56	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
57	Audit système			
58	Audit système			

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

