



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRES
HOSPITALIERS DU VAL
D'ARIEGE ET DU PAYS
D'OLMES**

Chemin de barrau
Saint jean de verges
09017 Saint jean de verges



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 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	14
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	22
Annexe 3. Programme de visite	26

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRES HOSPITALIERS DU VAL D'ARIEGE ET DU PAYS D'OLMES	
Adresse	Chemin de barrau Saint jean de verges 09017 Saint jean de verges FRANCE
Département / Région	Ariège / 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	090781774	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES VALLEES DE L'ARIEGE (CHIVA)	Chemin de barrau Bp 90064 09000 FOIX FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

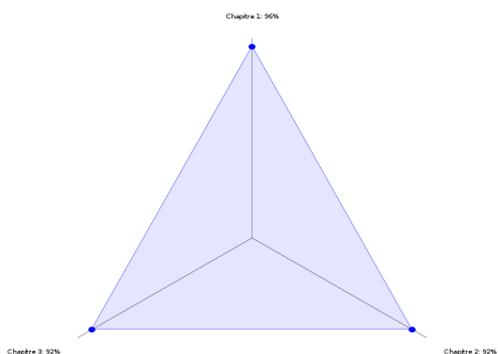
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

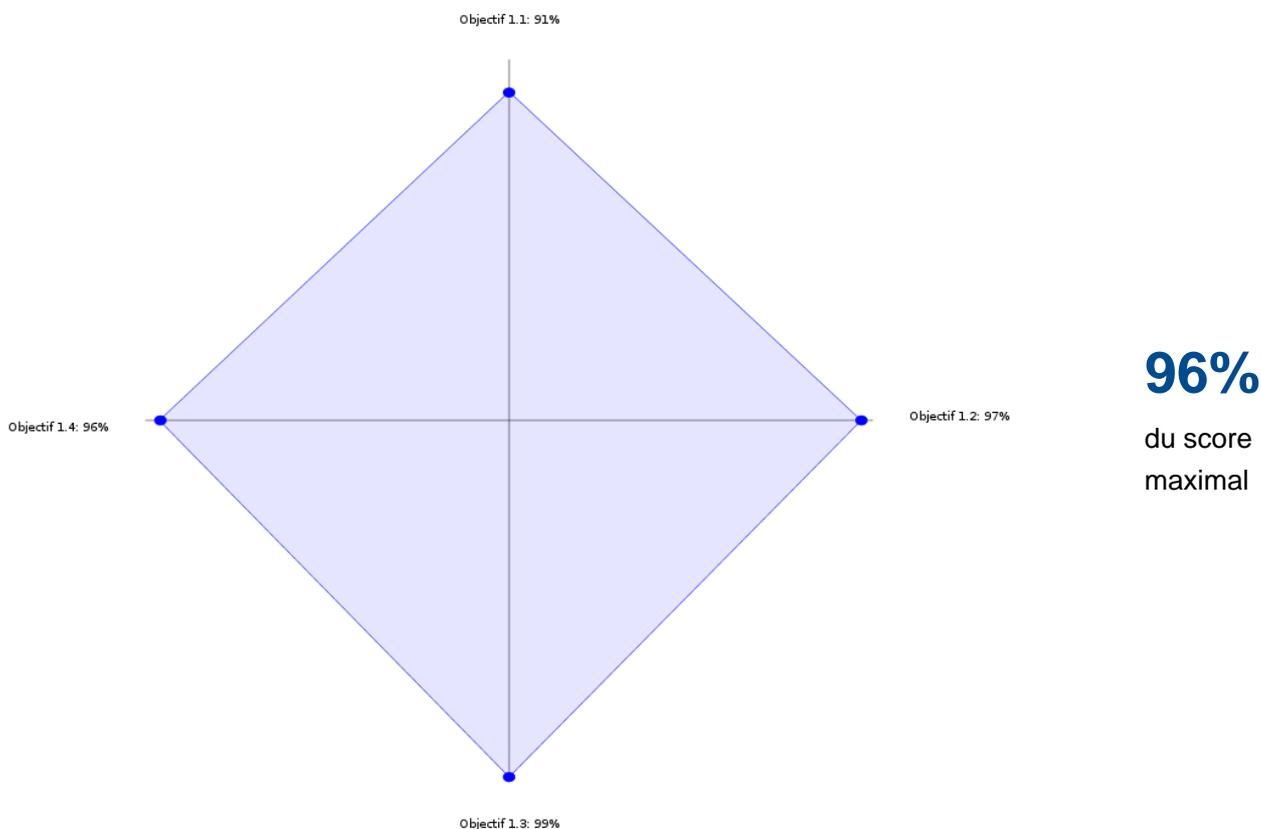
Au regard du profil de l'établissement, **124** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



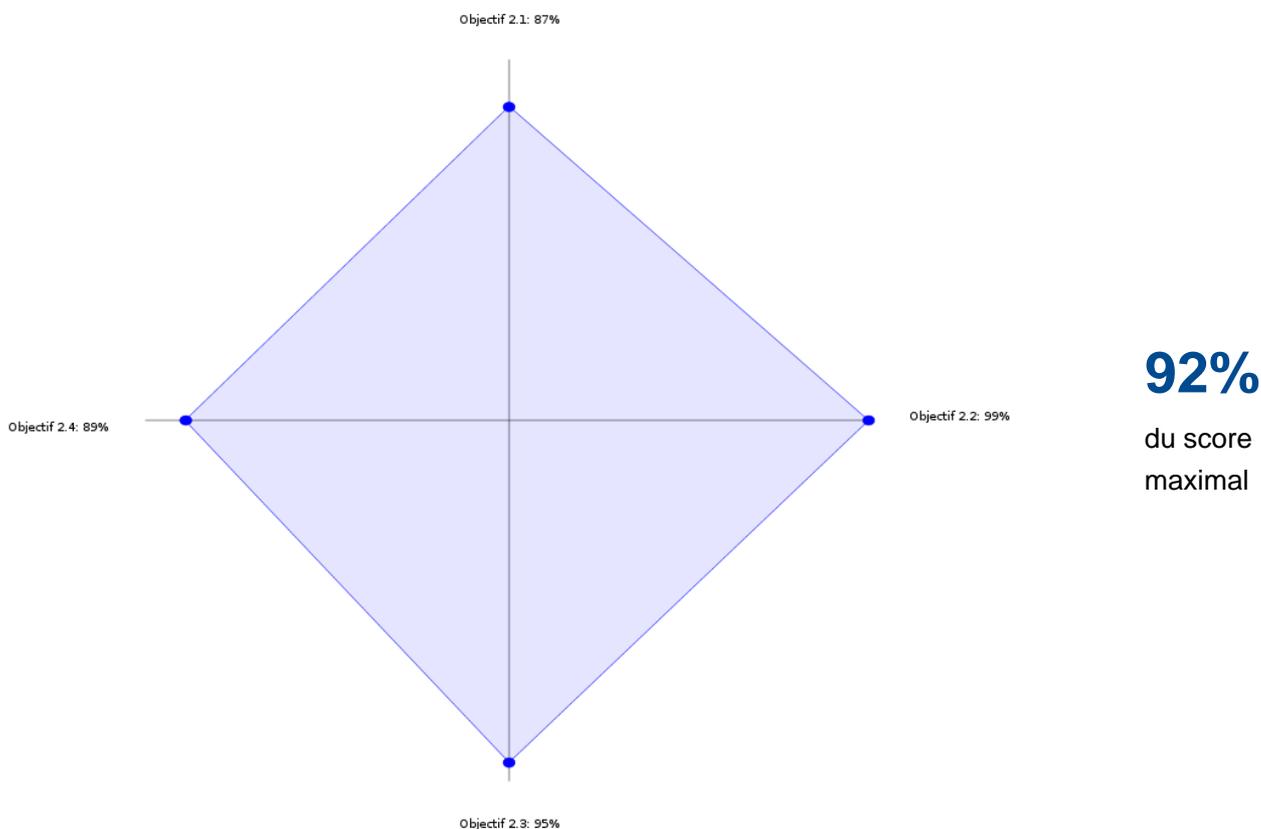
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	91%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	99%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	96%

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques les équipes savent très majoritairement témoigner de l'information donnée au patient. Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités (exemple en dialyse ou en orthopédie réglée). L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé (messages de santé publique sous forme d'affichage et de plaquettes dans tous les services) ; la plupart des équipes tracent les informations données au patient relatives à ses facteurs de risques. Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge (exemples : actions éducatives spécifiques aux stomisés digestifs, information ainsi qu'aux visiteurs sur les précautions complémentaires appliquées pour un patient en

néphrologie) ; pour autant les raisons et les règles d'application pour les précautions complémentaires en sont pas toujours expliquées au patient et à ses visiteurs. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse. Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix ; ces désignations sont très majoritairement retrouvées dans le dossier du patient. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour sa prise en charge (notamment en endoscopie digestive ou en orthopédie). Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées. Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés. En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge avec des contacts téléphoniques pré et post hospitalisation. En HAD, le patient sait qui contacter à tout moment (consignes connues des patients rencontrés, astreinte 24h/24). En ce qui concerne les directives anticipées, le patient n'est pas toujours informé de son droit à en rédiger. Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs (prise en charge palliative en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs) ; la personne de confiance est dans la plupart du temps sollicitée en l'absence de directives anticipées. Malgré les nombreux affichages existants sur les représentants des usagers et associations de bénévoles et leurs coordonnées, ainsi que les informations dans le livret d'accueil, la plupart des patients rencontrés déclarent ne pas connaître les représentants des usagers et associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner ni leur rôle ; les patients sont très majoritairement informés des aides techniques et humaines qu'ils peuvent bénéficier pour leur retour au domicile. Le patient est invité à faire part de son expérience (exploitation de verbatim) et à exprimer sa satisfaction (e-satis et nombreux questionnaires spécifiques dans les services) ; cependant les patients rencontrés ne sont pas tous informés des modalités pour soumettre une réclamation et très peu sont informés des modalités pour déclarer un évènement indésirable associé aux soins. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge en amont, pendant et en aval de son hospitalisation ; pour autant il ne sait pas toujours que l'équipe de soin va alimenter et consulter son dossier médical de Mon Espace santé (DMP) sauf opposition de sa part. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité ; il a été constaté partout des pratiques respectueuses dans les soins et relations avec les patients. Sur le site principal, les locaux sont adaptés et facilitent le respect de la dignité et de l'intimité (peu de chambres doubles, rideaux séparateurs). En revanche les locaux de Lavelanet ne facilitent pas le respect de l'intimité, la reconstruction du site étant en cours). Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté dans tous les services où sa présence est effective (urgences, pédiatrie, bloc et SSPI, chirurgie), systématiquement en chambre seule. Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de sa prise en charge (exemple : en néphrologie ou en chirurgie). Il est en de même pour le patient âgé. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale tracée dans le dossier et réévaluée régulièrement ; cependant le patient ne reçoit pas toujours une information claire sur sa motivation. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires même en situation de tension d'activité. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur (nombreux protocoles connus et appliqués, utilisation d'échelles adaptées, réévaluations régulières tracées dans le dossier) ; les prescriptions « si besoin » ne sont cependant pas toujours complètes (niveau de douleur parfois pas indiqué dans plusieurs services). Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et les aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins ; dans de nombreux services observés (pneumologie, HAD, orthopédie, SMR, aidants familiaux pour les détenus en maison d'arrêt, etc.), une IDE coordonnatrice anticipe les entrées et sorties avec les patients et leurs familles. Ils adhèrent avec l'accord du patient aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD. La présence des proches et des aidants est facilitée en dehors des heures de visite lorsque la situation le nécessite : horaires de visite élargis, présence la nuit possible en réanimation ou en maternité par exemple. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates (exemples en néphrologie, en HDJ hématologie, rencontre systématique par le médecin et l'assistante sociale avec le patient et sa famille en SMR à Lavelanet). Quelques patients

rencontrés ont exprimé le fait de ne pas avoir été orientés vers les aides sociales adaptées. Le patient vivant avec un handicap ou ses proches exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins. Le patient mineur hospitalisé en pédiatrie et atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie ; un recueil de données est effectué dès l'entrée du patient sur le mode de vie afin de préparer la sortie. Certains professionnels se déplacent au domicile pour anticiper les aménagements nécessaires (assistante sociale, kinésithérapeute en orthopédie). Une assistance sociale est proposée au patient dans la plupart des cas.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



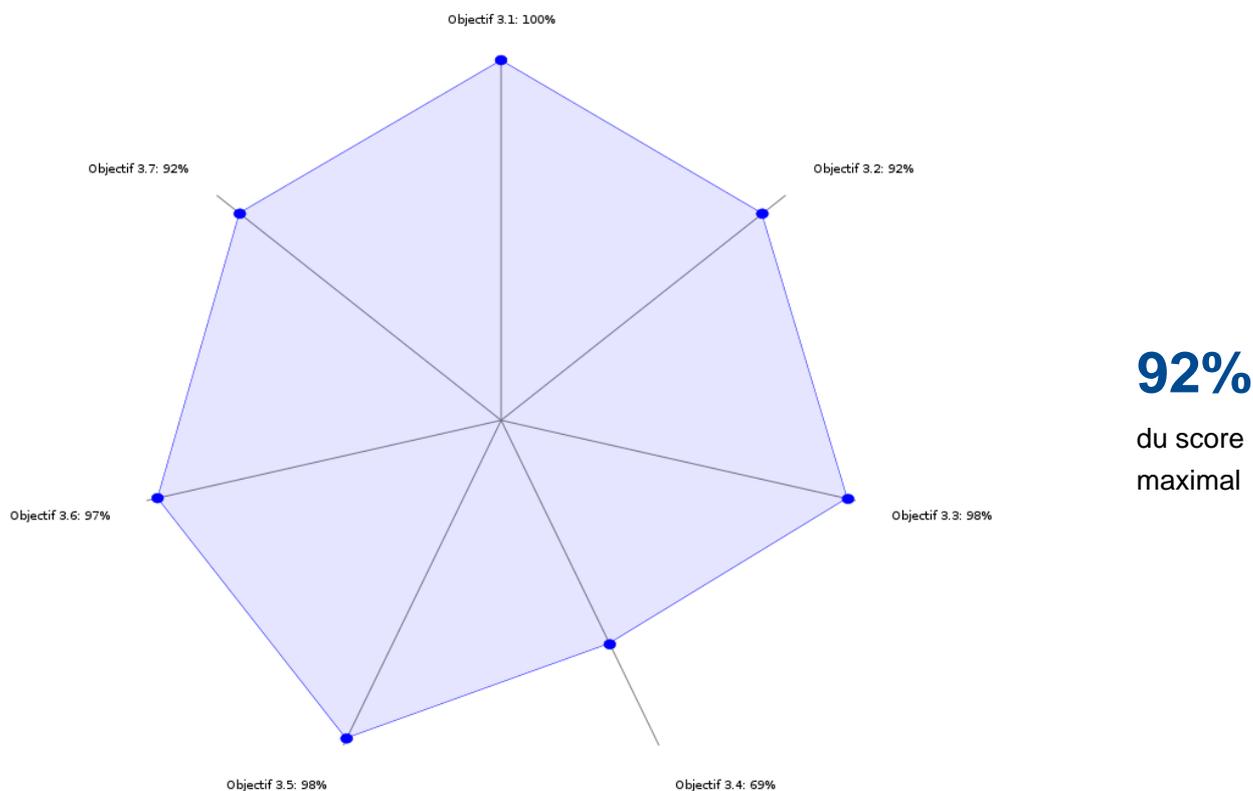
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	87%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	89%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes (nombreux staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires, RCP dans de nombreux cas, systématiques en cancérologie et en gastro-entérologie pour les prises en charge interventionnelles sensibles, organisations de filières territoriales avec protocoles de prise en charge tels que le réseau en oncologie ou celui de la naissance). La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec les équipes d'aval. La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe. En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée : prescription systématique, traçabilité des allergies, appel au biologiste si nécessaire, réévaluation tracée, outils d'aide à la prescription, suivi d'indicateurs ;

cependant en l'absence de médecin infectiologue (recrutement prévu), il est constaté une absence de programme de formations à l'utilisation des antibiotiques suivi par les praticiens et les internes. L'analyse bénéfice/risque de la transfusion des produits sanguins labiles est réalisée ; l'analyse de la pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée. Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale. Le dossier préhospitalier du SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient (tablettes connectées à la régulation pour transmission extemporanée des éléments cliniques, QR code permettant l'impression et le scanner du dossier préhospitalier dans le dossier du patient). L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge (circuits courts identifiés et effectifs). Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté ; le dossier informatisé du patient est largement utilisé par tous les professionnels (traçabilité exhaustive). Cependant en réanimation le dossier du patient est un dossier papier ne garantissant pas complètement l'exhaustivité et la mise à disposition facile des éléments nécessaires à la prise en charge (un projet d'informatisation est en cours). Les équipes se coordonnent dans la grande majorité des cas pour la mise en œuvre du projet de soins : jeux de rôles organisés par le médecin avec l'équipe en HDJ hématologie sur les directives anticipées, projet mené par les aides-soignantes et les IDE sur le choix des repas en HDJ, préparation collective de l'admission SMR. La sécurité de la prise en charge médicamenteuses du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux (cible : les personnes âgées de plus de 75 ans passées par les urgences et en service de court séjour gériatrique). Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'expertise ou de recours. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check list « sécurité du patient » est utilisée de manière efficace ; pour autant elle n'est pas toujours réalisée complètement en présence des personnes concernées. Les professionnels intervenant au domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent. En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 est assurée. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient. Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le DMP sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie. Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient, majoritairement le jour de sa sortie, et permet la continuité du parcours de soin. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (bonne connaissance des protocoles d'identitovigilance y compris en urgence et en dehors des heures ouvrables). Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires (connaissance des alertes descendantes et ascendantes). Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments (analyse pharmaceutique effective de niveau 2 répartie entre les pharmaciens, recommandations de bonnes pratiques connues des professionnels) ; le bilan thérapeutique est retrouvé dans le dossier du patient dans la plupart des cas ; l'analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique du patient. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments (traçabilité dans le dossier informatisé du patient au plus près de l'administration, trace de la non-administration avec motif retrouvé dans la majorité des dossiers, respect des bonnes pratiques de préparation et d'hygiène, formations des professionnels, gestion des périmés). Le service d'HAD maîtrise la sécurisation du circuit des produits de santé. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque (formation des professionnels, étiquetage dans tous les services et la pharmacie, listes adaptées connues des professionnels, transport sécurisé, implication du comité des médicaments). L'approvisionnement et l'accès aux produits de santé sont réalisés très majoritairement conformément aux recommandations de bonnes pratiques (exemple : gestion des médicaments thermosensibles organisée avec stockage et transport très majoritairement sécurisés et surveillance des réfrigérateurs). Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge

médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains (nombreux audits, zéro bijoux constaté). Les précautions standard et complémentaires s'appliquent conformément aux bonnes pratiques. De nombreux audits sont effectués sur l'hygiène des mains, la gestion des excréta, les précautions complémentaires, suivis de plans d'actions et de formations, suivi d'indicateurs. Les précautions sont expliquées au patient et à sa famille. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs (bonnes pratiques respectées, gestion documentaire actualisée, suivi d'indicateurs). Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates (exemple : circuit des endoscopes structuré et maîtrisé au niveau du traitement, de la formation des professionnels, de la maintenance et du contrôle des matériels et du programme de suivi d'indicateurs et d'audits). Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires ; pour autant, il a été constaté que des professionnels portaient une tenue de bloc en dehors du bloc opératoire et qu'ils entraient dans le bloc avec la même tenue. Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent très majoritairement le risque de dépendance iatrogène. Elles respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé (sensibilisation vaccinale en lien avec la patientèle prise en charge, implication du service de santé au travail) ; par contre le taux de couverture vaccinale par unité n'est pas diffusé aux responsables de ces unités. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants mais peu d'équipes informent le patient des doses qu'il a reçues et des risques pour sa santé et les professionnels ne savent pas toujours expliquer la conduite à tenir en cas d'incidents. Les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat sont totalement maîtrisés. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée (score de Chung). Le transport des patients en intra hospitalier est maîtrisé (adapté aux besoins, vigilance pour le confort du patient, organisation du service avec logiciel). Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques (exemple : audit régulier en réanimation des pneumopathies, CREX et RMM au SAU, EPP en chirurgie orthopédique) acquise sous ventilation mécanique. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction de leurs patients, certaines mettent en place des actions d'amélioration pour l'expérience patient. Les représentants des usagers ne participent pas à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience patient mais participent à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins. Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (organisation des déclarations y compris de presque accidents, analyses approfondies avec les services et professionnels concernés) ; cependant les médecins éligibles rencontrés ne connaissent pas tous le dispositif d'accréditation. Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients ; pour autant, il n'y a pas de registre de refus d'admission en services de soins critiques et les ré hospitalisations à 48/72 heures ne sont pas suivies. Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list en particulier les GO/NO GO. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats d'examen de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place (pertinence des prescriptions et qualité des prélèvements). Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont également mises en place ; les imageurs participent très souvent aux RCP. Les activités de prélèvement de tissus sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés (coordination de l'activité et de la présence des préleveurs de cornée, suivi quotidien du registre des décès et de l'éligibilité au don d'organe).

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	69%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	92%

L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours en lien avec les établissements sanitaires et médico-sociaux personnes âgées et handicap, ainsi que la médecine de ville (participation aux CPTS, interventions des équipes mobiles de gériatrie et d'hygiène en établissements médico-sociaux). Il participe à la coordination des parcours sur le territoire (pilote du GHT) et hors du territoire dans le cas d'activité des recours.

Pour les admissions en urgences dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide (bedmanager de territoire, circuits courts). L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales (exemple : entrée directe du domicile en médecine sur Lavelanet). Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément selon des formes variées (téléphonie, site internet, messagerie sécurisée, Doctolib, hotline téléphonique en journée pour les interlocuteurs libéraux en pédiatrie, en gériatrie et réponse directe dans chaque disciplina aux sollicitations de l'extérieur, présence d'IDEC dans tous les services et d'IPA en EHPAD en cardiologie et en cancérologie facilitant les liens avec les usagers et les professionnels de ville) ; les professionnels connaissent dans la grande majorité les types de documents du dossier patient reversés au DMP L'établissement promeut la recherche clinique en son sein (recherche clinique organisée avec un assistant de recherche) et en lien avec les acteurs de la région, notamment le CHU de Toulouse.

L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient (e-satis, nombreux questionnaires spécifiques dans les services (exemples : en imagerie, en HAD, en dialyse, en UHCD)), des enquêtes ciblées (exemple : en kinésithérapie) ou de l'expression libre (au dépositaire par exemple).

L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients (nombreux programmes d'éducation thérapeutique avec témoignage de patients, patients partenaires en dialyse) ; pour autant l'établissement ne possède pas de patient expert. Les patients ne participent pas à des démarches d'évaluation de pratiques et l'impact des intégrations de l'expertise patient n'est donc pas évalué. L'établissement a une communication centrée sur le patient. Il veille à la bientraitance (politique active déclinée en formations et actions sur les droits du patients, la communication non verbale et des formations spécialisées type langage des signes, prise en charge des patients autistes). Il participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients (exemple : RCP associant la PMI pour la déclaration des situations de maltraitance en pédiatrie).

L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein. L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap sur le site principal ; cependant le site actuel de Lavelanet ne facilite pas cet accès (reconstruction en cours). L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables (organisation de la PASS). L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier. L'établissement favorise l'accès aux innovations pour les patients, les liens avec le CHU de Toulouse facilite cet accès (consultations de spécialistes du CHU sur l'établissement, postes partagés). L'établissement implique les représentants des usagers et des associations de patients en son sein dans les instances et la vie institutionnelle ; néanmoins le projet des usagers de 2023 n'est pas articulé avec le projet médical et soignant (en cours de formalisation). La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins (organisation institutionnelle, au niveau des trios de pôle et binôme chefs de service-cadre soignant, PAQSS complet décliné aux pôles et aux services, staffs d'encadrement, participation des représentants des usagers au COPIL qualité, au COPIL dossier patient territorial ou au groupe « handicap »). L'établissement soutient une culture de sécurité des soins (la majorité des services ont répondu à l'enquête sécurité en 2023). La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge (maquettes organisationnelles, pool de remplacement IDE et aides-soignants, politique de maintien dans l'emploi dispositif Hublo, IDEC pour les soins indirects). Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management (séminaire annuel des cadres, formations pour les chefs de pôles et d'unités, projet de management participatif territorial en cours de formalisation). La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe (temps dédié dans les services pour travailler sur les modalités d'organisation ou les protocoles, staffs d'équipe, travail sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux en pédiatrie, en SMR et en HDJ par exemple avec implication du service de santé au travail) ; pour autant les professionnels rencontrés ne sont pas toujours sensibilisés au travail en équipe. La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (démarche type PACTE au SAMU). Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées ; les entretiens annuels des médecins n'ont pas débuté. L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs (soutien de l'équipe mobile de soins palliatifs en cas de

besoin, discussions au sein des équipes facilitée) ; pour autant les professionnels ne disposent pas d'un cadre opérationnel permettant la prise en compte rapides et faciles des problématiques éthiques (projet à court terme rassemblant l'ancien comité d'éthique et le comité bientraitance avec participation de professionnels libéraux et de représentants d'usagers) : de ce fait les représentants des usagers ne sont pas pour le moment associés à la réflexion éthique. La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (projet structuré, COPIL naissant, boîte à outils, démarche facilitant l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, berceaux dans une crèche réservés aux professionnels de l'établissement, aide au logement pour les médecins). La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits (médiateurs internes et externes, implication du service de santé au travail). La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (plan blanc à jour, exercices réguliers, connaissance des professionnels des plans d'urgence). La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée (plan de sécurisation de l'établissement remis à jour) ; cependant les patients ne connaissent pas tous les règles de sécurité. Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés : un COPIL à rayonnement territorial, des ateliers dans le cadre de la semaine du développement durable, des actions éco-responsables dans le soin et autour du soin (DASRI, endoscopie). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (numéro d'appel connu des professionnels, AFGSU pour tous les professionnels rencontrés, exercices de simulation, matériels dédiés et vérifiés). La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques (gestion documentaire importante et à jour, implication des instances). L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité ; cependant les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience des patients sont peu connues des professionnels. Par ailleurs les équipes ne connaissant pas les recommandations émises par la CDU. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins (suivi des IQSS nationaux et spécifiques, indicateurs suivis après audit observationnel tel qu'en transfusion, indicateurs de suivi du dossier patient après EPP soignante). Il analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins (déclarations en nombre croissant y compris des presque accidents, déclaration sur le portail ARS au-delà des cas réglementaires, analyse approfondie des causes avec le service qualité en support, RETEX, partage des EI au niveau polaire). L'établissement siège de SAU améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra hospitalier de qualité en toute sécurité. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :? Renforcer l'information générale du patient et la prise en compte de son expertise ; Motiver systématiquement les décisions de contention ; Proposer des formations à l'utilisation des antibiotiques à ses professionnels de santé ; S'assurer des bonnes conditions de réalisation de la check-list ; Associer les représentants des usagers à la démarche éthique et mettre en place un cadre opérationnel.

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	090781774	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES VALLEES DE L'ARIEGE (CHIVA)	Chemin de barrau Bp 90064 09000 FOIX FRANCE
Établissement principal	090000175	CHIVA - SITE ST JEAN DE VERGES	Chemin de barrau Saint jean de verges 09017 Saint jean de verges FRANCE
Établissement géographique	090002841	CHIVA SSR PAMIERES	10 rue saint vincent 09100 PAMIERES FRANCE
Établissement géographique	090001629	CHIVA - SITE LAVELANET	Rue la soulano Bp 30197 09300 Lavelanet Cedex 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)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	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	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	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	5,431
Nombre de passages aux urgences générales	41,987
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	36,699
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	177
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	63
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	25
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	20
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	2
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	9,757
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	7
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	85
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	9
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	1
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	53

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Audit système			
3	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
7	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Patient		Maternité	

8	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

12	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
13	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
14	Traceur ciblé			EI et EIG
15	Traceur ciblé			EI et EIG
16	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
17	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
18	Traceur ciblé			PECMED HAD
19	Audit système			
20	Traceur ciblé			PSL
21	Audit système			
22	Traceur ciblé			Antibiotiques injectables ou per os
23	Audit système			
24	Audit système			

25	Audit système			
26	Audit système			
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
34	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Médecine	

39	traceur		<p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
40	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
41	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
42	Traceur ciblé			Endoscope
43	Patient traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
44	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p>	

			Programmé Tout l'établissement	
45	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
46	Audit système			
47	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
48	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Traceur ciblé			SAMU/SMUR
50	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Traceur ciblé			Médicaments à risque et antibiotiques injectables ou per os
	Traceur			Précautions standard et

52	ciblé			complémentaires
53	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
54	Audit système			
55	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
56	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et per opératoire
57	Traceur ciblé			Médicaments à risque injectables ou per os
58	Traceur ciblé			Chimiothérapie
59	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p>	

			SAMU-SMUR Tout l'établissement	
60	Audit système			
61	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
62	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
63	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
64	Audit système			
65	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap	

			Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
66	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
67	Audit système			
68	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Urgences Tout l'établissement	
69	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

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

