



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT AFFRIQUE

88 avenue dr lucien galtier

Bp 291

12400 Saint-Affrique



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 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	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 certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT AFFRIQUE	
Adresse	88 avenue dr lucien galtier Bp 291 12400 Saint-Affrique FRANCE
Département / Région	Aveyron / Occitanie
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	120004619	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT AFFRIQUE	88 avenue du docteur lucien galtier 12400 Saint Affrique FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

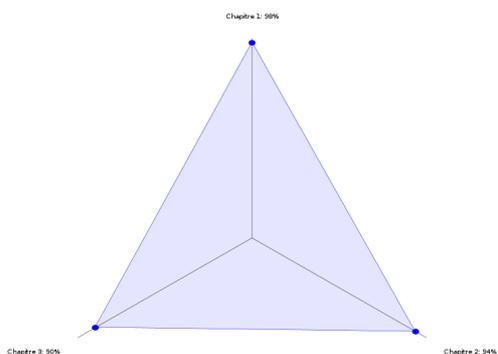
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

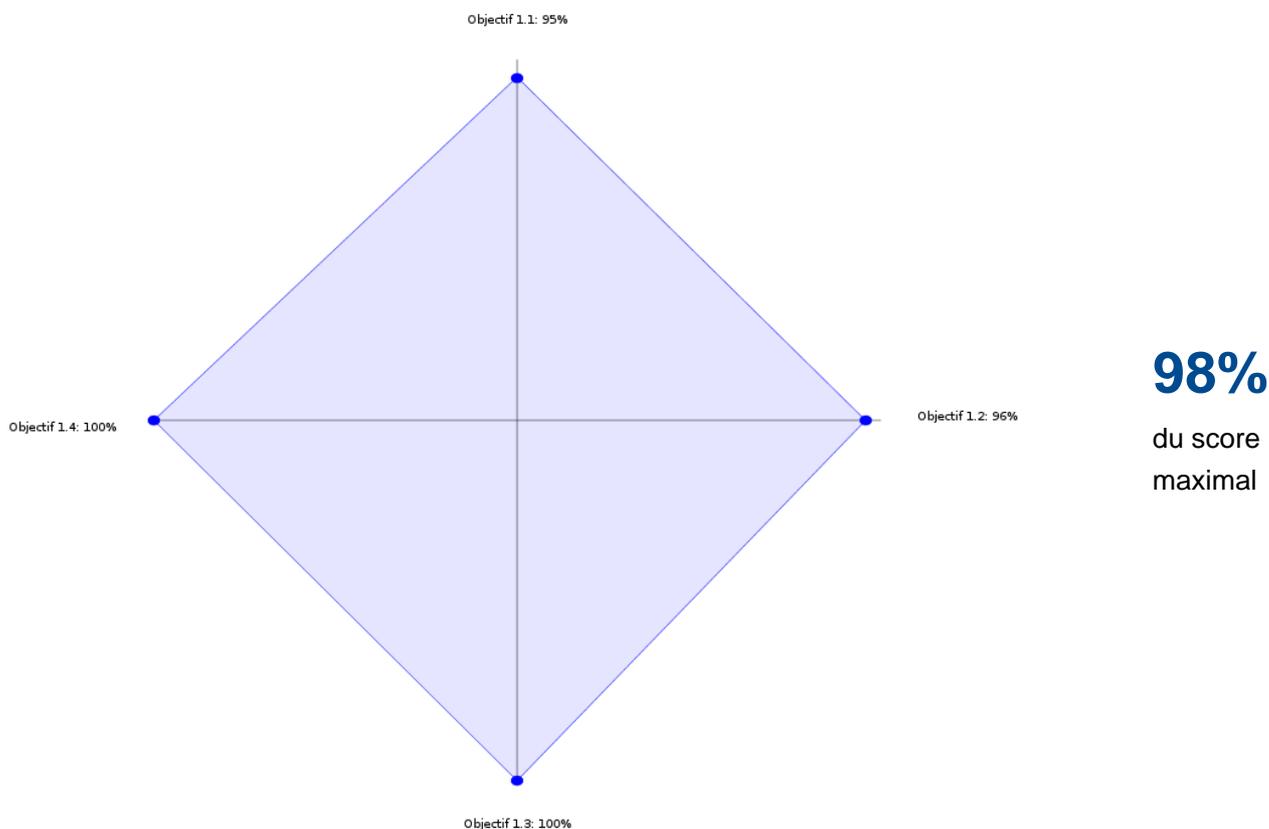
Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

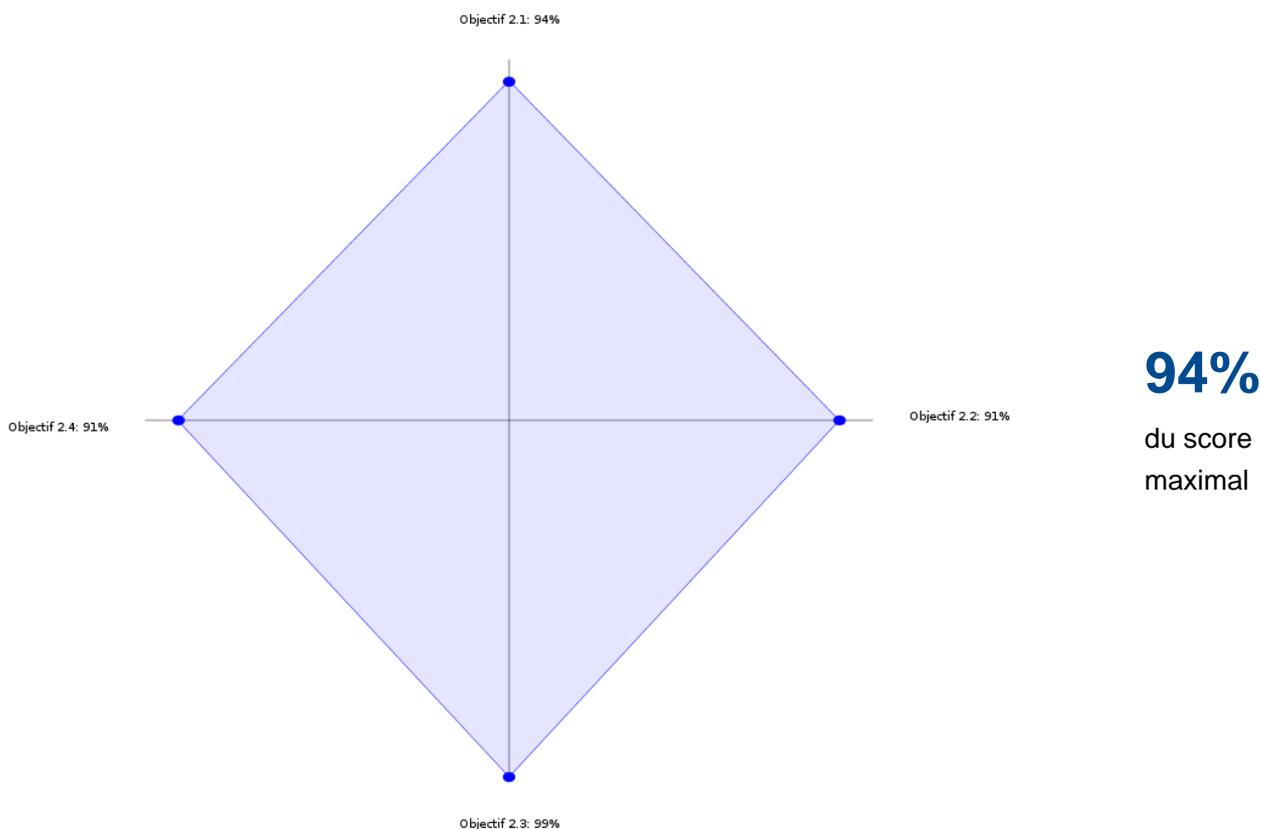


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	96%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'information sur les hypothèses ou du diagnostic est partagé avec le patient, ainsi que le traitement et la durée prévisible de l'hospitalisation. Les différentes chartes sont présentes et visibles dans les services. En urgences, les parturientes ont un parcours dédié, permettant une PEC immédiate. Le patient est invité à s'impliquer et participe à la décision. Le patient est interrogé sur son projet de soin et les moyens de communication sont adaptés. Il consent librement à son projet de soin et à ses modalités de prise en charge. Les enfants et adolescents bénéficient d'information adaptées. Nous pouvons retrouver dans le DPI, de façon systématique, les principaux facteurs de risque. La maternité dispose d'un label IHAB. Un projet de naissance est proposé à tous les futurs parents. Une prise en charge personnalisée est réalisée dans cette structure avec différents ateliers (pair-aidance, massage, portage). Un repérage des addictions est effectué par une

sagefemme formée et l'aide du service d'addictologie du CH de Millau. De façon systématique, la personne de confiance est retrouvée dans le DPI avec un document signé. Le patient bénéficie de consignes pour sa sortie et notamment sur les modifications éventuelles de traitement thérapeutique. L'information sur les DMI est retrouvée. Une carte d'implant est donnée au patient, et le double est noté dans le dossier patient. Il existe un passeport ambulatoire et passeport cataracte complet. Il est retrouvé un appel la veille et le lendemain. Le recueil des directives anticipées est souvent effectué, même si certains patients ne comprennent pas toujours l'information. Trois lits de soins palliatifs sont identifiés avec un référent médical, paramédical et en appui, l'équipe de soins palliatifs du CHU de Montpellier. L'association ASP participe, avec des volontaires, à l'accompagnement des patients et des familles. Un affichage des représentants des usagers est visible dans tout l'hôpital ainsi que leurs contacts. L'information est disponible. Le patient se souvient de l'information donnée. Les patients disent généralement ne pas connaître les enquêtes de satisfaction et l'information sur comment rédiger une réclamation ou déclarer 1 EIAS. Les patients ont une connaissance partielle du DMP et de la messagerie sécurisée. Le patient est respecté et il bénéficie du respect de son intimité de sa dignité. Il estime que les règles de confidentialité sont respectées. Les enfants ou adolescents sont pris en charge, en HC, dans le service de chirurgie ou l'environnement est adapté. Le personnel n'a pas bénéficié de formation spécifique à la prise en charge des enfants. Les professionnels s'assurent du maintien de l'autonomie de la personne âgée ou porteuse d'un handicap. Les professionnels proposent leur aide, systématique, au patient pour les besoins élémentaires. Les protocoles douleurs sont placés. Des audits sont réalisés régulièrement. Nous retrouvons sur DPI l'évaluation avec une cotation avant et après intervention thérapeutique. La famille ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. L'équipe adapte le temps de visite des accompagnants dans les situations difficiles. Il existe un dispositif pour accompagner les patients en situation de précarité ou vivant avec 1 handicap (assistante sociale/psychologue/autres). En USLD il existe un planning affiché proposant des activités dans le but de maintenir leur autonomie. Sur le DPI, les conditions de vie à domicile sont tracées pour la préparation de la sortie.

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	94%
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	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	91%

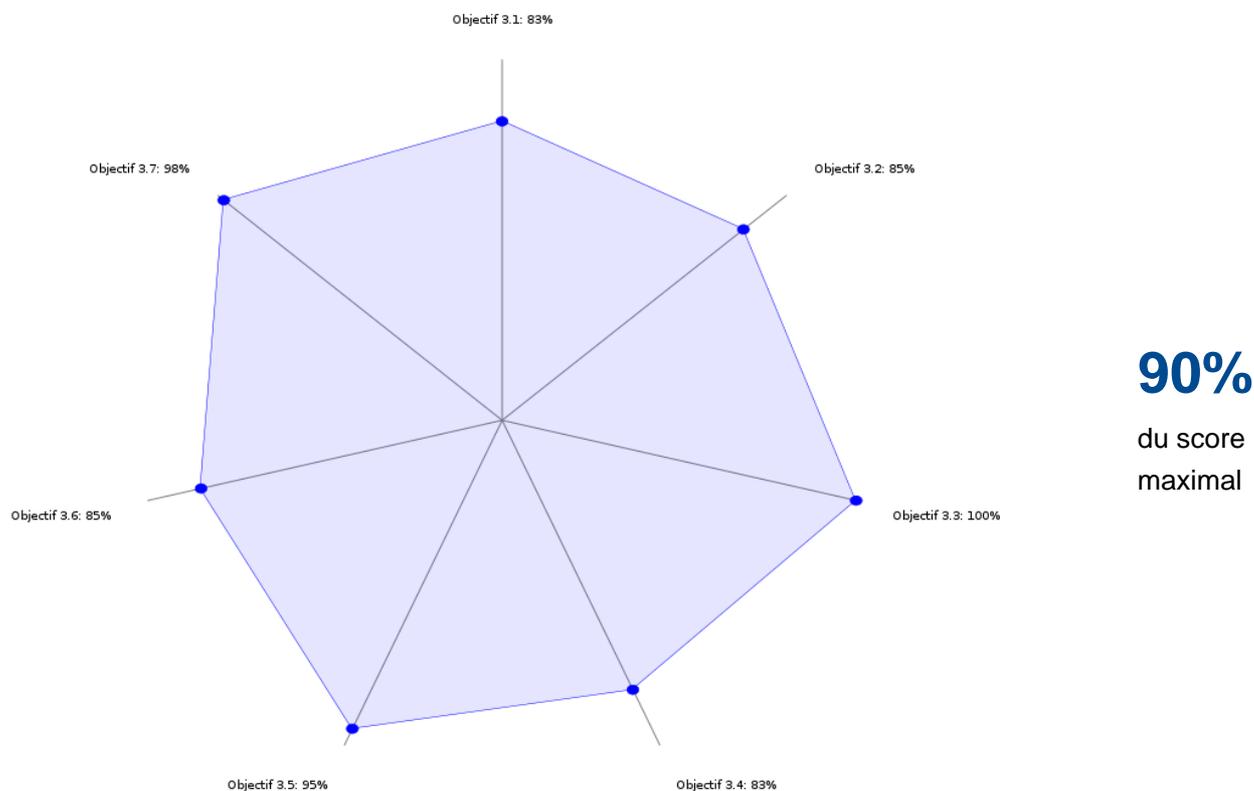
La pertinence des admissions en SMR et USLD est réalisée au cours de commissions hebdomadaires. De plus, en SMR, se déroule un staff hebdomadaire permettant la réévaluation de la pertinence de l'hospitalisation. Y participent obligatoirement infirmier, aide-soignant, médecin, cadre de santé, kinésithérapeute, diététicien et neuropsychologue. En fonction des situations, une assistante sociale et un psychologue peuvent également être sollicités. Un compte rendu est systématiquement réalisé et consultable dans le dossier patient. La même organisation est en place en court séjour gériatrique (CSG). En complément, les équipes ont la possibilité d'avoir recours à des avis spécialisés en interne, ou dans les établissements du territoire (Millau, Rodez et Montpellier). On retrouve cette dynamique de prise en charge pluri professionnelle et pluridisciplinaire en hôpital de jour, sur le dépistage des fragilités chez la personne âgée. Les modalités de sorties sont envisagées dès

l'entrée du patient en CSG et médecine : les demandes sont faites dans TRAJECTOIRE. La possibilité d'une prise en charge en HAD, n'est pas exclue mais concerne très peu de patients (2 en 2023). L'HAD est en effet positionnée sur Rodez et ne dispose pas d'un réseau de professionnels très développé sur le secteur de Saint Affrique. Une attention particulière est portée sur le recours limité aux contentions, en SMR et CSG. Lorsque cela s'avère nécessaire, la prescription est toujours argumentée, la surveillance et la réévaluation réalisées et retrouvées dans le dossier patient. La pertinence de la transfusion est argumentée et fait l'objet d'une analyse bénéfice-risques. L'analyse de pertinence est réalisée au travers une évaluation des pratiques professionnelles (réalisée en 2023 en médecine). L'acte transfusionnel est maîtrisé à toutes les étapes. Le dossier transfusionnel est en format papier mais comporte tous les éléments de traçabilité requis (bilan-prescription-information et consentement éclairé- délivrance- vérifications et surveillances). Concernant les antibiotiques, les prescriptions sont justifiées, argumentées et tracées. On retrouve en effet dans les observations et dans la lettre de sortie, les résultats biologiques et bactériologiques, les observations et paramètres cliniques, justifiant la prescription initiale. Les praticiens et les IDE peuvent se référer à un guide des antibiotiques sur leur bureau informatique et aussi solliciter un référent en infectiologie sur Rodez au besoin. La réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématique. Cette réévaluation est effective en surveillance continue, mais n'est pas retrouvée dans l'ensemble des dossiers consultés en médecine et CSG. Ces éléments sont connus et des actions d'amélioration sont identifiées par l'établissement mais non finalisées lors de la visite. Le dossier pré hospitalier est en format papier : il est réalisé pour toutes les interventions SMUR et il comporte les informations utiles à la continuité de prise en charge. La dématérialisation de ce dossier (via tablettes SMURTAB) est en cours de déploiement. Par ailleurs, le dossier patient est dématérialisé, partagé sur l'ensemble du GHT et accessible à l'ensemble des intervenants qui disposent ainsi des antécédents sur les séjours, les examens et les bilans. Pour les patients admis aux urgences, un tri est réalisé par une infirmière dès l'accueil, facilité par l'intégration de l'échelle dans le dossier patient. Les délais d'attente ne sont pas communiqués aux patients dans la salle d'attente des urgences mais des circuits sont bien définis, permettant par exemple aux femmes enceintes d'être directement prises en charge à la maternité, aux personnes en situation de handicap d'être directement installées en box ou aux enfants d'être évalués en priorité pour pouvoir être orientés en consultation pédiatrie, dans la mesure du possible. La prise en charge pluri professionnelle est un atout de l'établissement avec la présence de diététiciens, kinésithérapeutes, neuropsychologues, psychologues, assistantes sociales, orthophoniste, psychomotricienne. Tous ces acteurs participent à l'élaboration ainsi qu'au suivi du projet de soins dans les différents secteurs, en hospitalisation complète ou de jour, et du Projet d'Accueil Personnalisé (PAP) en USLD. Ils sont également intégrés dans la démarche palliative, pour laquelle un médecin et un cadre de santé se sont formés (DU Soins Palliatifs), permettant de proposer cette prise en charge en interne. Le recours aux avis spécialisés est organisé sur Millau, Rodez, Montpellier et permet de garantir une prise en charge pluridisciplinaire lorsqu'elle le nécessite. La checklist au bloc opératoire est réalisée de façon systématique, à chaque étape de la prise en charge opératoire, en présence de l'IBODE, de l'IADE et du médecin (anesthésiste/gastro/chirurgien). Elle est adaptée au type d'intervention (checklist spécifique endoscopie) et fait l'objet d'audits réguliers. La sortie est anticipée au plus tôt après l'admission des patients : il existe une check list de sortie qui est renseignée dès que la date de sortie est posée puis complétée au fur et à mesure jusqu'à la sortie effective. La macrocible de sortie est réalisée la veille de la sortie et validée le jour même. La lettre de liaison comprend toutes les informations relatives au séjour, et nécessaires à la continuité de prise en charge. Elle est systématiquement donnée au patient et transmise au médecin traitant le jour de sa sortie. La conciliation médicamenteuse n'est pas réalisée et le carnet de santé de l'enfant non mis à jour. Un bracelet d'identification est systématiquement posé lors de l'admission dans un service. Si le patient change de service (urgences vers secteur d'hospitalisation ou service d'hospitalisation vers SMR), l'identité est contrôlée et le bracelet changé afin qu'il comporte toutes les informations relatives à son séjour (identité et nom du service). Le dossier est informatisé mais il reste encore certains supports papier (dossier transfusionnel, dossier d'anesthésie, PAP) : toutes les feuilles de ces dossiers sont étiquetées au nom du patient et la majorité d'entre elles sont scannées dans les dossiers informatisés. Les prescriptions médicamenteuses sont conformes

aux bonnes pratiques : on retrouve en effet la DCI, la posologie, la durée du traitement, l'horodatage et le nom du prescripteur. Une analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée par le pharmacien qui évalue la pertinence des prescriptions et peut transmettre ses remarques via le DPI. Chaque prescription alimente le plan de soins qui est ensuite utilisé par l'équipe soignante. Les piluliers sont préparés par les équipes de nuit le dimanche, pour toute la semaine et réajustés par les infirmières en fonction des prescriptions. Les traitements sont contrôlés au plus près de la prise : tous les chariots de distribution sont équipés d'ordinateurs portables, permettant de contrôler et de tracer en temps réel l'administration du traitement. En cas de non administration, le pictogramme est identifiable et un commentaire est saisi. Le pharmacien assure une veille sur les ruptures de stock et les actions de remplacement nécessaires. Un travail conséquent a été mené sur les médicaments à risque : une liste existe à l'échelle de l'établissement et l'ensemble des médicaments qui la composent sont identifiables, du stockage à la PUI jusqu'au pilulier du patient. La mention « médicament à risque » est identifiable à chaque étape du circuit. Dans les secteurs de soins, les listes sont adaptées au service : les professionnels connaissent ces médicaments ainsi que leurs risques spécifiques. Dans l'ensemble des secteurs d'hospitalisation ainsi qu'en USLD, les armoires à pharmacie sont sécurisées (rideau fermé à clé) et positionnées dans les salles de soins qui comportent un contrôle d'accès. Le stockage des médicaments et le transport des médicaments est sécurisé, y compris pour les thermosensibles avec des modalités de transport adaptées et des frigos fermés à clé dans les salles de soins. Le contrôle des températures est automatisé et enregistré, avec une surveillance quotidienne par les aides-soignantes de nuit et un système d'alerte en cas de non-respect des seuils validés. Le contrôle des péremptions est organisé de façon identique dans tous les secteurs et maîtrisé par l'ensemble des professionnels rencontrés. Aucun produit périmé n'a été retrouvé lors des observations faites. Un écart a cependant été observé au bloc opératoire où les médicaments sont stockés de 2 façons différentes, selon leur utilisation : on retrouve d'une part, les produits d'anesthésie gérés par l'IADE dans une armoire à pharmacie sécurisée, et d'autre part les dispositifs médicaux et les médicaments dont les médicaments à risque, utilisés par les IBODE, stockés sur des rayonnages non sécurisés, dans un local non fermé à clé. Cet écart a fait l'objet de discussion avec les équipes et d'actions correctives immédiates, consignées lors de la rédaction de la fiche anomalie. Une armoire à pharmacie sécurisée a été achetée aussitôt pour mise en place rapide. Concernant la maîtrise du risque infectieux, les professionnels sont informés et s'appuient sur l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), réactivée en début d'année 2023 grâce au recrutement d'un médecin, qui intervient sur Millau et Saint Affrique et d'une infirmière, exclusivement présente sur le site de Saint Affrique. Ce binôme est très impliqué dans la réalisation d'audits et de formations et très présente sur le terrain. Il a impulsé une dynamique positive avec la nomination de binômes infirmiers/aides-soignants référents hygiène, dans tous les services, qui sont réunis tous les deux mois. Les précautions standards et complémentaires sont connues et appliquées par les professionnels. Des audits sont régulièrement menés et des formations réalisées. La maîtrise du risque infectieux se traduit également par le respect des bonnes pratiques sur l'hygiène des mains : le « zéro bijoux » est appliqué par l'ensemble des professionnels rencontrés, quelle que soit leur profession, dans tous les secteurs de soins. Les Solutions hydro Alcooliques (SHA) sont disponibles dans tous les services et utilisées par les professionnels. La consommation des SHA est suivie et l'analyse des résultats a conduit à la mise en place d'actions correctives telles que l'installation de distributeurs sécurisés dans les circulations et parties communes de tous les secteurs (y compris CSG et USLD) ou mise à disposition de SHA en format de poche. Les professionnels du bloc ont également bénéficié des formations sur les précautions standards. Ils participent aux audits sur des thématiques communes à tous les services mais aussi spécifiques à leur secteur (checklist/respect des précautions standards lors de la désinfection des endoscopes). Ainsi, les bonnes pratiques concernant l'antibioprophylaxie liée aux actes invasifs sont respectées (protocoles adaptés à l'acte/ prescription dès la consultation anesthésie/ vérification intégrée à la checklist). Il en est de même pour la réalisation des actes endoscopiques (fibroscopies digestives et coloscopies) : le processus est maîtrisé à la fois au niveau de la prise en charge du patient mais aussi à toutes les étapes du traitement, du suivi et du stockage des endoscopes. A la maternité, une armoire dédiée à la prise en charge de l'Hémorragie du Post Partum Immédiat (HPPI) se trouve dans la salle de réanimation

néonatale, entre les 2 salles d'accouchement: la procédure est affichée sur la porte de l'armoire et le contenu de l'armoire contrôlé 2 fois/jour par les sages-femmes. Cette procédure a été validé par le Réseau Périnatalité Occitanie (RPO) et prévoit l'intervention de l'IDE SMUR en cas d'indisponibilité de la sage-femme. Les évènements indésirables associés aux soins sont déclarés et sont parfois suivis de REX ou de RMM. L'implication de la cellule qualité et de l'encadrement a permis d'augmenter significativement les déclarations, permettant ainsi de développer la culture sécurité au sein des équipes. De nombreux audits, EPP, évaluations sont réalisés. Ils sont systématiquement analysés en équipes et suivis d'un plan d'actions. Un écart a été constaté sur le suivi des ré hospitalisations à 72h en surveillance continue : cet indicateur n'était pas suivi jusqu'à présent. A la suite de l'énoncé de l'écart, un registre a immédiatement été mis en place par l'équipe.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	83%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	85%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	95%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	85%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le CH de St Afrique est situé aux confins de 3 départements (l'Hérault, la Lozère, le Tarn), dans une zone rurale de basse montagne. Le CH de St Afrique est en direction commune avec l'hôpital de Millau, qui est son principal partenaire. Les deux hôpitaux travaillent ensemble à un projet de construction d'un hôpital commun situé entre les deux communes, celui-ci regroupera les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et le

plateau médico-technique. Un partenariat existe aussi avec le CH de Rodez notamment sur la cardiologie et l'infectiologie. Le CH de St Affrique fait partie du groupe hospitalier de territoire (GHT) "Est-Hérault et Sud Aveyron" (EHSA) mis en place en 2016 et dont l'ES support est le CHU de Montpellier. Un projet médico-soignant vient d'être défini et validé par les différentes instances. Des équipes territoriales de biologie, de pharmacie et opérationnelle d'hygiène sont partagées entre les hôpitaux de Millau et de ST Affrique. D'autres fonctions sont également partagées: DIM de territoire, équipe douleur, équipe addictologie, informatique. Des conventions sont établies avec les établissements médico-sociaux. Un projet de télémédecine PÄSTEL visant à améliorer la prise en charge en EHPAD par la réalisation de téléexpertise ou téléconsultations est en place mais actuellement suspendue en raison d'un manque de ressources médicales. De nombreux professionnels exercent à temps partagé entre les hôpitaux de Millau et de SA. Des praticiens du CHU de Montpellier ou du CH de Millau ou exerçant en libéral interviennent en consultations spécialisées à l'hôpital de SA. Il existe une équipe mobile d'éducation thérapeutique maladies métaboliques. Des collaborations sont établies pour permettre la fluidification de certains parcours: mise en place d'un pôle inter établissement digestif avec le CHU de Montpellier, la filière cardiologique avec l'hôpital de Rodez, la filière neurologie sur le GHT. Un effort important est fait pour favoriser les admissions directes des personnes âgées dans les services avant 18h en partenariat avec les EHPAD. Il existe un partenariat de proximité avec la médecine de ville (médecins traitants, maisons de santé, sages-femmes). Les contacts sont réguliers, permettent d'anticiper et de préparer les hospitalisations, et de prendre en compte les facteurs de précarité et vulnérabilité. Les usagers peuvent joindre facilement l'hôpital en passant par le standard ou les secrétariats médicaux. Les RU sont très investis dans l'établissement. Ils sont en place depuis 3 à 8 ans et connaissent bien l'hôpital. Ils vont spontanément à la rencontre des usagers et de leurs familles dans un cadre informel ou formel lors des visites mensuelles qu'ils réalisent dans les services. Ils mènent régulièrement des actions de sensibilisation et d'information auprès des usagers. Ils effectuent des visites de service. Un RU préside la CDU. Cette commission des usagers se réunit régulièrement. Elle aborde les plaintes et réclamations, les médiations, les EIAS et EIG, les indicateurs QSS, les résultats des enquêtes de satisfaction, les points d'actualité. Ils rendent compte également des visites de services. Ils sont impliqués dans des comités tels que le CLIN, CLUD, CLAN, et récemment le Comité éthique. Ils participent à des GT sur le futur hôpital commun et pour certains à des GT régionaux. L'ES soutient le recueil de la satisfaction des patients à travers sa participation au dispositif e-satis pour le MCO, l'UCA et le SMR, des questionnaires de sortie papier et des questionnaires spécifiques dans certains secteurs tels que: enquête annuelle une semaine donnée aux urgences, questionnaire de satisfaction résidents familles en USLD, questionnaires spécifiques en maternité, consultations externes, ambulatoire. Il n'a pas été conduit de démarche spécifique de type PREMS et PROMS (expérience patient concernant l'unité de soins et le résultat sur sa santé de son point de vue). Cet objectif est intégré dans le programme d'actions 2024. A la maternité, une démarche de pair aide est mise en œuvre dans le cadre des ateliers massage, portage et allaitement. L'hôpital a pour projet d'intégrer des patients experts en addictologie et dans le programme ETP maladies métaboliques. L'ES porte une attention particulière à l'information du patient: remise du livret d'accueil tracée, affichage droits des patients / indicateurs / messages de santé publique, flyers... Des formations sont inscrites au plan de formation sur la communication non violente, la gestion du stress et de l'agressivité. Dans le service de gériatrie, des formations sont dispensées par le neuropsychologue. Une médiation est systématiquement proposée en cas de plainte ou réclamation. L'analyse des plaintes et réclamations est effectuée en CDU. Un listing des professionnels parlant une langue étrangère est à disposition des soignants. Un agent est en formation pour l'apprentissage de la langue des signes. L'ES a développé une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance ordinaire. Une formation Bientraitance est inscrite au plan de formation. La charte est affichée dans les services. La cartographie des risques réalisée dans les services comprend un item d'évaluation sur la bientraitance. Des protocoles sont formalisés sur: "La promotion de la bientraitance et le signalement de maltraitance", "La PEC des enfants et adolescents en situation de maltraitance ou négligences", "La PEC des victimes de violence conjugales". Ces protocoles sont connus des professionnels. Un bilan annuel des cas de maltraitance est réalisé. Une vigilance particulière est portée sur le

respect de l'intimité et de la dignité des patients. Un référent handicap est nommé sur l'ES. Un protocole de prise en charge des personnes porteuses d'un handicap en lien avec l'ABSEAH (organisme de soutien et de services aux personnes handicapées) est en place. Un livret d'accueil en braille est disponible si besoin. Des rampes d'accès facilitent l'accès en fauteuil depuis le parking. L'accessibilité n'est pas organisée autour du handicap visuel. L'ES a mis en place des actions facilitant l'accès aux soins des personnes vulnérables: présence d'une assistante sociale, nomination d'une référente vulnérabilité, conventions avec le secteur médico-social (CMP, Centre d'accueil pour demandeurs d'asile)... L'accès du patient à son dossier est organisé. La procédure est connue des professionnels. L'information est donnée aux patients (livret d'accueil, affichage). Les délais de transmission sont suivis et une information est faite en CDU. La politique qualité sécurité des soins est intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement. Elle est déclinée en programme d'actions qualité sécurité des soins (PAQSS) et sa mise en œuvre est coordonnée par la Commission d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (CAQSS). Le programme d'action est décliné par services selon les priorités qu'ils ont pu identifier suite à leurs propres données (EIAS, audits...). Les actions retenues sont affichées dans les services et le suivi placé sous la coordination de l'encadrement. Des référents qualité sont nommés dans les services et sont réunies régulièrement au niveau transversal par l'ingénieure qualité. Au niveau de la gouvernance, le portage de la politique qualité est assuré par la CME et la direction qualité ou la direction de site. Il n'y a pas actuellement de directeur de soins. Des points qualité sont faits systématiquement en CODIR et CME. La direction qualité ou la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) participe aux conseils de bloc, RMM (revue morbi-mortalité), CREX (Comité de retour d'expérience). L'hôpital Emile Borel connaît de fortes tensions en ressources humaines médicales. Il a recours à de l'intérim. Les remplacements sont généralement faits par des médecins qui sont régulièrement missionnés et connaissent l'hôpital. Des gardes médicales sont en place aux urgences, SMUR, USC et des astreintes sur les autres spécialités. En cas de vacance médicale prolongée, l'hôpital ferme des lits pour adapter son activité à ses ressources, ce qui est le cas actuellement en SMR. Les équipes paramédicales s'organisent généralement pour effectuer des remplacements en interne et si non font appel à des remplaçants connaissant l'hôpital. Une formation au management de pôle pour les trios de pôle a été effectuée fin 2022. Le plan de formation propose à l'encadrement des formations sur le management de la QVT, l'entretien professionnel et des formations techniques aux outils de gestion. La dimension « familiale » de l'établissement favorise les échanges spontanés. De façon formelle, les retours d'expérience sont favorisés par la participation des cadres au CODIR (Comité de direction). Les cadres de pôle organisent des réunions avec leur encadrement de proximité. La CME (Commission médicale d'établissement) se réunit mensuellement. Différentes démarches collectives d'amélioration du travail en équipe sont en place : réalisation de projets de service, réunions de service ou de pôle, staff. La gouvernance soutient la mise en œuvre de démarches spécifiques telles que : l'accréditation COFRAC au laboratoire, la label IHAB en maternité. L'établissement a conduit une réflexion sur l'organisation du temps de travail en 12h00. La révision des cycles de temps de travail est discutée en équipe, s'accompagne d'une mise à jour des fiches de poste. Elle est réévaluée à 6 mois après modification. Les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels au moment du recrutement mais aussi tout au long du parcours professionnel. Un plan de formation est défini pour le personnel médical et non médical. Le Comité éthique vient d'être mis en place. Il est composé d'une représentation de l'ensemble des métiers. Il existe une procédure de saisine du comité par les professionnels. Et une des séances du comité a permis de travailler collectivement sur une situation amenée par un service. A cette occasion, un expert du CHU de Montpellier a été invité. Il n'a pas été réalisé d'état des lieux des questionnements éthiques. Dans les services, les situations de fin de vie font l'objet d'une discussion en équipe pluriprofessionnelle. Il existe une démarche Qualité de vie au travail (QVT) au sein de l'établissement. Les lignes directrices de gestion validées par les instances, comprennent des objectifs QVT. Le plan d'actions est formalisé et suivi en lien avec les instances. L'hôpital constitue tous les ans un dossier CLACT. Une enquête sociale a été réalisée en 2018 et doit être actualisée. Pour ce faire, l'établissement s'est inscrit en 2022 au baromètre social de l'ANFH et est dans l'attente de son lancement. En 2022, un audit RSE

volet QVT a été réalisé par un prestataire. Un audit ANAP des données QVT 2022 a été réalisé. Le taux d'absentéisme est suivi et diffusé mensuellement à l'encadrement pour analyse. Il existe une commission des postes aménagés. Des formations sur la gestion du stress et de l'agressivité sont proposées. En cas de difficultés interpersonnelles ou de conflits avérés, un dispositif gradué est mis en place. Les vigilants sanitaires sont désignés et leurs coordonnées sont affichées dans les services de soins. Un groupe de professionnels "Alerte sanitaire" est constitué et reçoit 24h/24 les alertes sanitaires émanant des structures régionales. L'ensemble des vigilants est coordonné par le COVIRISQ (Comité des vigilances et des risques).

L'établissement assure la promotion et l'organisation des vaccinations recommandées et obligatoires en lien avec la médecine du travail. Les vaccinations contre la grippe sont réalisées directement dans les services. Les taux de vaccination sont communiqués aux équipes et sont intégrés au tableau de bord affiché dans le service. Etablissement de seconde ligne, l'hôpital a défini la typologie des risques pouvant générer des tensions hospitalières dans le plan SSE (plan blanc). La gouvernance s'est dotée de l'outil de rappel massif Crisisoft. Celui-ci permet l'organisation rapide d'une cellule de crise adaptée à l'évènement et le rappel de personnel sur des postes ciblés. Cet outil a été testé par la gouvernance et est en voie de déploiement. Deux évènements majeurs vécus par l'hôpital ont fait l'objet de retours d'expérience: l'évacuation de l'hôpital suite à une inondation (crue de la rivière en 2014), la crise COVID (en lien avec l'hôpital de Millau). Le service des urgences participe aux exercices annuels réalisés par les pompiers. Un protocole définit les aménagements permettant la mise en isolement pour risque de transmission d'agents infectieux. Les équipements nécessaires à la mise en oeuvre d'un plan SSE sont disponibles et contrôlés. La crise COVID a permis de systématiser la coordination au niveau du GHT en matière de gestion des lits et des ressources humaines. L'établissement dispose d'un plan de sécurisation établi depuis 2018 en lien avec la gendarmerie (convention). Il a été revu en 2020 puis 2021. La gendarmerie effectue des rondes toutes les nuits, propose des formations et organise une cellule de veille trimestrielle avec l'hôpital. Une procédure concernant les signalements disparition inquiétante est en place. La prévention du risque suicidaire fait l'objet d'un travail avec le service de psychiatrie du CH de Millau. Tous les services ont effectué une cartographie des risques en 2017, mise à jour en 2019 et 2021. Celle-ci a permis à l'encadrement en lien avec la direction qualité, de définir un plan d'actions visant à sécuriser les différentes étapes de la prise en charge. Le centre hospitalier Emile Borel est engagé depuis plusieurs années dans la maîtrise des risques environnementaux et le développement durable. Un audit énergétique a été réalisé en 2022 et a donné lieu à un plan de sobriété diffusé à l'ensemble des agents. Le bilan des émissions de gaz à effet de serre (BEGES) a été actualisé en 2023. Les consommations en eau et énergies sont suivies. L'hôpital a défini une politique RSE (responsabilité sociale des entreprises). L'hôpital Emile Borel est engagé dans le projet européen Life Resystal, portant sur l'adaptation climatique et sociétale des établissements de soins. Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchets. Le protocole de tri est affiché. La traçabilité est assurée. La prise en charge des urgences vitales a fait l'objet d'une attention particulière. Un N° d'appel d'urgences unique est affiché et connu des professionnels. Les professionnels sont formés (AFGSU, simulations). Les charriots d'urgence sont homogènes sur tous les secteurs. Ils sont contrôlés et évalués. Le transport interne des patients est réalisé par les professionnels des équipes. Il est adapté et réactif. Au regard du contexte de tension en RH PM, le dispositif d'accréditation des médecins n'est pas promu par l'ES. Aucun médecin des spécialités dites à risque n'est accrédité. La gouvernance médico-soignante mobilise les équipes sur l'identification, la diffusion et l'application des bonnes pratiques. Les protocoles sont travaillés en lien avec les sociétés savantes (SFAR par ex.), les réseaux d'expertise (CPIAS par ex.) et les professionnels concernés. Ils sont ensuite diffusés sur la gestion documentaire informatisée (Sésame) et font l'objet d'une communication via les comités spécialisés, les référents et l'encadrement. Des audits permettent d'évaluer leur application. Les résultats des enquêtes de satisfaction et les indicateurs sont pris en compte dans le programme d'amélioration de la qualité. Un tableau de bord Qualité sécurité des soins (QSS) est affiché dans chaque service. Il comprend les données propres aux services: résultats des indicateurs QSS, audits, EPP, enquêtes de satisfaction, EIAS, réclamations et objectifs prioritaires. Les informations sur les IQSS sont présentés et font l'objet d'une analyse partagée en Comité d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins

(CAQSS), en CME et en CDU. Ils sont accessibles dans la gestion documentaire et sont affichés. La gouvernance suit le besoin journalier en lits (tableau de suivi journalier des lits MCO). Les disponibilités sont renseignées sur l'outil régional ORUMIP deux fois par jour. Il donne ainsi une visibilité sur l'ensemble des lits de la région et facilite la coordination régionale. Il existe un protocole de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence en cas de tension hospitalière. 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 : Renforcer la formation des professionnels à la prise en charge des mineurs. Systématiser la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 2^{ème} et la 72^{ème} heure Systématiser la mise à jour du carnet de santé de l'enfant lors de la sortie. Permettre au patient de disposer de locaux accessibles à toutes les formes de handicap.

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	120004619	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT AFFRIQUE	88 avenue du docteur Lucien Galtier 12400 Saint Affrique FRANCE
Établissement principal	120004668	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT AFFRIQUE	88 avenue dr Lucien Galtier Bp 291 12400 Saint-Affrique FRANCE
Établissement géographique	120784178	USLD DU CH DE SAINT AFFRIQUE	88 avenue dr Lucien Galtier 12400 ST AFFRIQUE 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	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	1,300
Nombre de passages aux urgences générales	9,469
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	35
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	5
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	6
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	3
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	3
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	2
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	59
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	13
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	2
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	40
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)	3
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	2
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Traceur ciblé			NA
5	Traceur ciblé			Urgences générales
6	Traceur ciblé			SMUR
7	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
8	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
9	Audit système			
10	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	

12	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable ou PO
13	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
14	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
15	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
16	Traceur ciblé			Antibiotique injectable ou PO
17	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable ou PO
18	Traceur ciblé			Per opératoire

19	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
20	Audit système			
21	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
22	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Audit système			
24	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Audit système			
27	Traceur ciblé			Endoscopie
28	Audit système			
29	Audit système			

30	Audit système			
31	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
32	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
33	Audit système			
34	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
35	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> <p>Tout l'établissement</p>	
36	Traceur ciblé			EI
	Audit			

37	systeme			
38	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
41	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
43	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
44	Audit système			
45	Audit système			

46	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
47	Audit système			
48	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
51	Audit système			
52	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière	

			Urgences Tout l'établissement	
53	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
54	Traceur ciblé			PSL
55	Parcours traceur		Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
56	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
57	Audit système			

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

