



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE GUERET**

39, avenue de la senatorerie

Bp 159

23011 Gueret



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
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	28

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE GUERET	
Adresse	39, avenue de la senatorerie Bp 159 23011 Gueret Cedex
Département / Région	Creuse / Nouvelle-Aquitaine
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	230780041	CENTRE HOSPITALIER DE GUERET	39, avenue de la senatorerie Bp 159 23011 Gueret Cedex 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
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
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Les entretiens effectués avec les patients et les professionnels rencontrés dans tous les pôles et services du Centre Hospitalier (CH) de Guéret, montrent que le patient est informé et impliqué dans sa prise en charge, ainsi que le détenu de la maison d'arrêt de Guéret dont le CH assure par convention avec les tutelles concernées « la dispensation des soins et la coordination des actions de prévention ». Il reçoit une information claire, sur son état de santé, les hypothèses et confirmation diagnostique qui lui permettent de participer à l'évaluation de l'analyse bénéfices-risques et d'exprimer son consentement libre et éclairé sur son projet personnalisé de soins de toutes les prises en charge réalisées au CH en médecine, soins médicaux et de réadaptation (SMR), soins de longue durée (SLD), lors des actes interventionnels (chirurgie, endoscopie digestive), sur les modalités du traitement des cancers (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) pour les activités autorisées (cancer mammaire et gynécologique, digestif et urologique) et sur le projet de naissance en maternité. Le CH de Guéret prenant en charge en odontologie des mineurs présentant des troubles du comportement imposant une anesthésie générale, les titulaires de l'autorité parentale expriment leur consentement sur le projet de soins de leur enfant et les professionnels du CH invitent les enfants à s'exprimer, si cela est possible, sur leur projet de soins. Des messages de santé publique sont affichés dans tous les services du CH et un affichage sur le site internet public de l'établissement informe le patient sur les organismes et les plans d'actions de santé publique, coordonnées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, existant sur le territoire creusois. Les mêmes supports informent le patient sur ses droits : charte de la personne hospitalisée, charte européenne de l'enfant hospitalisé, charte de Romain-Jacob, charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, consentement éclairé, désignation d'une personne de confiance. En prévision de sa sortie, le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour, des produits sanguins labiles qui lui sont administrés, des modalités de prise en charge ambulatoire pré, per et post opératoire qui lui sont expliquées et rappelées dans un passeport ambulatoire et par appels téléphoniques de la veille et du lendemain tracé par l'IDE dans une check-list d'appels en format papier incluse dans le dossier du patient ; cependant, le patient n'est pas systématiquement informé lors de sa sortie, des éventuelles modifications de son traitement habituel, des nouveaux traitements prescrits et des consignes de suivi. La grande majorité des patients rencontrés pendant la visite, ne connaissent pas leur droit à rédiger les directives anticipées malgré les informations présentes dans le livret d'accueil et affichées dans les services, ni l'existence des représentants des usagers, qui disposent d'un espace des usagers, ouvert également aux associations, situé dans le hall d'accueil du CH avec un planning des permanences affiché et présent sur le site internet public du CH, d'un numéro de téléphone dédié et d'un affichage dans tous les services et parfois dans les chambres d'hospitalisation de leurs coordonnées. Les patients connaissent les modalités pour exprimer leur satisfaction ou leur expérience durant et après leur séjour mais ne savent pas qu'ils peuvent soumettre une réclamation ou déclarer un Évènement Indésirable Associé à ses Soins (EIAS). En situation de fin de vie, le patient peut accéder aux soins palliatifs s'il le souhaite, et en l'absence de rédaction de directives anticipées, l'expression de sa volonté est recherchée auprès de sa personne de confiance ou de sa famille et ses proches. La prise en charge du patient par les professionnels, les locaux et équipements garantissent leur intimité et leur dignité. Dans le service d'accueil des urgences (SAU), les enfants et adolescents sont accueillis et hébergés dans un environnement dédié à l'adulte avec une salle d'attente commune. Il a été constaté de plus dans ce service qui reçoit quasiment 20% de patients mineurs, l'absence de circuit clairement identifié, l'existence d'une salle de soins étiquetée pédiatrique ne disposant pas de tout le matériel adapté et des professionnels qui ne sont pas formés aux spécificités de la prise en charge pédiatrique ; l'absence de matériels adaptés oblige les équipes à faire appel aux professionnels

du service de pédiatrie pour amener les dispositifs médicaux nécessaires (cathéter veineux notamment). L'anticipation des soins, la disponibilité des matériels et la formation des professionnels sont essentielles pour la prise en charge des urgences, en particulier chez l'enfant, qui ayant peu de réserves pulmonaires et cardiaques, décompensent brutalement. L'absence d'un environnement adapté à la sécurité et au bien-être des patients mineurs accueillis contrevient aux dispositions de la charte européenne des enfants hospitalisés que l'établissement a affiché dans ses unités de soins. L'établissement connaît cette problématique liée, en partie, aux conditions architecturales et les professionnels essaient, en fonction de l'affluence de patients, de prendre des mesures d'éloignement pour respecter l'intimité des mineurs. Un projet de restructuration du service des urgences est envisagé, sans échéance programmée. L'autonomie du patient en situation de handicap et/ou âgée est maintenue avec une évaluation systématique de son aptitude par les équipes. Le patient reçoit une aide pour répondre à ses besoins élémentaires. Il bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Pendant la visite, il n'a pas été possible de rencontrer des patients avec une contention mécanique, avec cependant l'observation pendant la visite, d'une contention prescrite « si besoin » chez une patiente en USLD, sans réévaluation médicale. La douleur est évaluée selon une échelle adaptée et prise en charge pour tous les patients dans tous les secteurs d'activité. Les proches et aidants sont peu sollicités et peu impliqués dans la mise œuvre du projet de soins du patient. Dans les situations cliniques difficiles, les horaires de visite sont adaptés pour faciliter la présence des proches et aidants, notamment en pédiatrie, en gériatrie et lors des prises en charge en soins palliatifs ; en maternité, la présence du futur co-parent auprès de la parturiente est encouragée et organisée. Le repérage de la vulnérabilité sociale est réalisé et le patient en situation de précarité sociale peut, s'il le souhaite être orienté vers l'assistante sociale ou le dispositif de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) animé par le CH qui prend en compte les difficultés financières, professionnelles, administratives ou familiales des patients et intervient en ce qui concerne leur accès au droit et aux soins (Aide Médicale d'État, coordination avec les services médico-sociaux, ...). Une psychologue des détenus intervient à la maison d'arrêt de Guéret. Les besoins et préférences des patients vivant avec un handicap sont évalués et intégrés dans le projet personnalisé de soins. Une prise en charge sociale, éducative et scolaire, est proposée, selon les besoins, à l'enfant ou à l'adolescent atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap. Le parcours du patient pris en charge dans l'Unité de Soins de Longue Durée située dans la Résidence Anna Quinquaud intégrée dans le pôle gérontologie clinique du CH de Guéret prend en compte les besoins du patient et ses volontés dans le projet de soins réalisé en équipe pluridisciplinaire ; il préserve les liens familiaux existants, propose des services (coiffeur, pédicurie..) et organise des activités de loisirs dans l'établissement (jardin thérapeutique, loto, activités manuelles...). La préparation de la sortie est anticipée et tient compte des conditions de vie habituelle du patient ; en maternité, le programme d'accompagnement du retour à domicile de l'Assurance Maladie (PRADO) est proposé aux mères après l'accouchement et une psychologue du centre médico-psychologique (CMP) est sollicitée si besoin. A la maison d'arrêt de Guéret, lors de la consultation d'entrée, un bilan addictologique est réalisé par l'IDE somatique, complété, en fonction de la demande de soins, vers une consultation de la psychologue ou l'IDE ou l'éducatrice spécialisée du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) référent.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe. Elles s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques actualisées, accessibles dans la gestion documentaire informatisée. En maternité, les équipes s'appuient sur les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et du Réseau Périnatal. Le CH, membre du réseau régional de cancérologie Nouvelle Aquitaine, disposant d'une autorisation pour la chirurgie carcinologique mammaire, gynécologique, urologique et digestive, des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) sont organisées avec les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) de la Creuse et de la Haute-Vienne pour valider les indications et les modalités des actes de chirurgie carcinologique ; en onco-hématologie ces RCP s'effectuent dans le cadre du réseau Hématolim. En radiothérapie, des revues de pertinence de prise en charge sont organisées de façon hebdomadaire. Les professionnels du SAMU argumentent avec l'équipe d'aval l'orientation du patient, connaissent et utilisent les filières d'admission directe des patients qui relèvent des services spécialisés de l'établissement (filière régionale d'accidents vasculaires cérébraux, unité de soins intensifs cardiologiques pour la prise en charge de l'infarctus myocardique, service de médecine gériatrique récemment rouvert et maternité). En SSR, lors des staffs pluri-disciplinaires, les demandes d'admission font l'objet d'une évaluation pluri-professionnelle ainsi que l'évaluation de la pertinence du maintien de la prise en charge. La prescription en Hospitalisation à Domicile (HAD) est envisagée et discutée avec le patient et son entourage, notamment en cancérologie, et réévaluée tout au long de sa prise en charge. Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et argumentées au regard des examens cliniques et microbiologiques. Les praticiens disposent de protocoles d'antibiothérapie et peuvent faire appel au médecin référent antibiotique ; ils bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques notamment ceux en cours de cursus. La réévaluation de la pertinence de la prescription entre la 24^{ième} et la 72^{ième} heure est assurée. L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion ; cependant, toutes les équipes ne procèdent pas à l'analyse de la pertinence des transfusions, seul le service de médecine hématologie réalise une analyse en RCP en lien avec le CHU de Limoges. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Chaque appelant au SAMU 23 bénéficie d'une régulation médicale dont la communication est tracée au sein du dossier de régulation médicale. Toutes les interventions du SAMU/SMUR font l'objet de l'ouverture d'un dossier médical pré-hospitalier dans lequel l'équipe trace tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient ; mais les équipes ne réalisent pas de revue régulière et d'analyse de leurs dossiers leur permettant de définir des actions d'améliorations de leurs pratiques. Dans le service des urgences, la prise en charge est tracée dans le dossier préhospitalier du SMUR et transmis avant l'arrivée du patient. Le médecin et l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil assurent aux patients une orientation adaptée à la prise en charge selon le degré d'urgence. Une affiche indiquant les critères de priorisation est disponible, cependant elle ne fait pas mention des délais d'attente. Une équipe de liaison psychiatrique assure une présence permanente aux urgences. L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement. Le dossier du patient est complet, avec intégration et traçabilité complète des informations, accessible aux professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, sur les deux supports institutionnel présent dans tous les services (sauf l'USLD) et les secteurs interventionnels : un dossier papier regroupant le dossier administratif, le dossier médical, le dossier de soins (ou le dossier obstétrical), les soins de support, et un dossier informatique (DPI) utilisé pour la prescription et l'administration médicamenteuse par les IDE ainsi que la traçabilité des actes infirmiers et des constantes ; le dossier en USLD est entièrement informatisé. Un programme personnalisé de soins (PPS), adapté aux besoins et préférences du patient, tracé dans son dossier est construit par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, en

incluant les professionnels des soins de support, assistante sociale, diététicienne, psychologue est mis en œuvre et réévalué au cours du séjour. Le projet de naissance est réalisé avec la future maman et revu si besoin. L'accès au dossier par tous les professionnels, les temps de transmissions quotidiens, les réunions de service et les staffs cliniques, l'existence de filières structurées en cardiologie, en neurovasculaire, en orthopédie, permettent la coordination de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge et facilitent la réévaluation régulière du projet personnalisé de soins construit collectivement avec les professionnels, médicaux, soignants et les professionnels de soins de support. En raison d'un manque d'effectifs, la conciliation médicamenteuse est mise en œuvre dans l'établissement uniquement sur demande des praticiens. Les équipes se coordonnent lorsque le patient n'a pas été orienté dans le service adapté et elles peuvent faire appel à des professionnels experts internes. Les équipes peuvent faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise : IDE plaies et cicatrisation, équipe de liaison et de soins en addictologie, Équipe Mobile départementale de Soins Palliatifs, Équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de psychiatrie. La programmation opératoire est réalisée, conformément à l'article 6 de la charte de fonctionnement du bloc opératoire du Centre Hospitalier de Guéret actualisée en juin 2022, lors d'un staff de programmation hebdomadaire qui planifie et valide les interventions pour la semaine en tenant compte notamment de la disponibilité en personnel et en matériel, puis ordonnancée quotidiennement en tenant compte des annulations, des rajouts de patients et des urgences. Mais les équipes de chirurgie et d'anesthésie ne mettent pas en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des écarts de programmation. Des fiches de liaison papier tracent les transmissions des informations entre les équipes du bloc opératoire et celles des unités de soins ; toutefois la qualité des informations transmises n'est pas régulièrement analysée et de plus, cette fiche de liaison est systématiquement remplie par les services de soins mais jamais par le bloc en retour de l'acte chirurgical. La check-list « sécurité du patient » est adaptée aux sites interventionnels (bloc opératoire, endoscopie, césarienne), réalisée de façon systématique et de manière collégiale à l'oral avec l'ensemble des opérateurs qui assurent la traçabilité en temps réel sur le document papier au bloc et en endoscopie, et informatiquement en maternité. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient, en particulier avec les professionnels et les équipes du secteur de pédiatrie et des espaces de consultations pédiatriques de l'établissement. Chez les patients en fin de vie, une prise en soins palliatifs est mise en œuvre ; elle est coordonnée, intègre les soins de support et fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Dans tous les secteurs de prise en charge du CH, en ambulatoire ou en hospitalisation complète, la lettre de liaison n'est pas toujours éditée le jour de sa sortie, et lorsqu'elle est disponible, elle est adressée au médecin traitant mais n'est pas remise au patient ; de plus, elle n'est pas, le plus souvent, conforme au modèle de courrier formalisé par l'établissement et notamment, elle ne comprend pas les prescriptions médicamenteuses actualisées. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles ; les correspondants vigilants sont désignés et connus des professionnels, les alertes ascendantes et descendantes fonctionnelles et la coordination avec les structures régionales et nationales est opérationnelle. Les prescriptions des médicaments sont toutes réalisées dans le DPI institutionnel de la clinique, y compris celles réalisées par les médecins anesthésistes en pré, per et post-opératoire, incluant les prémédications et les traitements personnels des patients. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. La pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique, évalue la pertinence des prescriptions avec prise en compte des interventions de la pharmacie ; toutefois, l'analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique du patient pour les patients dotés d'un dossier pharmaceutique hormis pour la rétrocession et le bilan thérapeutique n'est pas toujours présent dans le dossier du patient et dans la lettre de liaison, situation rencontrée lors de la rencontre des patients et décrite dans le chapitre 1 du rapport. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments : concordance entre le produit, la prescription et le patient, médicaments identifiables jusqu'à l'administration par l'IDE, traçabilité dans le DPI du motif de non administration et traçabilité chez le patient autonome dans la prise médicamenteuse de l'information sur ses médicaments et des consignes

d'administration. Les bonnes pratiques d'utilisation des médicaments à risque sont patiellement respectées à toutes les étapes du circuit. Les professionnels sont formés aux risques induits lors de l'utilisation de ces médicaments. Les médicaments à risque sont identifiés par un logo dans le tiroir des armoires sécurisées, sont stockées à distance des autres médicaments, et lors de la prescription des anticoagulants dans le DPI, le logo médicament à risque est visible ainsi que sur le plan de traitement de l'IDE. Cependant, il a été constaté dans toutes les unités de soins que la liste des médicaments à risque affichée sur l'armoire à pharmacie n'est pas adaptée et spécifique du service de soins et le stockage des médicaments à risque thermosensibles (insulines, curares entrant dans la dotation du chariot d'urgence) n'est pas sécurisé puisque contenu dans un réfrigérateur muni d'une serrure qui est non verrouillée lui même situé dans les salles de soins qui ne disposent pas d'un dispositif de fermeture sécurisé. Pendant la visite, l'établissement a été immédiatement réactif et a mis en place les actions d'amélioration nécessaire : l'établissement, qui avait fait le choix d'établir et de maintenir une liste commune de ces médicaments à risque afin que tous les professionnels du centre hospitalier les connaissent, a formalisé et affichée une liste adaptée à chaque service, y compris à l'USMP ; il a sécurisé le stockage avec fermeture des portes des réfrigérateurs et informé les professionnels. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques : les conditions de transport sont adaptées, réalisées dans des caisses isothermes pour les produits thermosensibles, les stupéfiants sont sécurisés dans des coffres verrouillés. Les contrôles quotidiens de température des réfrigérateurs contenant les médicaments thermosensibles sont effectuées et tracés. Chez le patient vulnérable et/ou âgé, les équipes de soins lui expliquent les modifications de son traitement, mais l'intégration du bilan thérapeutique n'est pas toujours retrouvée dans le dossier du patient et dans la lettre de liaison dont le contenu, hétérogène selon les services. Ce point d'amélioration est identifié et connu de l'établissement ; il est concordant avec les résultats de l'indicateur national qualité et sécurité des soins (IQQS) Qualité de la Lettre de liaison à la Sortie, très en dessous de l'attendu dans les secteurs médico-chirurgical et ambulatoire. Les équipes du CH assurent la traçabilité dans le dossier du patient et le dossier transfusionnel de la prescription et de l'administration de produits sanguins labiles et de la surveillance du patient lors de la transfusion ; le taux de destruction des produits est mesurée. Cependant, les équipes ne connaissent pas les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdème aigu pulmonaire de surcharge (TACO) ou lésionnels (TRALI). Le CH de Guéret a nommé en ce début d'année 2023, un nouveau correspondant hémovigilant qui a repris et mis en conformité selon la réglementation le Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémovigilance (CSTH) dont la composition a été mise à jour en septembre 2023. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques de l'hygiène des mains et les précautions adéquates standards et complémentaires ; cependant très peu d'équipes rencontrées pendant la visite connaissent le résultat de leur service pour la consommation de solutions hydro-alcooliques (SHA) et les actions d'amélioration mises en place. L'antibioprophylaxie encadrant les actes invasifs, est conforme aux protocoles de l'établissement actualisés, réalisés par spécialités, en fonction des dernières recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR). Le moment de l'injection de l'antibiotique est respecté et tracé dans le DPI ; cependant, les équipes n'évaluent quasiment pas leurs pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le professionnel référent en hygiène du bloc opératoire ou le médecin référent antibiotique. Le traitement et le stockage des dispositifs médicaux réutilisables sont assurés par des professionnels formés. Le service d'endoscopie de l'établissement est récent, les étapes de la désinfection des endoscopes souples thermosensibles, des appareils de désinfection et de stockage sont conformes aux bonnes pratiques ; la traçabilité de la désinfection est retrouvée dans le dossier du patient ainsi que la référence du dispositif utilisé. Les résultats des contrôles des prélèvements microbiologiques et le suivi des indicateurs de prévention des infections sont connus des équipes et suivi par l'infirmière hygiéniste. Cependant, les professionnels chargés de la désinfection, IDE et AS, ont des formations très anciennes qui n'ont pas été renouvelées pour obtenir une habilitation au traitement des endoscopes en ayant « une formation spécifique sur les procédés de nettoyage et de désinfection du matériel » afin d'être en conformité avec les recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) et les instructions de la DGOS

(Direction Générale de l'Offre de Soins) de 2016 et 2018. Les équipes disposent de protocoles de pose et d'entretien des dispositifs médicaux invasifs (DMI), respectent les bonnes pratiques de pose et de surveillance de ce DMI, dont la date de pose est tracée dans le DPI avec réévaluation de la pertinence de leur maintien ; toutefois, un point de vigilance concerne l'évaluation de la maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs qui mériterait d'être systématisée. Dans les secteurs interventionnels, les bonnes pratiques de gestion per opératoire du risque infectieux sont respectées, les protocoles de préparation du patient selon la spécialité appliqués et vérifiés avant l'acte interventionnel ; cependant, les équipes des secteurs interventionnels n'évaluent pas leurs pratiques en matière de précautions standards d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soins de la personne âgée sont recherchés, prévenus et traités précocement avec traçabilité dans le DPI. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées et donne accès gratuitement aux vaccinations. Les équipes sont sensibilisées à l'importance des vaccinations ; cependant, les cadres du CH ne connaissent pas le taux de couverture vaccinale des professionnels de leur unité. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants. Dans le dossier du patient sont tracés, la justification de l'acte, le matériel utilisé et la quantité de dose reçue au cours de la procédure. En cas d'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI), la procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels. Mais le matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum immédiat, est dispersé, rangé dans différents chariots, avec la sonde de Bakri accrochée au mur et les bons de commande de sang en urgences et les bons de demande d'examen dans une autre salle ; de plus, il n'y a pas de feuille de traçabilité du matériel. Pendant la visite, un chariot d'urgence HPPI a été commandé et en attendant sa livraison, une caisse facilement accessible et transportable pour l'ensemble du secteur naissance permet le regroupement du matériel nécessaire à la prise en charge de l'HPPI, avec la liste du contenu et planning de vérification ; une information générale sur cette nouvelle procédure a été diffusée aux acteurs concernés. Les sages-femmes tracent systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et la conclusion de l'examen du placenta. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin et tracée dans le dossier ; cependant les professionnels ne sont pas formés en cas de sortie sur la base d'un score. Le transport intra-hospitalier des patients est maîtrisé avec des professionnels assurant les conditions de sécurité et de confort des patients. La formation des brancardiers en particulier concernant la prise en charge de l'urgence vitale. Au sein du Centre Hospitalier de Guéret, de nombreux quick-audits et des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) portant essentiellement sur des traçabilités d'actes (directives anticipées, contention, douleur...) sont réalisées, mais peu d'équipes sont engagées dans des démarches de résultats cliniques de leurs patients sur une prise en charge pour laquelle elles ont identifié un potentiel d'amélioration : la Coordination Hospitalière pour le Prélèvement d'Organes et de Tissus (CHPOT) évalue ses pratiques avec les indicateurs Cristal Action® de l'Agence de la Biomédecine et d'autres indicateurs qui lui sont spécifiques, des démarches EPP sont initiées en USLD (efficacité d'un traitement antalgique), réalisées en maternité (pertinence des actes évaluée selon les recommandations du CNGOF) et dans le secteur des urgences, avec mise en place de plan d'actions, qui ne sont pas suivis dans le PAQSS de l'établissement et dont les effets ne sont pas encore mesurés. Les équipes en association avec les représentants des usagers, recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction du patient : mais elles sont peu engagées pour l'exploitation des résultats de l'expérience patient et la mise en place des actions d'amélioration, sauf en maternité qui utilise et exploite l'auto-questionnaire développé par le Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine. Les équipes réalisent des revues régulières de leurs indicateurs et notamment des IQSS qui les concernent et mettent en place des actions d'amélioration basées sur les résultats de ces indicateurs. Les Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) dont les presque accidents sont déclarés par les équipes dans le logiciel dédié, ils sont analysés avec les responsables de service lors de démarches collectives rétrospectives (Comité de Retour d'Expérience, Revue de Morbi-Mortalité) selon une méthode d'analyse des causes profondes. Les équipes mettent en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins à la suite de l'analyse des EIAS et le plan d'action est suivi. Dans les secteurs des soins critiques, les

équipes suivent des marqueurs de la qualité des prises en charge ; mais ils ne tiennent pas de registre de refus d'admission et les réhospitalisations à 48/72 heures sont irrégulièrement suivis. Les équipes des secteurs interventionnels, qui ont été auditées par un intervenant extérieur et ont réalisé des audits de la check-list, n'ont pas défini des indicateurs de suivi de la mise en œuvre des check-lists (bloc opératoire, endoscopie, maternité) et n'améliorent pas leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation des check-lists ni quantitativement, ni qualitativement et ne procèdent pas à des requêtes et des analyse des GO-NO. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale, d'anatomopathologie et d'imagerie médicale sont en place ; les délais de rendez-vous de réalisation des examens biologiques et d'envoi des comptes-rendus sont analysés et partagés entre les équipes du laboratoire et celles des services cliniques concernés et font l'objet d'actions d'amélioration. Les conditions de réalisation des examens d'imagerie médicale sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie ; un point de vigilance concerne la participation irrégulière des imageurs aux réunions de concertation pluri disciplinaire, afin d'avoir leur avis. L'activité de prélèvement de cornée est coordonnée. Tous les patients déclarés en mort cérébrale font l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organe ; la coordination hospitalière de prélèvements d'organes évalue leurs pratiques avec les indicateurs de l'agence de la biomédecine.

Chapitre 3 : L'établissement

Le CH de Guéret fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Limousin dont l'établissement support est le CHU de Limoges. C'est l'établissement de proximité pour la ville de Guéret et l'établissement de recours pour le département de la Creuse, notamment pour la maternité qui est la seule du département, conformément aux orientations du projet régional de santé déclinées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) contractualisé en 2019 pour une durée de 5 ans avec l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine ; le CPOM intègre également la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en cours d'écriture, prenant en compte les quatre axes prioritaires de la mission d'appui diligentée par l'ARS pour cet établissement confronté à des difficultés financières et surtout d'organisation et de recrutement médical. Le CH de Guéret participe aux projets territoriaux de parcours : des équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs) interviennent sur le territoire, une équipe de liaison psychiatrique est présente les jours ouvrables et permet un premier recours de consultations psychiatriques avec le soutien du psychiatre de garde de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de territoire, une IDE de santé publique intervient à la maternité de Guéret. Le CH propose deux projets de télémédecine et télé-expertise en odontologie, accessibles aux partenaires médicaux et paramédicaux, pour développer l'odontologie gériatrique et optimiser l'accès aux soins dentaires notamment de la population carcérale de la maison d'arrêt. L'établissement participe également à la coordination des parcours. Deux centres hospitaliers de proximité sont associés à l'établissement, le CH d'Aubusson et le CH de Bourgueuf, ce dernier en direction commune avec le CH de Guéret en y développant des consultations de spécialités. Dans le cadre de la construction du projet d'établissement, il formalise les projets de parcours patients en gériatrie, oncologie, soins ambulatoire et périnatalité, le service d'obstétrique étant déjà très impliqué dans le réseau périnatalité régionale. En oncologie, le CH de Guéret participe au Centre de Coordination en Cancérologie de la Creuse (3C 23). Le CH travaille avec l'ensemble des établissements du territoire creusois sur deux missions : une gestion territoriale des lits avec le déploiement d'un logiciel de gestion territorial des lits avec une alimentation directe vers le ROR et deux bed-managers et une mission de formation aux épreuves de vérification des connaissances des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne (PADHUE) afin qu'ils obtiennent une autorisation de plein exercice dans une perspective de recrutement. Le CH assume le portage de la Plateforme Territoriale d'Appui et le bureau de la coordinatrice de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) est au sein de l'établissement. Depuis la réouverture du service de médecine gériatrique et le recrutement médical, la filière personne âgée est de nouveau opérationnelle avec un circuit d'entrée directe en médecine gériatrique ou en médecine polyvalente, la présence d'une IDE gériatrique au Service d'Accueil et d'Urgence (SAU), un hôpital de jour gériatrique et une Unité de Soins de Support et d'Accompagnement (USSA). Les médecins libéraux et autres partenaires ont un accès direct téléphonique avec le médecin d'astreinte pour négocier une hospitalisation si nécessaire et ainsi éviter le passage par le service d'urgence. L'établissement participe à des protocoles de recherche, émerge aux systèmes d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques, de gestion de la recherche et des essais cliniques et deux professionnels participent au conseil scientifique territorial. L'établissement promeut le recueil de l'expression des patients en recueillant l'adresse mail des patients afin qu'ils se connectent au questionnaire de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients e-Satis, et par la mise à disposition de questionnaires de satisfaction génériques et ciblées au SAU et en imagerie ; le taux de retour des questionnaires de satisfaction des patients est en augmentation suite aux actions d'amélioration menées avec sensibilisation des équipes à la distribution des questionnaires et sensibilisation des usagers par les RU qui tiennent une permanence à l'espace des usagers. Les équipes, recueillent et analysent mensuellement les questionnaires, mettent en place des actions d'amélioration avec retours aux services et à

la CDU ; Mais elles sont peu engagées pour l'exploitation des résultats de l'expérience patient (PREMS) ou sur le résultat de leur santé (PROMS), sauf en maternité qui utilise et exploite l'auto-questionnaire développé par le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine. Un partage d'expérience patient est en cours uniquement au niveau de la pédiatrie par intervention d'une maman en programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP diabète). L'établissement assure la bonne promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage ; le site internet de l'établissement comporte de nombreuses informations actualisées à l'attention du public et des usagers. Les plaintes et réclamations des patients sont présentées à la Commission Médicale d'Établissement et à la Commission des Usagers (CDU), sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins ; dans les situations difficiles, le recours des patients, des proches et/ou aidants au médiateur est proposé. Le CH de Guéret veille à la bientraitance ; les professionnels sont formés, le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes, les risques impactant la bientraitance sont identifiés et les conditions d'exercices des pratiques sont réunies pour assurer celle-ci à tous les moments de la prise en charge du patient. L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitements éventuelles subies par le patient. Depuis la dernière certification, les professionnels de tous les services ont été sensibilisés et formés aux situations à risque et facteurs de maltraitance ; ils disposent de recommandations de bonnes pratiques et d'outils (fiche YES), accessibles dans la gestion documentaire, permettant le repérage, le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance ; cependant, le repérage annuel des situations de maltraitance, dont ont été victime les patients vulnérables avant leur prise en charge, n'est pas évalué annuellement et n'est pas recensé dans le PMSI. Les professionnels connaissent les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance ; à la maternité l'auto-questionnaire du réseau Périnat destinée à l'accompagnement de la future maman comporte deux questions ciblées sur les situations de maltraitance potentielle. Le CH de Guéret assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec toutes les formes de handicap. Il favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables grâce à de nombreux dispositifs connus des professionnels : service social, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), staff médico-social en maternité. L'accès du patient à son dossier répond à la réglementation. Les patients, dans des délais courts, peuvent accéder à l'innovation thérapeutique. Les représentants des usagers (RU) sont très impliqués au sein de l'établissement ; ils disposent d'un espace des usagers situé dans le hall d'accueil du CH leur permettant d'assurer une permanence mensuelle dont le calendrier est affiché dans les services et présent sur le site internet public de l'établissement. La présidente de la CDU est vice-présidente du conseil de surveillance et participe au directoire ainsi qu'au comité de pilotage qualité. Ils sont des partenaires de la démarche qualité, participent aux réunions qualité encadrement mensuel et aux commissions (CLIN, CLUD...), donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients, contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge. Ils ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables, des réponses aux questionnaires de satisfaction et des résultats d'e-Satis et participent aux évaluations entreprises. Un projet des usagers a été élaboré et validé par la commission des usagers. Son intégration au projet d'établissement n'était pas effectif au moment de la visite. Enfin, les RU ne mènent pas d'actions de sensibilisation et d'information auprès des patients, expliquant en partie la méconnaissance par les patients des RU décrite dans le premier chapitre de ce rapport. L'élaboration et le suivi de politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement sont réalisés par le COPIL qualité (Direction générale, Présidente de CME, Directrice de soins, Directions fonctionnelles, Chefs de pôle, Cadres Supérieurs de Santé) en association avec les représentants des usagers. La déclinaison opérationnelle de cette politique est assurée au niveau des services par les Cadres Supérieurs de Santé, relayée au niveau des services par les cadres de proximité qui sont informés par un bulletin (Le fil rouge), remis aux membres du COPIL, puis à l'encadrement ; les professionnels sont informés des actions concrètes du programme qualité lors des réunions de service qui comportent toujours un point qualité, par l'affichage de tableaux de bord qualité quadrimestriels par pôle, par l'accès sur tous les postes de travail à la gestion documentaire informatisée et à l'intranet et lors des ateliers réalisés au sein de l'établissement, notamment une revue et partage des CREX et RMM (Crexpresso).

L'efficacité de ces moyens mis en œuvre est évaluée par de quick-audits avec toutefois un point de vigilance concernant l'information des professionnels de nuit qui ne connaissent pas les actions du programme qualité. La gouvernance s'implique dans les actions du programme de qualité et de sécurité des soins. Des actions sont mises en œuvre qui contribuent à la sécurité du patient (affiches dans les salles de soins « Les 10 commandements du professionnel hospitalier » et « Circuit du médicament : les 10 commandements de l'IDE). La culture sécurité des professionnels de l'établissement, qui a participé à l'enquête régionale réalisée au premier trimestre 2023 par la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients en Nouvelle-Aquitaine, n'est que rarement évaluée et la participation des professionnels à des activités dédiées qualité et sécurité est très marginale. En ce qui concerne les professionnels paramédicaux, les effectifs depuis le milieu de l'année 2023 permettent une bonne répartition des compétences et des tâches au regard de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients ; un pool de remplacement en interne est disponible ou un recours à l'intérim après validation par un cursus connu des encadrants, sécurisent les activités en cas de manque de ressources. Une politique de recrutement attractive cherche à fidéliser les professionnels : promotion professionnelle, bourse d'étude pour les métiers en tension. Par ailleurs, l'encadrement de proximité a été renouvelé avec un accompagnement dans leur prise de poste. En ce qui concerne les médecins, le déficit démographique médical national, la non anticipation des départs des praticiens hospitaliers, les difficultés de recrutement actées dans le point d'étape de la mission d'appui, pérennisent des situations, déjà constatées lors des deux certifications précédentes, de fragilités de présence médicale ou de non conformités réglementaires, notamment au bloc opératoire : un seul médecin anesthésiste réanimateur (MAR) est présent pour 3 salles d'opération et la salle de surveillance post interventionnelle, et potentiellement pour une quatrième salle dédiée obstétricale dans le cadre d'un code rouge césarienne. Le CH assure, de plus, des anesthésies en pédiatrie pour les actes d'odontologie, ce qui implique la présence d'un MAR pour cette salle d'opération. De plus, ces règles de présence anesthésiques ne sont plus formalisées dans l'actualisation réalisée en juin 2022 de la charte de fonctionnement du bloc opératoire du CH de Guéret conformément au texte de référence et aux règles éditées dans le projet médical de l'établissement qui indiquent que « la charte de bloc est un outil essentiel visant à assurer la qualité et la sécurité des actes opératoires ». L'établissement développe des moyens de communication afin de favoriser l'attractivité. Les responsables d'équipes bénéficient d'un dispositif de formation au management ; des groupes de travail sont opérationnels (missions du cadre, encadrement des stagiaires), des actions de formations sont mises en œuvre (fondamentaux qualité et risques, éthique organisationnelle et du management, gestion du temps, des priorités et du stress, développer la cohésion d'équipe pour une performance collective...) et un café des encadrants est en place. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est assurée, l'organisation du temps de travail est mise en œuvre pour permettre un travail en équipe ; mais il n'y a pas dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipes. L'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels est assurée, des formations sont proposées et mises en œuvre et les compétences des professionnels sont évaluées à échéance réglementaire dans le cadre d'un entretien individuel permettant l'élaboration d'un programme de formation institutionnel. Les professionnels rencontrés pendant la visite identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés : respect du secret professionnel, de la dignité et de l'intégrité du patient, contentions, accompagnement des situations de fin de vie, soins palliatif... Les équipes peuvent avoir recours au comité d'éthique départemental dont deux professionnels (médecin et cadre) en sont membres ; cependant, un état des lieux des questionnements éthiques n'est pas réalisé et partagé avec l'ensemble des acteurs (professionnels, représentants d'usagers), les professionnels ne sont pas sensibilisés ou formés et il n'y a pas de cadre opérationnel structuré permettant la prise en compte des problèmes éthiques. Il existe une démarche de Qualité de Vie au Travail (QVT) au CH de Guéret, qui toutefois n'a pas été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction. Un groupe de travail a participé à son élaboration et le suivi de cette démarche est réalisé en concertation avec les instances représentatives des professionnels. Des actions améliorant les conditions de travail sont mises en œuvre : achats de matériel ergonomique, ateliers toucher-massage, salle

bulle bien-être...Les difficultés de relations interprofessionnelles, interpersonnelles et de conflits au travail sont discutées par les personnels et leur encadrement. En cas de conflits interpersonnels, des dispositifs d'écoute et de médiation sont en place ; en cas de besoin, une psychologue est disponible pour le personnel ainsi qu'une assistante de service social. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquelles il peut être confronté. Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE) et le plan blanc ont été actualisés en mai 2022. Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement, le positionnement de l'établissement en cas de crise est connu, la mobilisation des ressources supplémentaires coordonnées avec les CH de Bourgneuf et d'Aubusson, les dispositifs de mise en isolement pour risques infectieux prévus. La pandémie COVID et les exercices réalisés par la préfecture permettent d'améliorer le fonctionnement ; mais le CH n'organise pas des exercices ou entraînements annuels de ses professionnels. Les risques numériques sont maîtrisés au niveau de l'établissement (procédures dégradées, plan de continuité) et au niveau des équipes (changement des mots de passe). Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés auprès de l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI) et les recommandations de cette agence mises en œuvre ; les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident ou de cyber-attaque. La prévention aux biens et aux personnes est assurée ; le plan de sécurisation de l'établissement est opérationnel, les situations à risques sont répertoriées, les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont pris en compte. L'établissement a désigné un référent développement durable. Il a mis en place un dispositif de gestion des déchets avec une filière adaptée à chaque type et un tri et pesage des DASRI, la consommation d'eau et d'électricité est gérée. Le nettoyage des sols est réalisé à la vapeur d'eau et la maternité a structuré un projet Eco Maternité de santé environnementale destiné à faire évaluer les organisations et les pratiques en prenant en compte les enjeux de santé environnementale et d'éco responsabilité ; une chambre pédagogique permet de sensibiliser les parents à la protection de la santé du bébé et de l'environnement : savon naturel , lingette et couches lavables sans perturbateurs endocriniens et sans molécules artificielles...La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée avec un numéro d'appel unique, affiché, connu par tous, immédiatement accessible et présence dans tous les services de chariots d'urgence accessibles dont la maintenance est assurée par les IDE. Tous les professionnels sont formés aux gestes de première urgence (AGFSU), mais ils ne réalisent pas des exercices de mise en situation. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Chaque spécialité veille aux recommandations de bonnes pratiques qui sont actualisées, diffusées et disponibles au sein des équipes ; la CME de l'établissement, dans le cadre de la formation des médecins stagiaires associés et des Faisant Fonction d'Internes (FFI) est en cours d'élaboration d'un outil de partage de ces recommandations. L'adéquation des procédures aux recommandations de bonnes pratiques fait l'objet d'un travail en équipes ; cependant, une veille documentaire n'est pas encore structurée dans l'établissement permettant la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (par exemple les protocoles transfusionnels évoqués dans le chapitre 2). Les revues de pertinence des admissions et des séjours ne sont pas évaluées. Le programme d'amélioration de la qualité de l'établissement (PAQSS) vu en visite ne prend pas en compte l'expérience du patient ; il intègre les contributions des usagers transmises par la CDU, mais les équipes ne connaissent pas les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis. Ils sont présentés aux instances de l'établissement, aux pôles, à l'encadrement et à la CDU ; les professionnels sont informés lors des réunions de service, par une diffusion de « Fil rouge spécial IQSS », un affichage dans chaque pôle et service, et ils connaissent les actions d'amélioration mises en œuvre suite à l'analyse des IQSS. L'établissement analyse, exploite et communique les événements indésirables associés aux soins (EIAS). Les professionnels déclarent les EIAS dont les presque-accidents dans le logiciel dédié ; ils informent les patients ou leurs représentants des dommages imputables à cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. Les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'une analyse systémique des causes et sont déclarés sur le portail sanitaire des

évènements sanitaires indésirables. Un retour mensuel des déclarations des EI à l'encadrement de tous les services, l'affichage quadrimestriel des tableaux de bord comportant une rubrique EI, les réunions de service permettent aux professionnels de connaître les EIAS dont les presque accidents déclarés dans leur service et les plans d'actions mis en place. La CDU est informée lors de chaque réunion des EIG dont les presque accidents déclarés par l'établissement. Le CH de Guéret améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité. Les besoins journaliers en lits d'aval sont connus, ils sont suivis trois fois par jour par un bed manager, un second bed manager est en cours de recrutement pour finaliser le processus de gestion territoriale des lits ; mais, les situations des lits occupés par des patients admis en urgence ne sont pas régulièrement analysées, voire révisées en lien avec le service des urgences et les services de soins. La gouvernance de l'établissement ne promeut pas le programme d'accréditation. Deux médecins des spécialités à risques présentes dans l'établissement sont engagés dans la démarche d'accréditation médicale (un urologue accrédité, un chirurgien en cours de validation) ; les gynécologues échographistes sont accrédités. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à : Sécuriser la prise en charge des mineurs en leur proposant un environnement et des conditions de prise en charge adapté. Assurer l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge. Sécuriser le stockage et spécifier la liste des médicaments à risque dans les unités de soins. Systématiser la traçabilité des informations dans le cadre d'une prise en charge opératoire entre le bloc et les services. Sécuriser la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Assurer la formation des professionnels Impliquer les proches ou les aidants dans la mise en œuvre du projet de soins. Structurer la démarche éthique Renforcer l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

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	230780041	CENTRE HOSPITALIER DE GUERET	39, avenue de la senatorerie Bp 159 23011 Gueret Cedex FRANCE
Établissement principal	230000820	CENTRE HOSPITALIER DE GUERET	39, avenue de la senatorerie Bp 159 23011 Gueret Cedex
Établissement géographique	230000259	CENTRE HOSPITALIER DE LONG SEJOUR DE GUERET	4 rue tanguy prigent 23000 GUERET 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	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	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Oui
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	3,800
Nombre de passages aux urgences générales	21,580
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	36,560
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	14
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	187
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	36
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	19
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	11
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	5
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	5,474
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	23
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	38
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	1
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	50
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	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
2	Audit système			
3	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
4	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
5	Patient traceur		<p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
6	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
7	Audit système			
8	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
11	Audit système			
12	Audit système			
	Patient		Soins de longue durée	

13	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Traceur ciblé			Per opératoire (bloc)
22	Traceur ciblé			NA
23	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable

24	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement	
25	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	

29	Audit système			
30	Audit système			
31	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
32	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
33	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
34	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
38	Audit système			
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
42	Traceur ciblé			Urgences - SAMU - SMUR
43	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

44	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
45	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
46	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
47	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
48	Audit système			
49	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de SSR patient assis - Imagerie
50	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable : endoscopie
	Traceur			Antibiothérapie injectable

51	ciblé			
52	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché
53	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
54	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
55	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
56	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
57	Audit système			
58	Audit système			
59	Audit système			

60	Audit système			
61	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
62	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
63	Traceur ciblé			Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
64	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
65	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
66	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
67	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
	Patient		Maternité	

68	traceur		Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
69	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
70	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
71	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
72	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent	

73			Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
74	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
75	Traceur ciblé			Per opératoire (bloc)
76	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
77	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
78	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
79	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable : endoscopie
80	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable
81	Audit système			
	Audit			

82	système			
83	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
84	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable
85	Audit système			
86	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché
87	Audit système			
88	Traceur ciblé			Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
89	Audit système			
90	Audit système			
91	Audit système			
92	Audit système			
93	Audit système			
94	Audit système			
95	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	

96	Audit système			
97	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
98	Audit système			
99	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
100	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
101	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	

102	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
103	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
104	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
105	Traceur ciblé			Urgences - SAMU - SMUR
106	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
107	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

108	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
109	Audit système			
110	Audit système			
111	Audit système			
112	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
113	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
114	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
115	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète	

116			Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
117	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
118	Audit système			

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

