



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER DE VIERZON

Bp 237

33 rue leo merigot

18102 Vierzon



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	18
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	25
Annexe 3. Programme de visite	26

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE VIERZON	
Adresse	Bp 237 33 rue leo merigot 18102 Vierzon FRANCE
Département / Région	Cher / Centre-Val-de-Loire
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	180000051	CENTRE HOSPITALIER DE VIERZON	33 rue Léo Mérigot CS 70603 18106 Vierzon Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

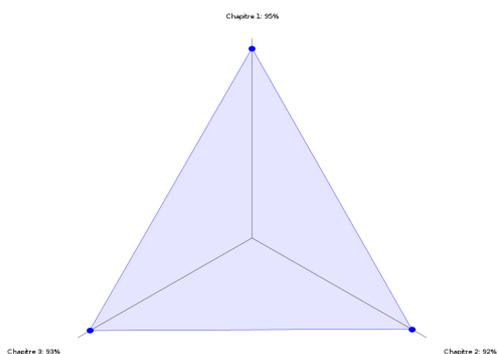
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

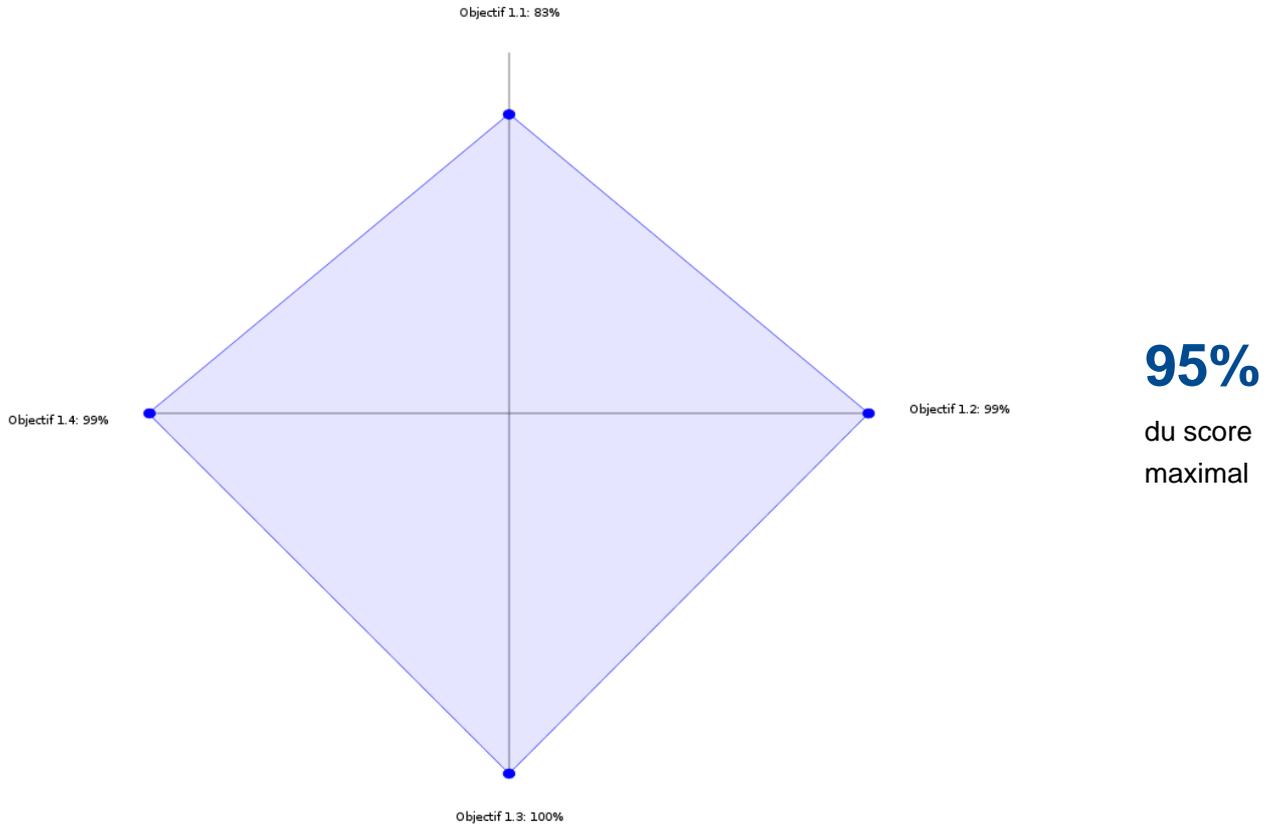
Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



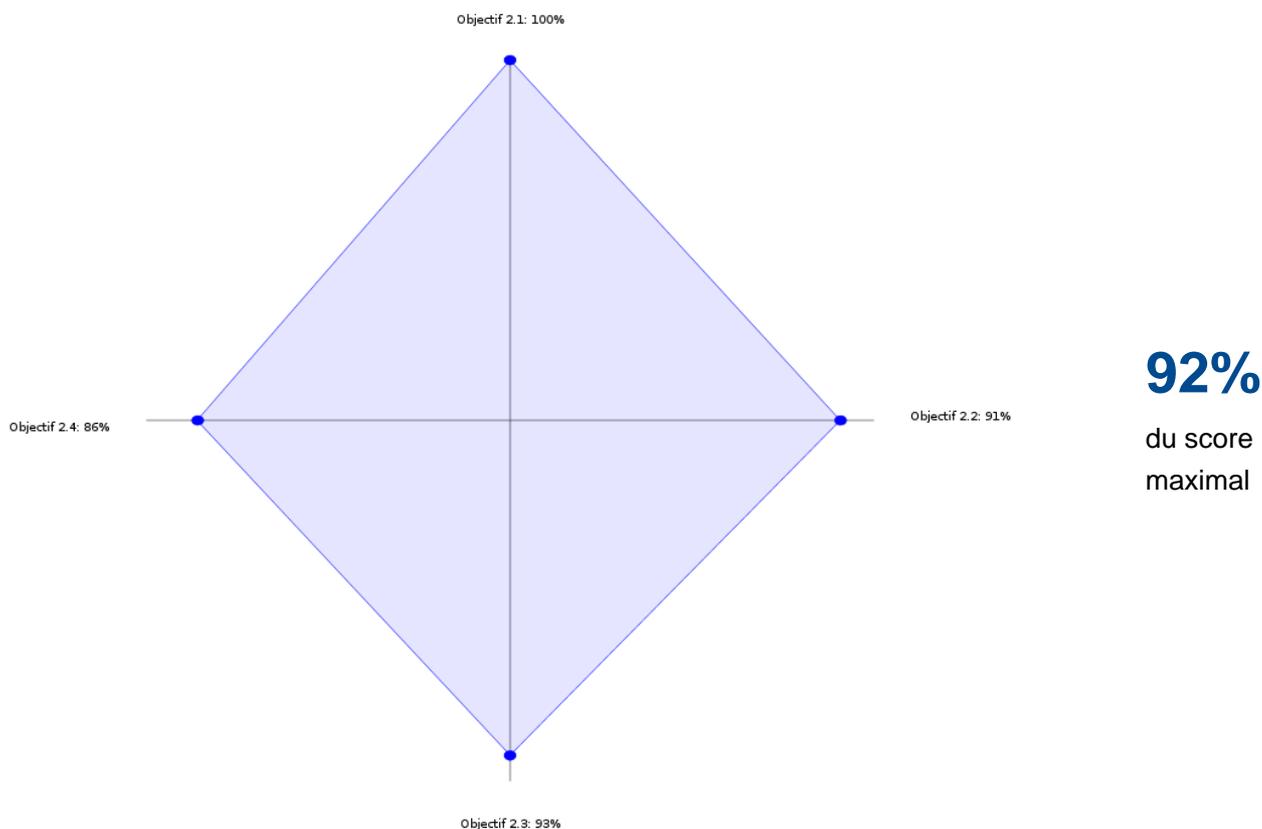
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	83%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

le patient est informé et son implication est recherchée. De nombreux documents d'information sont à disposition des patients. Des chartes sont affichées dans les services, toutefois concernant des prises en charges spécifiques, les affichages (telle la Charte Romain Jacob) ne sont pas constants. Des messages de santé publiques sont disponibles au sein de l'établissement avec des affiches mais aussi des flyers spécifiques (prévention tabac, vaccins, AVC ...). Le patient est vraiment acteur de sa santé, il est amené à exprimer son consentement très régulièrement. Les différents éléments de son projet de soins sont discutés avec lui et après accord du patient avec sa personne de confiance s'il en a désigné une. Ce projet est revu autant de fois que nécessaire en cas de parcours de soins complexes, et son accord et avis sont toujours sollicités aux différents temps de sa prise en charge. En ambulatoire, le patient ou ses proches, les parents quand il s'agit d'un mineur,

reçoivent les informations spécifiques liées à ce mode de prise en charge. Les futurs parents peuvent mener un projet de naissance avec l'équipe de la maternité dès le début de la grossesse. Concernant la pose d'un Produit Sanguin Labile (PSL), les informations sont données au patient, et son consentement est recherché. De la même manière, dans le cas de la pose d'un Dispositif Médical Implantable (DMI), la fiche récapitulative du dispositif est bien donnée aux patients. L'information concernant les représentants des usagers de la CDU, les moyens de les contacter et le rôle de la CDU sont bien en place avec divers affichages et documents de présentation dont le livret d'accueil. Toutefois, les patients interrogés, dans leur majorité, estiment ne pas avoir été informés, ni ne connaissent la possibilité de prendre contact avec un des représentants d'usagers. Lors de la rencontre avec les représentants des usagers, ces derniers ont malgré tout témoigné avoir été déjà contactés par certains patients et leurs familles, le plus souvent pour faire le lien avec les équipes de l'hôpital et avoir plus d'information. Pour les directives anticipées des informations sont données au patient, et leur recueil est formalisé, si le patient en a rédigé ou souhaité en rédiger. De la même manière, les patients ne relayent pas la connaissance de cette information. Pour les patients en fin de vie ou en soins de supports, leur expression est constamment recherchée tout au long de leurs différents séjours ; en l'absence de directives anticipées, si des souhaits de limitation de soins ont été émis oralement par le patient et ses proches, ils sont réinterrogés régulièrement en présence du patient, ses proches et bien entendu sa personne de confiance quand il en a désigné une. Le document permettant de désigner une personne de confiance est donné à tout patient lors de son entrée, y compris les éléments explicatifs de son rôle. S'il la désigne, ce document manuscrit et signé est scanné dans le dossier patient. Pour la possibilité de déclarer des Evénement Indésirables Associés aux Soins, les patients interrogés estiment ne pas connaître cette possibilité, ni avoir reçu l'information, malgré le fait qu'elle ait bien été transmise (affichage entre autres). De nombreuses questionnaires de satisfaction sont utilisés au sein de l'établissement; ils sont adaptés aux services, et sont présents en hospitalisation complète, aux urgences, en hospitalisation de jour de médecine et gériatrique, enfin en ambulatoire et pour les patients externes du laboratoire. L'établissement renseigne aussi E-Satis et les résultats sont pris en compte par la gouvernance et présentés en CDU. Les patients sont invités à faire part de leur satisfaction et de leur expérience. Toutefois, l'alimentation de l'« Espace Santé » par l'équipe de soins, et le fait qu'il peut s'y opposer, ainsi que l'existence d'une messagerie sécurisée qu'il peut utiliser ne sont pas connus, malgré l'information donnée avec remise de flyer et affichage. Le patient est respecté. Le patient est respecté au cours de l'ensemble des différents temps de sa prise en charge et de son parcours de soins. Malgré des locaux vétustes et anciens, avec un certain nombre de chambre doubles, le respect de l'intimité et la dignité des patients est constant. Les portes restent ouvertes uniquement à la demande des patients; si des soins sont en cours, une affiche sur chaque porte permet de le signaler. Les chambres doubles bénéficient de paravents ou rideaux. En ambulatoire pour la chirurgie adulte, le service propose des chambres où se succèdent deux patients au vue des prises en charge rapides, mais avec la présence de trois lits brancards confortables. Aucun patient ne se plaint de cet état de fait, qui est du tout simplement à la configuration des locaux. Une chambre simple permet d'isoler le patient qui doit l'être. Les familles attendent dans une grande salle d'attente attenante. Chaque patient se voit à sa sortie proposer un questionnaire de satisfaction spécifique, l'organisation du service y est constamment louée. Le service de pédiatrie est constitué de chambre seule. Aux urgences pour leur passage, un box dédié aux enfants permet de les mettre à l'écart des autres patients avec la présence de la famille ou d'un soignant si nécessaire. L'enfant ne reste pas seul. Des jouets, un environnement spécifique adapté aux enfants facilitent la prise en charge. Dans le service de médecine et ses trois secteurs, une politique de non contention est en place, et si une contention est mise en œuvre, elle est argumentée, réévaluée toutes les 24 heures. Une attention est portée au maintien de l'autonomie des personnes âgées. Les locaux sont adaptés aux handicaps ; même si certains parcours physiques au sein de l'établissement ne sont pas forcément simples au vu de la superficie importante en terme de couloirs, dessertes, annexes diverses, et des différents temps de la construction ou réhabilitation du bâti. Concernant la pris en charge de la douleur, le patient bénéficie de sons visant à la soulager, il reste à préciser le niveau de douleur en cas de si besoin. Cette pratique n'est pas exhaustive. les proches et/ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du

patient Les proches et aidants sont associés au projet de soins avec l'accord du patient. Dans le cadre de la prise en charge palliative, ou d'autres types de prise en charge difficiles, leur présence est favorisée auprès du patient. Ils peuvent venir quand ils le souhaitent, un espace famille leur est proposé, et un lit de camp peut être mis à disposition pour qu'ils restent dormir auprès du patient. Ils peuvent rencontrer quand ils le souhaitent un médecin ou un psychologue si nécessaire. A la maternité, une chambre parentale avec un grand lit est proposée aux parents, et pour la maman un lit cododo pour prendre en charge en toute sécurité son bébé. Le co-parent peut être présent à tous les moments de la prise en charge de la maman. Un projet, grâce à un système de self-service, de prendre son petit déjeuner à l'heure souhaitée par la maman est en cours d'élaboration. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. Une équipe de quatre travailleurs sociaux est en place. Un d'entre eux assiste au staff hebdomadaire des services et intervient dès que possible pour prendre en charge des patients aux situations sociales complexes. La précarité marque la patientèle du territoire. Pour les futures mamans, un lien avec la PMI et ses infirmières est construit avec un passage de l'infirmière de PMI dans le service de façon hebdomadaire, ce qui la fait connaître des parents et permet un suivi en ville plus précoce du bébé. Certains rendez-vous post accouchements sont aussi donnés à la maternité aux mamans les plus fragiles de manière à mieux les aniser que le bébé. Pour compléter ce tout, un staff médicosocial est organisé en maternité avec la PMI. Une pratique remarquable est l'attention toute particulière qu'a l'équipe qui prend en charge les patients pauci relationnels de maintenir le lien avec les familles et proches et une vie hors établissement. Une visite au zoo de Beauval a pu être ainsi organisée à l'attention de ces patients. Pour anticiper les sorties et les faciliter, au regard des éléments de vie courante, un ergothérapeute peut se déplacer au domicile du patient. Toutes les aides et adaptations possibles pour un retour à domicile sont alors recherchées et les dossiers nécessaires initiés ou instruits : MDPH, ...

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	86%

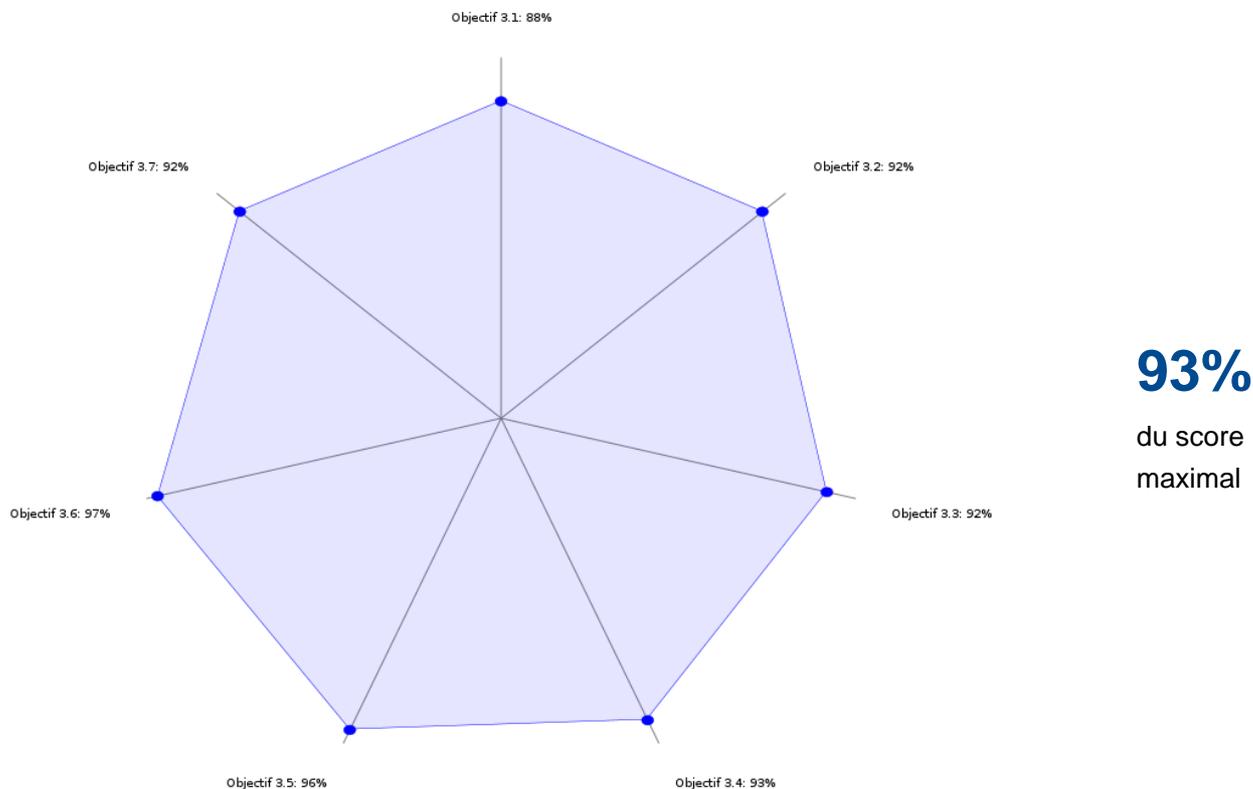
la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions sont argumentées au sein de l'équipe. La pertinence des hospitalisations s'exerce au sein de l'établissement : en SMR, les admissions sont évaluées lors de commissions d'admissions, et réévaluées de manière régulière toutes les semaines à minima. A travers l'orientation réalisée par la régulation du SAMU, pour les patients adressés au CH via le SMUR, dans le respect du choix des patients quand cela est possible, les équipes se connaissant, échangent sur l'orientation proposée. La coordination territoriale a pour objectif de faciliter l'accueil direct dans les services, l'établissement a mis en place des parcours qui permettent la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) en orthopédie ainsi que des Programmes d'Accompagnement au retour à Domicile après hospitalisation (PRADO) en coordination avec la CPAM (maternité, chirurgie). Des liens avec l'Hospitalisation à Domicile (HAD) permettent à

certain patients de faire des séjours alternatifs entre leur hospitalisation à domicile et celle proposée au CH, toujours en accord avec le patient et ses proches. La pertinence de parcours est questionnée en équipe pluriprofessionnelle et réévaluée en équipe dans l'ensemble des services et dans le respect des compétences de chacun des professionnels. La pertinence de la prescription peut être discutée entre le prescripteur et le pharmacien si nécessaire. Concernant le respect des bonnes pratiques d'antibiothérapie, elle est assurée par une réévaluation entre la 24e heure et la 72e heure. L'établissement bénéficie de la présence d'un médecin infectiologue qui participe aux journées nationales d'infectiologie régulièrement. Elle travaille en lien direct avec l'équipe d'infectiologie du CH de Bourges dans le cadre de réunions trimestrielles. Les avis, si nécessaire, peuvent être sollicités auprès des infectiologues du CHU de Tours. Cela se produit environ deux à trois fois l'an. Le site Guide de Prescription et Rein vient d'être intégré à l'outil de prescription pour simplifier l'adaptation thérapeutique des patients atteints d'insuffisance rénale. Il est également organisé des Groupes d'Echanges et d'Analyse des Pratiques avec les médecins de ville sur des thématiques diverses, dont l'infectiologie. Il est à mettre en relief des formations d'opportunité auprès des praticiens de l'établissement, faites à l'occasion des avis demandés. Des concertations pluridisciplinaires ont lieu régulièrement dans les secteurs de médecine, et tout particulièrement pour les patients pris en charge en soins de support/ versus soins palliatifs. D'ores et déjà pour ce qui concernent les patients suivis en oncologie, l'hôpital ayant deux places d'Hospitambition De Jour (HDJ), ce sont les oncologues de la clinique partenaire qui les suivent, et leur dossier est passé en RCP en lien avec l'équipe médicale qui les suit et est susceptible de les accueillir dans les autres secteurs de l'établissement. Une première annonce de la pathologie qui n'est pas la consultation d'annonce qui a lieu souvent, stricto sensu dans un deuxième temps, est réalisée par les médecins du centre hospitalier qui sont ceux qui suivent le patient. La prescription des PSL donne lieu à une analyse. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Chaque patient qui arrive aux urgences est pris en charge dans un circuit adapté à son état clinique avec deux circuits, un debout, et un couché. Les locaux sont très sécurisés, ils sont fermés à toutes personnes voulant entrer de l'extérieur. Un agent est présent à l'accueil 24H sur 24, et actionne l'ouverture ou la fermeture de la porte. Les locaux permettent une marche en avant après une première orientation faite par l'infirmière, ou une arrivée attendue en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) par le SMUR. Le dossier préhospitalier SMUR comporte tous les éléments nécessaires au continuum de la prise en charge. Il est scanné dans le dossier patient informatisé. Les délais de prises en charge sont communiqués au patient et l'équipe a accès à l'antériorité du dossier patient si ce dernier est déjà venu ; par contre il n'y a pas d'accès possible actuellement au Dossier Médical Partagé (DMP), cette évolution du logiciel métier est prévue à court terme. Pour les patients accueillis aux urgences et relevant de soins psychiques, un appel aux urgences psychiatriques du centre hospitalier spécialisé du département permet le transfert pour évaluation dès le lendemain. Des entrées directes sont possibles dans les services tout particulièrement en médecine, elles sont possibles grâce à la coordination territoriale avec l'ensemble des acteurs dont les médecins traitants mais aussi à celle inter-services. Des avis et le recours à des réseaux experts sont possibles. Chaque semaine a lieu le staff du service de médecine (qui comporte dans sa globalité douze lits identifiés soins palliatifs), il reprend toutes les situations cliniques des patients, quant à l'équipe de soins palliatifs, elle a aussi un staff un autre jour de la semaine auxquels sont conviés les soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie. Lors de ces staffs, ce sont, avec l'accord du groupe, les aides-soignantes qui font état de la situation du patient et de son évolution, car ce sont elles souvent qui passent le plus de temps auprès du patient et qui peuvent témoigner de ses attentes, et de ses souhaits. La prise en charge palliative développée depuis de nombreuses années au sein du CH est portée par une équipe mobile qui se déplace dans l'ensemble des services de l'hôpital mais aussi se rend à l'extérieur et collabore activement avec l'HAD. Cette équipe est composée d'une Aide Soignante (AS), d'une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), d'une psychologue, et d'un temps de médical, de secrétaire et d'encadrement. Ils construisent avec le médecin du service un projet de soins qu'ils proposent aux patients et à ses proches. D'une manière générale, la prise en charge des patients est constamment réévaluée en équipe et adaptée à son état clinique et ses souhaits. Toutefois, le recours à la télésanté n'est pas effectif dans

l'établissement. Au bloc opératoire dont actuellement la moitié a bénéficié de travaux de rénovation globale (la seconde partie de la réhabilitation est en cours), les check-lists utilisées sont adaptées aux différentes prises en charge : pour la césarienne, l'endoscopie entre autres. Tous les éléments de la prise en charge permettent le lien bloc opératoire/service : la fiche de liaison est bien complète avec un dossier d'anesthésie qui est papier ; toutefois l'implémentation du nouveau logiciel, et les travaux en cours n'ont pas encore permis une analyse en équipe formalisée. Le dossier médical de mon espace santé: le DMP est bien alimenté par l'envoi via MS Santé de la lettre de liaison ou compte rendu de consultation ou d'hospitalisation. Il n'y a pas de lien informatisé avec le dossier pharmaceutique. Par contre effectivement, les professionnels n'ont pas la possibilité d'avoir accès au DMP du patient, une évolution technique qui est prévue prochainement est nécessaire. Le carnet de santé de l'enfant est demandé et mis à jour lors des consultations ou hospitalisations. La lettre de liaison n'est pas remise à chaque patient systématiquement le jour de sa sortie ; l'établissement a conscience de cet élément et travaille à y remédier. Pour partie, cela est dû au manque de traçabilité de la remise, mais pas seulement. Des actions d'amélioration sont en cours, comme l'indication du DMI dans la lettre de liaison : la fiche concernant le DMI était bien remise au patient, il fallait compléter cette traçabilité par l'indication dans la lettre de liaison. Cela a été réalisé en cours de visite. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Pour ce qui est de l'identitovigilance, on peut mettre en avant la pratique de l'équipe de brancardage très respectueuse des différents éléments permettant de sécuriser l'identité des patients, ainsi que leur bienveillance.. La prise en charge médicamenteuse de la prescription à l'administration et tout particulièrement de la douleur dans le cadre des soins palliatifs est bien protocolée, tracée dans le dossier ainsi que ses réévaluations. L'équipe mobile qui intervient rédige dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) du patient l'ensemble de ses observations lors de chaque visite au patient ou staff. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments et d'administration. Le circuit du médicament a donné lieu à l'élaboration d'une cartographie des risques. Une liste des médicaments à risque a été définie et est apposée dans l'ensemble de l'établissement. Il a été défini et mis en place une liste spécifique en pédiatrie lors de la visite. Le risque actuel de rupture de médicaments est pallié par les acteurs de la Pharmacie à Usage Interieur et leur réseau. Les règles de stockage ne sont pas conformes aux attendus en termes de sécurité concernant le repérage du K Cl dans les armoires à pharmacie. Il est bien identifié comme médicament à risque; mais il a été retrouvé pour une dosette en pédiatrie à côté d'une autre dosette de Na Cl et dans deux autres armoires à pharmacie dans un compartiment bien séparé des autres par une clayette mais pas suffisamment repérable par une majoration de l'affichage. Cela a été rectifié dans l'ensemble de services dès le lendemain de ce constat qui a été partagé par l'établissement. Concernant l'analyse pharmaceutique, elle est développée au sein de l'établissement, par contre, elle n'intègre pas les éléments du dossier pharmaceutique qui n'est pas accessible. Pour les personnes vulnérables, dont les patients âgées le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse est prise en compte pour la sortie. Le bilan thérapeutique est tracé dans le dossier du patient ; toutefois il n'est pas retrouvé en systématique pour l'ensemble des patients de l'établissement dans la lettre de liaison. L'établissement travaille à améliorer cet attendu. Pour ce qui concerne la sécurité transfusionnelle tout est bien tracé et suivi. Les équipes formées connaissent les protocoles liés à cet acte, et le taux de destruction est mesuré. Les praticiens utilisent la dernière mise à jour des recommandations des sociétés savantes concernant l'antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. Le praticien infectiologue a axé son mémoire de Diplôme Inter Universitaire sur l'audit des pratiques d'antibioprophylaxie. Les équipes connaissent et pratiquent dans les règles de l'art les précautions standards et complémentaires sous l'égide de l'IDE hygiéniste ; des évaluations sont réalisées, entre autres des audits avec le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) sur la pose des perfusions, la pose de la sonde urinaire, sur le port du masque. Un audit tout particulier a eu lieu en février 2024 avec les élèves IDE sur les pratiques des précautions standards sur l'ensemble des sites hospitaliers de l'hôpital. D'autres audits sont menés : pulp friction (kit CPIAS), un autre sur les précautions complémentaires en médecine 1 et un autre sur la manipulation de l'aiguille de Huber (chambre implantable) en médecine 3. On peut noter le passage de l'IDE hygiéniste très régulier dans les services. La maîtrise de la désinfection des

endoscopes est effective avec une équipe qui applique les protocoles et les modes opératoires liés à cette pratique ; les professionnels en charge de la désinfection sont formés par un tutorat bien réalisé, ils restent à mettre en place une formation qui leur permette d'être habilités. Pour ce qui est de la prise en charge des Hémorragie du Post Partum (HPP), l'organisation mise en place est sécurisée, connue des professionnels avec un matériel d'urgences vitales présent en salle de naissance. L'ensemble de l'équipe de la maternité se forme aussi régulièrement à la réanimation des nouveaux nés, in situ en allant à tour de rôle au CHU de Tours. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. L'ensemble des équipes n'évalue pas leurs pratiques sur un échantillon de patients au vu des résultats cliniques. Certaines toutefois, attestent de cette pratique : par exemple, l'équipe mobile de soins palliatifs qui assure un bilan annuel de son activité et suit ainsi certains indicateurs de soins. Par contre, les équipes suivent et connaissent dans leur grande majorité les résultats des différentes enquêtes de satisfaction. Ces dernières étant spécifiques à certains secteurs spécifiques (HDJ de Chirurgie par exemple ou urgences), elles en tiennent compte. Elles sont aussi au courant des éventuelles plaintes et réclamations qui sont présentées par le cadre lors de réunion d'équipe. La déclaration des événements indésirables étant bien en place et connue des professionnels, avec plus de 700 déclarations annuelles ces deux dernières années ; ces événements donnent lieu à des analyses Comité de Retour d'Expérience (CREX) ou Revue de Mortalité Morbidité (RMM; au moins un CREX est réalisé par pôle et par trimestre. Ces analyses sont menées par des personnes formées à l'analyse des risques relayées dans les services par des référents. En Unité de Soins Continus (USC), les refus d'admission de patient sont suivis, ainsi que les raisons de ce refus qui reste exceptionnel. La liste des patients transférés dans un deuxième temps de leur hospitalisation dans une réanimation est tenue, les raisons de ce transfert sont analysées. Pour ce qui concerne l'imagerie, les comptes rendus sont réalisés à distance par des radiologues; il s'agit de télé imagerie, cette pratique ne permet pas la participation des radiologues aux staffs. Pour les chek- lits, elles sont en place et les indicateurs de modalités de réalisation sont suivis. Prenant en considération les travaux du bloc opératoire, il reste à mener en continu ces démarches.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	88%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	93%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	96%
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 définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Le centre hospitalier de Vierzon est un établissement central en termes de position géographique dans le territoire. Il est à 35 minutes environ des centres hospitaliers de Romorantin, Bourges, et Châteauroux, 45 minutes d'Orléans et un heure quinze de TOURS. Le dernier projet d'établissement s'est terminé en 2020, l'établissement dans le même

temps s'appuie sur un projet médico- soignant qui lui a été renouvelé, il est en cours d'élaboration du prochain Projet d'Etablissement (PE) dans le même temps et en lien avec le Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT). Il dessert une population de presque 70 000 habitants, avec de nombreux patients en Affection Longue Durée (ALD) sans médecin traitant. C'est aussi une population relativement précaire et rurale, qui pour une grande partie n'accédera pas aux soins, si celui-ci est trop éloigné. Le centre hospitalier à ce titre, a mis en place un dispositif expérimental qui fait que c'est l'entité « centre hospitalier » qui est considérée comme médecin référent des patients qu'il suit dans le centre de santé qui a été créé. Ce centre fonctionne en symbiose avec celui créé initialement par la médecine de ville sous forme de Groupement d'Intérêt Public (GIP). C'est d'ailleurs à leur demande et pour répondre à un besoin très important de demande de consultations de la population sans suivi que ce centre a été créé. Il fonctionne avec une majorité de médecins de l'établissement sous forme de statut de praticien associé mais aussi avec des médecins seniors. 8400 consultations ont ainsi pu être honorées en 2023 depuis son ouverture (pour 10 mois de fonctionnement), qui concernent à peu près 40 % de patients en ALD. Le centre hospitalier a aussi permis d'organiser avec l'aide de la mairie d'Aubigny un centre de consultation de médecine générale mais aussi de gynécologie avec des sages-femmes. L'établissement coordonne ses actions avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) « Vierzon Berry Sologne », les professionnels tout particulièrement les médecins hospitaliers sont en contacts réguliers avec les médecins de la CPTS ; il est ainsi possible de réaliser des parcours avec des entrées directes. Pour ce qui concerne la cancérologie, l'établissement travaille en coordination avec un clinique de Bourges, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) sont menées avec l'équipe de la clinique qui envoie deux oncologues au CH de Vierzon en hôpital de jour pour la gestion des deux places d'oncologie. Les médecins des urgences sont en contact avec les psychiatres du CH de Georges Sand et peuvent hospitaliser des patients ayant des problèmes psychiques pour avis et consultations si besoin. Des équipes mobiles interviennent, des accès directs sont organisés aux patients pour ne pas passer par les urgences, que ce soit en médecine, chirurgie et USC. L'établissement participe au réseau de périnatalité pour ce qui concerne la maternité et pour la filière gériatrique, l'établissement propose un HDJ Gériatrique, des lits de médecine, du SMR de spécialité ainsi que des places d'EHPAD et d'USLD avec une UCC. Une équipe mobile gériatrique est en cours de composition avec accord de l'ARS, elle comporte déjà une IDE Gériatrique à temps plein. Avec la CPAM, le dispositif PRADO est développé pour ce qui concerne la maternité et la chirurgie. Pour ce qui concerne la recherche clinique, il n'y a pas d'équipes participant à des projets de recherches, toutefois la gouvernance a mis en place récemment une commission recherche avec l'objectif de repérer et aider les professionnels désireux de s'investir. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. L'établissement promeut l'engagement patient et développe de nombreuses enquêtes de satisfaction : en Hospitalisation Complète (HC), en HDJ de médecine, en HDJ gériatrique, en ambulatoire et au laboratoire pour les patients externes à l'établissement. Par ailleurs l'établissement a mis en place E. Satis et tient compte des résultats pour mettre en place des actions d'amélioration. Par contre il n'a pas encore été mis en place des questionnaires PROMS ou PREMS. L'expérience patient est promue: les représentants des usagers de la CDU ont participé à des patients traceurs, ils ont pu relayer leur parole. Ils participent régulièrement aux CREX qui sont organisés trimestriellement dans chaque pôle. De la même manière, ils participent à des pré-médiation, et sont sollicités à ce titre pour chaque demande de médiation par l'établissement. Les plaintes et réclamations sont connues ainsi que les courriers de félicitations. De nombreuses actions centrées patient sont menées. Par contre ils n'ont pas de patients experts, même si les usagers/ patients interviennent bien dans les groupes d'éducation thérapeutique. La bientraitance est traduite dans une charte, un cadre supérieur de santé a reçu une formation particulière pour accompagner les équipes, elle a une lettre de mission et est la référente de l'établissement. Des formations ont été proposées dans le cadre de la bientraitance et du bien-être des patients mais aussi des professionnels : deux professionnels de l'équipe de soins palliatifs se sont formés à la relaxation et prennent en charge par groupe de trois des patients d'oncologie régulièrement. Une salle a été ainsi adaptée pour permettre aux patients mais aussi aux professionnels qui le souhaitent de pouvoir se relaxer. Il s'agit surtout de revenir sur des éléments du quotidien

ou des questionnements des équipes avec un rôle fort de sensibilisation. Une politique de lutte contre la maltraitance est en place avec une procédure connue et appliquée : des signalements sont faits, à chaque fois une enquête administrative est menée, et dans l'attente des résultats, une suspension de l'agent peut être mise en œuvre (deux cas dernièrement). Un groupe d'aide aux aidants a été mis en place en SMR. Les locaux malgré leur vétusté pour certains permettent l'accueil des personnes handicapées, avec certaines fois des « parcours physiques » compliqués. La population du territoire étant relativement précaire, le service social composé de quatre professionnels participe systématiquement au staff hebdomadaire, et accompagne patient et famille. Il intervient aussi au niveau de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui est ouverte deux après-midis par semaine. Les patients ont accès à leur dossier, dans les délais requis, et la CDU est informée du suivi des demandes. Il reste à mettre en œuvre un projet usager, c'est ce qui est prévu dans le cadre plus général de l'élaboration du futur projet d'établissement. la gouvernance fait preuve de leadership. La gouvernance, à travers la Commission Médicale d'Etablissement (CME), l'encadrement, et les équipes décline une politique qualité structurée qui donne lieu à des actions sur le terrain inscrites dans un Programme d'Action Qualité et de Sécurité des Soins (PAQSS). L'établissement a, à ce titre mis en place, une commission d'administration de la qualité à laquelle participe la gouvernance. Les orientations prioritaires de la politique qualité reposent sur une culture partagée, une priorisation donnée à l'analyse des pratiques professionnelles et à l'implication des usagers. Les représentants des usagers participent à la mise en œuvre de la politique qualité par leur participation directe à certaines actions qualité et gestion des risques : ils participent aux CREX et ont aussi réalisé avec les équipes des patients traceurs. Concernant la culture sécurité des soins, il n'y a pas eu d'enquête sécurité de soins menée au sein de l'établissement. Par contre, les actions qualité très variées relayées par les professionnels sont mises en œuvre dans les services. Pour ce qui concerne l'adéquation des ressources humaines, l'établissement a mis en place un système de remplacement interne via une plateforme proposant des « missions » à ses propres professionnels ou à des vacataires connus. L'établissement n'utilise plus l'intérim pour le personnel para médical et préfère après définition des compétences de chacun des professionnels qui sont d'accord pour effectuer des remplacements internes dans d'autres services faire appel à eux. Il a des postes vacants de Professionnels Non Médicaux au sein de l'établissement comme dans de nombreux établissements de santé actuellement, les maquettes ont été revues prenant en compte cette problématique ainsi que le nombre de lits fermés : en avril 2024 toutefois, il reste moins d'une dizaine de lits fermés au global. Certains services ont aussi revu leurs horaires, ainsi les infirmières aux urgences vont passer en 12 heures début mai 2024 avec l'accord de la majorité d'entre elles. Ces projets sont travaillés en équipe. C'est déjà le cas pour les sage-femmes et les IDE et AS qui travaillent en USC. L'établissement repère les professionnels qui veulent prendre des responsabilités ; il leur propose des formations au management, avec un cycle de formation in situ proposé aux Professionnels Médicaux (PM) et PNM-cadres, par un organisme extérieur. Les managers peuvent bénéficier d'actions de soutien, tout particulièrement par l'écoute et l'accompagnement qui sont mises en place. Les cadres de l'établissement partagent leurs expériences et ainsi renforcent la solidarité d'équipe. l'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences L'établissement favorise le travail en équipe, il existe beaucoup de groupes de travail, de staffs et de référents qui interviennent à des titres divers (hygiène, qualité...). Il n'y a pas de démarche spécifique d'accréditation en équipe. La synchronisation des temps des équipes est favorisée. Les équipes ne développent pas de démarche spécifique style PACTE, mais des actions d'améliorations plus ciblées. Une stratégie de recrutement est mise en place, avec l'objectif d'asseoir le recrutement sur des compétences mais aussi sur le savoir être et d'apporter le sentiment aux nouveaux professionnels d'une appartenance à une communauté hospitalière (par exemple pour les jeunes médecins un compagnonnage est prévu). Les stagiairisations sont rapides, et des journées des nouveaux arrivants ont lieu deux fois l'an. Un plan de formation est en place avec des thématiques au regard des besoins de l'établissement, avec entre autres la gestion des émotions, la gestion de conflits et la communication. Il faut mettre en avant pour un établissement avec des postes vacants et de l'absentéisme, des formations comme la relaxation ont pu être mise en place et ce pour 10 professionnels. Le questionnement éthique est abordé à différents niveaux : tout d'abord dans les

staffs avec la présence de l'équipe de soins palliatifs, mais aussi avec les représentants d'usagers et la CDU qui met à son ordre du jour des questions éthiques sur le droit des patients. Il peut être aussi fait appel à des ressources extérieures si nécessaire concernant une question de fond qui n'a pu trouver réponse. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance. L'établissement a mis en place une politique Qualité de Vie au Travail (QVT) concertée, qui a été élaborée grâce à un questionnaire. Cette politique tient compte de l'analyse de la composition des professionnels du CH, mais aussi de l'absentéisme et des souhaits d'évolution dans leurs métiers des nouveaux soignants.

Concernant la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), des données mensuelles sont remontées à la direction générale. Le bilan social est suivi et complète les différents indicateurs qui permettent une projection sur l'évolution des ressources humaines. De actions et des solutions de proximité sont mises en œuvre pour faciliter les relations au travail et l'organisation en général. Un travail collaboratif est mené avec le service de santé au travail. Une cellule d'écoute et d'appui a été mise en place qui a pour objectif de libérer la parole, assumer le repérage des situations de tension et agir ainsi en termes de prévention. Une charte de télétravail a été élaborée et mise en place ; un repérage des situations conflictuelles par les managers permet d'amener une meilleure communication, et si nécessaire de réaliser une sorte de médiation. Un psychologue peut intervenir à la demande. Si le conflit le nécessite, la solution de médiation peut être apportée par des personnes extérieures à l'établissement. Ce dispositif n'est pas connu de l'ensemble des professionnels.

L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. L'établissement a identifié les risques prégnants pouvant amener à des tensions hospitalières ou des situations de crise. Tous les jours, un point de gestion des lits est organisé par la Directrice des soins avec l'encadrement qui permet de réguler et fluidifier les parcours patients. Une gestion des lits au niveau du GHT est en train d'être structurée. L'établissement peut répondre en temps de crise aux sollicitations du CH de Bourges établissement support du GHT 18. Une cellule de crise peut être mise en place rapidement, l'établissement et son équipe du Service d'Accueil des Urgences (SAU) participe à des exercices Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE). Un plan de sécurisation de l'établissement est en place. Au SAU, l'entrée dans le service est constamment surveillée, par un professionnel qui est à l'accueil et seul peut ouvrir le sas d'entrée après que la personne qui s'est présentée ait sonné. Pour les patients couchés, ils arrivent en ambulances ou avec les pompiers dans un autre circuit séparé et lui aussi surveillé. La sortie est libre, mais le sas peut être aussi fermé de l'intérieur (si on veut complètement maîtriser les entrées et sorties). Le risque d'intrusion est aussi pris en compte à la maternité; les urgences et la maternité étant les deux lieux qui accueillent des patients la nuit. Les risques majeurs identifiés par la gouvernance sont liés à la vétusté des locaux, avec entre autres des ascenseurs avec un double système de porte qui ne se fait absolument plus (deux portes une avec ouverture horizontale et l'autre verticale qui se ferment en simultanément). Certains locaux ne peuvent accueillir des lits ou places d'hospitalisation. Le bloc opératoire est en cours de réhabilitation dans son ensemble ; les deux salles opératoires déjà refaites apportent confort et modernisme. Pour ce qui concerne la consommation énergétique, la superficie au sol de l'hôpital est importante, avec des locaux et de nombreux mètres carrés dédiés aux couloirs ou coursives. Un état des lieux et un conventionnement avec un fournisseur d'énergie vont amener à des changements de chaudière. Un responsable développement durable a été nommé, après un état de lieux réalisé, un plan d'action est en cours: par exemple pour rationaliser le circuit des déchets. Toutefois, les professionnels ne bénéficient pas encore d'actions de sensibilisation structurées au développement durable. C'est prévu dans le plan d'action global développement durable. Pour ce qui concerne l'urgence, tout professionnel peut appeler un médecin compétent avec un numéro dédié. Des formations sont réalisées en interne dans l'ensemble des services auprès des équipes de soins par un médecin urgentiste pour répondre aux principales urgences. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. L'établissement dispose d'une équipe de brancardage très expérimentée et bienveillante pour les patients qui assurent les transports internes dans des délais requis. Des mouvements importants ont amené à renouveler une partie de la communauté médicale, aussi l'accréditation est un dispositif à promouvoir, ce que fait la gouvernance. Il n'y a pas actuellement au sein de l'établissement de médecin de spécialité à risque

accrédité. Les recommandations de bonnes pratiques sont suivies et diffusées auprès de soignants. Et le programme d'amélioration de la qualité tient compte de l'expérience patient qui s'exprime à travers diverses manifestations de l'écoute patient : des patients traceurs réalisés avec les représentants d'usagers (RU), les préméditations, des interventions de la neuropsychologue auprès de certains patients,... Les objectifs qualité et gestion des risques sont définis au sein de l'établissement et communiqués aux équipes par des actions de communication. Ils portent sur l'amélioration de la culture de la traçabilité surtout avec l'implémentation d'un nouveau dossier patient informatisé, sur la communication sur les actions qualité, et la qualité au cœur des processus. Le programme d'action tient compte de l'ensemble des indicateurs suivis, qu'ils proviennent des IQSS, enquêtes diverses, fiches d'événement indésirables et leur traitement, Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), CREX ect... 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 : Pérenniser les mesures correctives mises en place sur le circuit du médicament ; Systématiser la remise de la lettre de liaison Renforcer l'appropriation des professionnels à la démarche qualité

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 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	180000051	CENTRE HOSPITALIER DE VIERZON	33 rue Léo Mérigot CS 70603 18106 Vierzon Cedex FRANCE
Établissement géographique	180004640	ETABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DUREE	83 avenue du 14 juillet 18100 Vierzon FRANCE
Établissement géographique	180003345	SSR	Chateau de la noue 83 avenue du 14 juillet 18100 Vierzon FRANCE
Établissement principal	180000200	CENTRE HOSPITALIER DE VIERZON	Bp 237 33 rue leo merigot 18102 Vierzon FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
2	Audit système			
3	Patient traceur		<p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
4	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>	
	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>	

5			<p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
6	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
7	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
8	Patient traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
9	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p>	

10			Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
16	Traceur ciblé			EI (Maternité +++)
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

17	traceur		Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement	
18	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
19	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
20	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
21	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer	

			Programmé Tout l'établissement	
22	Traceur ciblé			transfusion
23	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
24	Audit système			
25	Traceur ciblé			SMUR
26	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
27	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
28	Traceur ciblé			chimio
29	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Audit système			
34	Audit système			
35	Audit système			
36	Audit système			
37	Audit système			

38	Audit système			
39	Audit système			
40	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
41	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
43	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
44	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
45	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
46	Audit système			
47	Audit système			
48	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
49	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
50	Audit système			
51	Audit système			
52	Audit système			
53	Audit système			
54	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	

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

