



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
GENEVIEVE DE GAULLE  
ANTHONIOZ**

1 rue albert schweitzer  
52115 ST DIZIER



Validé par la HAS en Février 2023

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Février 2023

# 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	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	23
Annexe 3. Programme de visite	27

# Préambule

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

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

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

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

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

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

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), 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 GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	
Adresse	1 rue albert schweitzer 52115 ST DIZIER FRANCE
Département / Région	Haute-Marne / Grand-Est
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	520780073	CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	1 rue albert schweitzer 52111 Saint Dizier FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

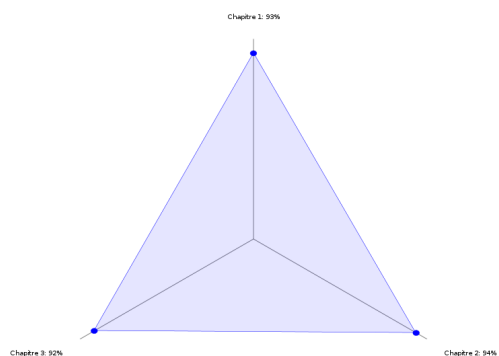


# Champs d'applicabilité

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
Tout l'établissement
Urgences

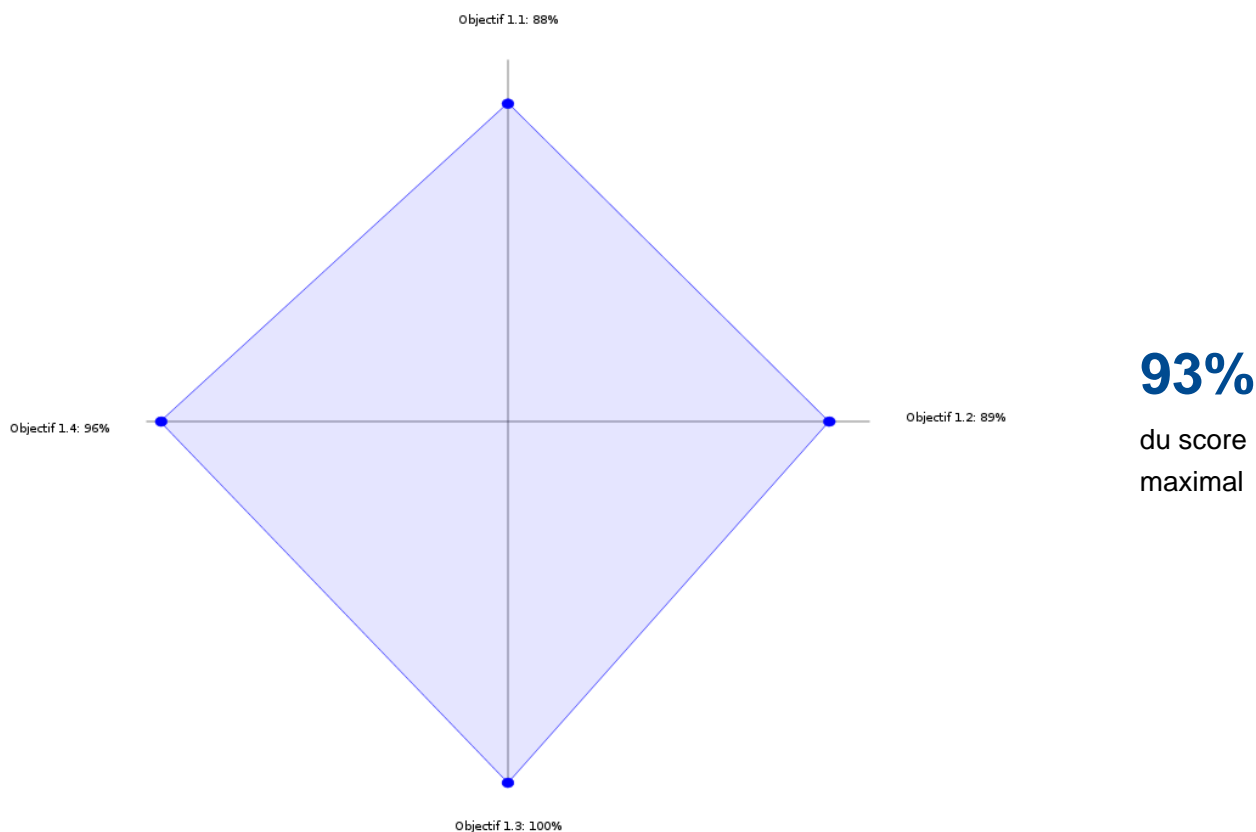
Au regard du profil de l'établissement, **117** critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



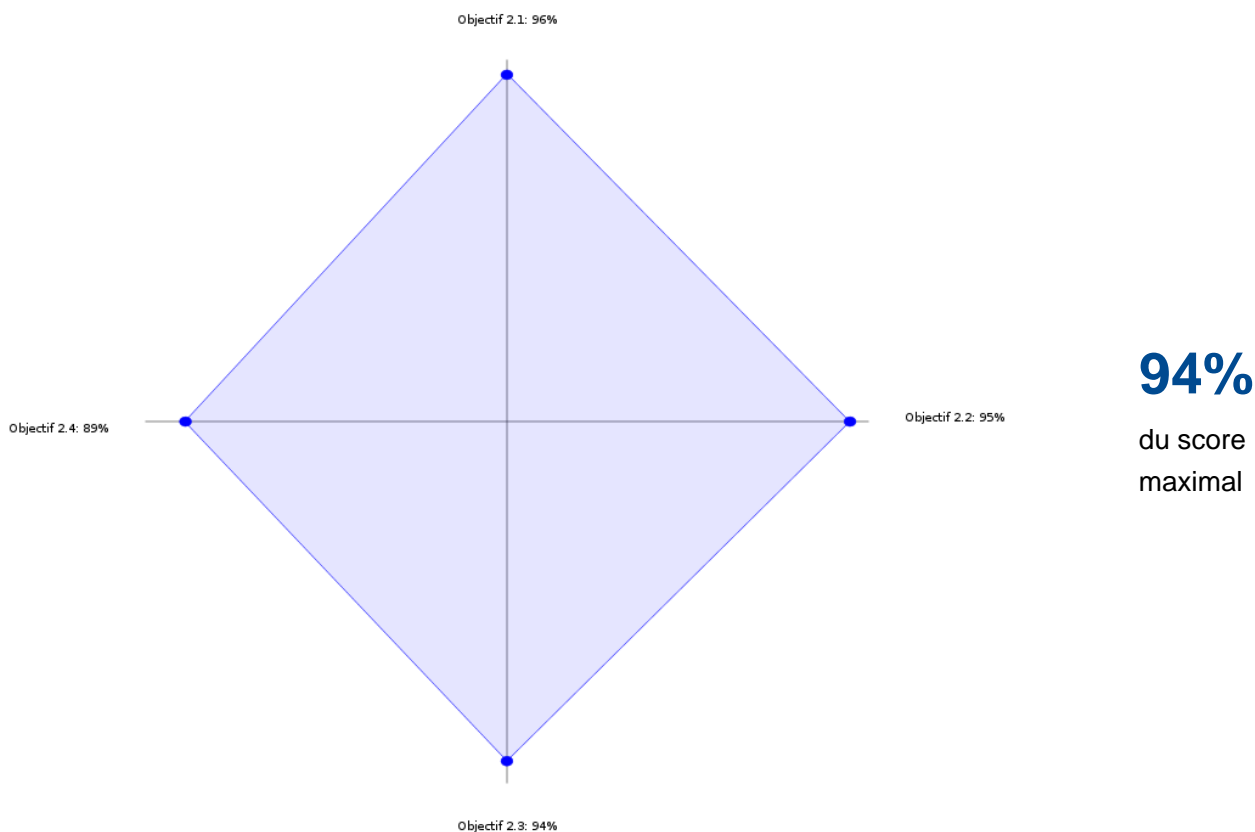
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	89%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	96%

Au sein du centre hospitalier (CH) de Saint-Dizier, les patients sont le plus souvent informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leurs sont proposés. Ils sont associés à la réflexion bénéfique/risque, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé recueilli à partir d'un formulaire signé par le patient. Au cours de la visite une seule patiente a exprimé son mécontentement lors du recueil de son consentement écrit pour une intervention orthopédique. Ce consentement a été rempli et signé par la patiente dans l'enceinte du bloc opératoire alors qu'elle ne portait pas ses lunettes lui permettant de lire le formulaire. L'établissement explique cette situation par un changement de chirurgien en dernière minute, le consentement ayant été recueilli pour un autre chirurgien. L'établissement a programmé un retour d'expérience sur cette évènement en décembre 2022 et une procédure a déjà été proposée pour éviter que cette situation se reproduise. L'information donnée au

patient est complétée par d'autres dispositifs. Tels le dispositif de Personnalisation de l'Accompagnement du patient en oncologie (Pact onco) qui repose sur la présence d'une infirmière en pratique avancée (IPA) dédiée à cette activité ou les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) pour les enfants et adolescents en surpoids et de leur famille, pour le patient cirrhotique, l'insuffisant cardiaque ou encore le coaching parental en maternité (COPA). En cas de transfusion, le patient est clairement informé des produits administrés. En ambulatoire les informations sont reprécisées lors de l'appel de la veille et du lendemain, et par écrit dans un passeport dédié en chirurgie et en endoscopie. Les consignes de suivi des médicaments, et des dispositifs médicaux implantables sont connues des patients. Dans la plupart des secteurs, des messages de prévention primaire sont proposés : la nutrition, l'activité physique, les risques liés aux addictions, le risque suicidaire, la violence faite aux femmes... L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence d'une équipe mobile. En cas d'admission aux urgences, l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) communique un délai supposé de prise en charge. Toutefois les délais d'attente ne sont pas régulièrement précisés, suivis et transmis aux patients durant son attente. La personne de confiance est notée dans le dossier du patient. L'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées est le plus souvent expliquée au patient. Malgré l'affichage dans les services et la présence d'informations dans le livret d'accueil institutionnel, les patients rencontrés n'ont, le plus souvent pas intégré les données sur les représentants des usagers et les bénévoles, et ne savent pas comment signaler un évènement indésirable, formuler une plainte ou réclamation, ou faire part de leur expérience. Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité. Le bâtiment récent dispose d'une majorité de chambres individuelles. Des équipements de séparation sont utilisés dans les chambres doubles et aux urgences. Les patients mineurs sont pris en charge par des équipes formées aux spécificités des enfants et adolescents en pédiatrie. Des espaces de jeu sont à leur disposition. Des mesures particulières sont prises pour les enfants accueillis au bloc opératoire et aux urgences (circuit réservé à la prise en charge des enfants). En unité de chirurgie ambulatoire (UCA) les enfants bénéficient d'un circuit adapté : chambre spécifique décorée, accueil des parents, recueil des deux consentements, accueil spécial également au bloc avec télévision, masque à la fraise, diplôme et sucette remis à la sortie... Dans ce service l'accès à la télévision est gratuite pour tous. L'autonomie des patients en situation de handicap ou âgées est préservée. La contention mécanique est utilisée en dernier recours, après réflexion en équipe. Néanmoins, il a été constaté que pour un patient les barrières posées au lit du patient n'avaient pas été prescrites ni réévaluées. Mais le patient avait compris que ce dispositif permettait d'assurer sa sécurité. Les évaluations et les traitements de la douleur sont régulièrement tracés dans le dossier patient. Il a toutefois été observé quelques prescriptions d'antalgiques « si besoin » sans précision explicite du niveau de douleur. Par ailleurs, il a été constaté en chirurgie l'absence de prescription dans le service d'une perfusion continue de morphine intraveineuse pour une patiente transférée des urgences d'un autre hôpital du GHT. La prescription ayant été réalisée par l'urgentiste de l'établissement adresseur. A l'arrivée, cette prescription n'a pas été reprise car il existe un accord de principe non formalisé pour accepter les prescriptions des urgentistes de cet hôpital. Il n'y a aucune observation d'un infirmier ou d'un médecin quant à l'existence de cette perfusion à l'arrivée et de sa poursuite. D'autre part, cette même patiente bien que n'en ayant pas fait part à l'équipe a exprimé son mécontentement auprès de l'expert visiteur sur la mauvaise prise en charge de sa douleur pendant les 5 jours préopératoires. L'établissement a pris acte de cet évènement et a programmé 2 revues morbi-mortalité (RMM) avant la fin de l'année qui seront organisées par le pôle de chirurgie : Une RMM pour analyser la prise en charge de la douleur et valider les 2 nouveaux protocoles, rédigés depuis l'annonce de cet évènement (douleur postop, algorithme décisionnel de prescriptions) Une RMM pour améliorer les transports interhospitaliers au sein du GHT. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec les professionnels de santé en coordination avec les sages-femmes libérales à chaque fois que cela est possible dès le début de la grossesse. Le projet de naissance est formalisé sous la forme d'un flyer invitant les futurs parents et les professionnels libéraux à l'initier dès le début de la grossesse. Cela permet à la prise en charge de la patiente au sein de l'établissement de poursuivre le projet de naissance initié. Au sein de l'établissement, le projet de naissance est intégré dans les pratiques professionnelles et tracé dans le DPI. Une

attention toute particulière est portée au projet de naissance dans leur singularité et fait l'objet d'un accompagnement individualisé notamment lors de demande hors recommandations de bonnes pratiques (refus d'ocytocine lors de la délivrance ...) La présence des proches et des aidants est facilitée. Les horaires de visite sont adaptés, des locaux aménagés, comme les salons des familles en pédiatrie qui sont disponibles. Leur implication dans le projet de soins est favorisée, cela a été noté par exemple dans toute la filière gériatrique, pédiatrique, obstétricale ... Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte. L'accompagnement des patients en situation de précarité sociale, repose sur un accès facilité au service social dans l'ensemble des secteurs. Des dispositifs de coordination sont mis en œuvre, on peut citer en maternité l'auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités, le staff psycho-médico-social avec le réseau de périnatalité, ainsi que la participation de sages-femmes au dispositif PASS (permanence d'accès aux soins de santé). La préparation de la sortie est anticipée pour prendre en compte les conditions de vie habituelle. En maternité, par exemple, le dispositif de coaching parental (COPA) permet d'anticiper la sortie et de proposer aux parents la venue d'une auxiliaire de puériculture à leur domicile. L'hospitalisation à domicile (HAD) est proposée au patient dès son entrée à chaque fois que nécessaire et facilitée par la présence d'une astreinte IDE 24 H/ 24 avec un accès direct par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) notamment dans les situations de fin de vie. Les besoins des personnes en situation de handicap sont pris en compte dans les projets de soins. La prise en charge éducative des jeunes patients est adaptée à leur situation.

## 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	96%
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	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	89%

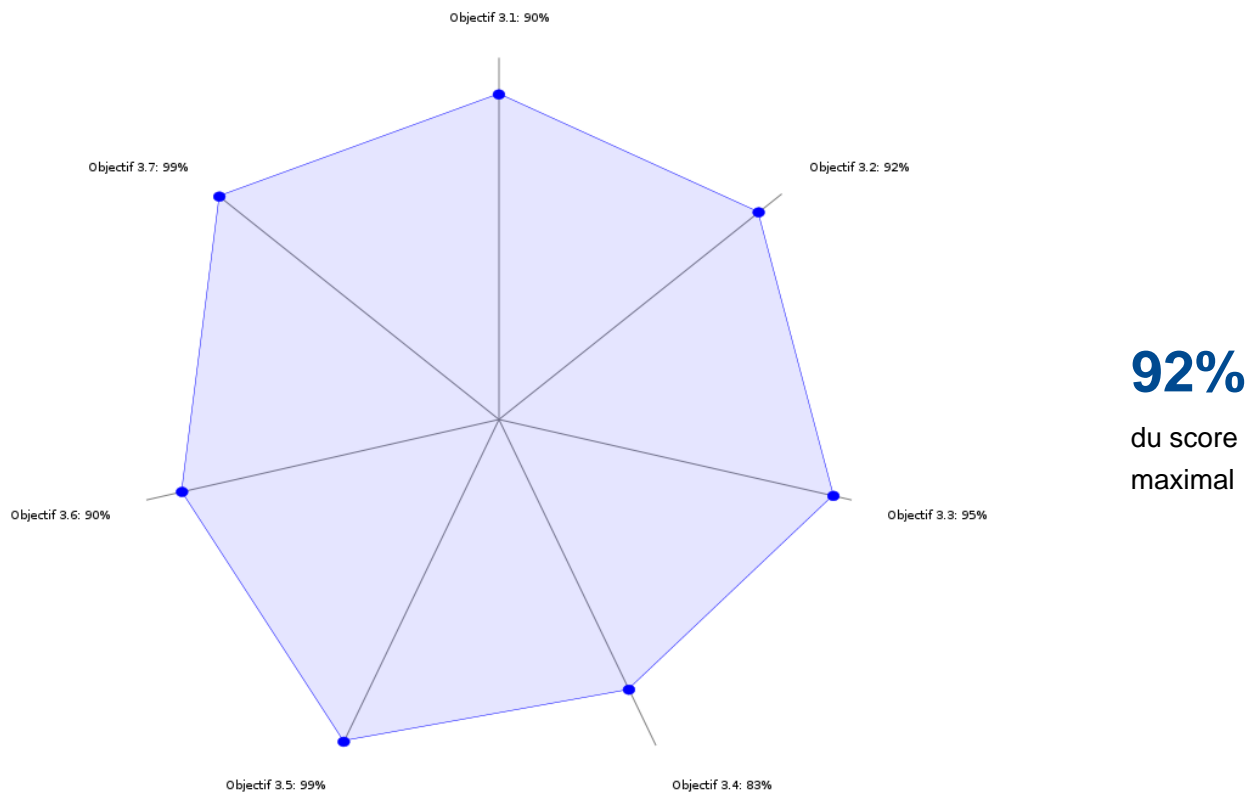
Les équipes analysent la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. Des recommandations de bonnes pratiques sont disponibles pour les principales prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques complexes sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires en place dans la majorité des secteurs, ou dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en oncologie. La pertinence des orientations par le SAMU est argumentée. La pertinence de la transfusion est argumentée notamment via une analyse bénéfique/risque avant tout acte transfusionnel. Les praticiens se réfèrent à des protocoles pour les antibiothérapies probabilistes de première intention. La traçabilité de la réévaluation des antibiothérapies initiales a été retrouvée dans la plupart des dossiers. La pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé est également évaluée

notamment dans le cadre des conciliations médicamenteuses. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins du patient, de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Le dossier patient majoritairement informatisé est partagé par l'ensemble des intervenants. Le dossier pré-hospitalier du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) également informatisé (tablettes) est complété et intégré au dossier patient informatisé (DPI) en Portable Document Format (PDF). Aux urgences, la formation à l'accueil et l'orientation des infirmiers chargés du tri des patients est généralisée, un médecin référent est identifié, les dossiers antérieurs sont facilement accessibles. La décision d'orientation s'appuie sur une grille de tri validée qui n'est à ce jour pas intégrée au DPI mais reste sous forme papier. L'orientation prend en compte l'avis du patient, un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité, une attention et un circuit bien défini tient compte du patient mineur. Les délais d'attente sont communiqués au patient sur la base d'une estimation empirique par l'IOA, le logiciel ne permettant pas à ce stade une extraction simple et rapide des délais d'attente. Un travail est néanmoins en cours visant à déployer un nouveau logiciel qui permettra de disposer et de communiquer les délais d'attente au patient en temps réel. Une organisation est mise en place pour connaître la disponibilité des lits d'aval. Le cadre des urgences et/ou l'IOA recueillent 3 fois par 24H la disponibilité des lits au sein de l'établissement. Aux urgences les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et la dignité des patients. De multiples dispositifs de coordination sont déployés pour mettre en œuvre le projet de soins. On peut citer les équipes mobiles de soins palliatifs, de gériatrie, l'infirmière de pratique avancée en oncologie, l'équipe mobile de psychiatrie de liaison... Des staffs pluri professionnels et pluri disciplinaires sont réunis dans toutes les spécialités médicales; en chirurgie seule l'orthopédie les organise. Des collaborations avec d'autres établissements sont développées comme les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec le CHU de Nancy en oncologie ou encore avec la maison des adolescents de Saint-Dizier afin d'apporter des réponses de santé globale aux adolescents en situation de précarité. La conciliation médicamenteuse est initiée en médecine gériatrique. Les équipes de pédiatrie se coordonnent lors des phases de transition des adolescents vers la médecine adulte. La cellule de programmation valide chaque semaine la planification des actes interventionnels et coordonne l'intégration des interventions urgentes. La check-list sécurité du patient est utilisée au bloc opératoire et en endoscopie lors des vérifications croisées. Une fiche de liaison permet l'échange d'informations en amont du bloc, et en sortie de salle de réveil. La démarche palliative est coordonnée dans le cadre de staffs quotidiens, et de la participation de l'équipe de soins palliatifs. Comme le démontre l'indicateur qualité sécurité des soins (IQSS) recueilli en 2021 à 96 %, la lettre de liaison est éditée le jour du départ du patient. Les professionnels s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont appliquées. Les modalités de gestion des vigilances sanitaires sont définies et connues des équipes. Les prescriptions médicamenteuses sont principalement assurées dans le dossier patient informatisé. En réanimation il existe un support papier unique pour la prescription/administration des médicaments déployé en réponse aux recommandations de la précédente certification. Néanmoins, il a été constaté que certains médicaments étaient prescrits en nom commercial et non en dénomination commune Internationale (DCI). Le bilan thérapeutique est intégré au dossier du patient. Les pratiques d'approvisionnement en urgence répondent aux besoins des services, le transport est sécurisé. L'administration est tracée. L'analyse pharmaceutique est déployée dans tous les secteurs y compris en réanimation. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. Elles disposent de la liste des médicaments à risque spécifique à leur service. Elles connaissent les médicaments à risques utilisés dans leur secteur ainsi que les mesures particulières à appliquer. Les bonnes pratiques de stockage des médicaments sont respectées. La surveillance des températures des enceintes réfrigérées contenant des médicaments thermosensibles est généralisée. Les transfusions sont tracées dans le dossier transfusionnel. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins. Les précautions standard et complémentaires sont mises en œuvre. En secteur interventionnel, les protocoles d'antibioprophylaxie et de préparation cutanée des patients sont actualisés, et connus des équipes. Les vérifications sont tracées, les professionnels utilisent les équipements de protection individuelle et les dosimètres. En ambulatoire, l'autorisation de sortie est validée. La désinfection du matériel

thermosensible réutilisable d'endoscopie est centralisée et prise en charge par une équipe formée, la traçabilité du traitement est assurée. La vaccination est promue et favorisée par l'établissement par l'intermédiaire notamment de l'IDE de la médecine du travail qui se déplace au plus près des professionnels dans leurs services y compris la nuit. A la maternité, les équipes sont formées à la prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). Les professionnels chargés du transport des patients sont formés aux règles de sécurité, d'identitovigilance, d'hygiène et de confort du patient. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la dénutrition, les chutes, les effets indésirables des médicaments. Les professionnels exposés aux rayonnements ionisants utilisent les équipements de protection et les dosimètres. Les professionnels analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions, on peut citer pour exemples les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) menée en maternité sur le partogramme ou l'EPP sur le sondage urinaire, les audits « césariennes programmées et non programmées », les audits douleur, les audits sur voies veineuses périphériques, les audits sur les bonnes pratiques de prescription d'administration du médicament, les audits check list ... Les équipes sont associées à l'exploitation des résultats de la satisfaction et de l'expérience patient, ainsi que des plaintes et réclamations. Elles connaissent les recommandations de la commission des usagers. Les résultats des indicateurs sont exploités, par exemple le taux de conformité de l'hygiène des mains, le taux de prise en charge ambulatoire en chirurgie... Les événements indésirables associés aux soins sont analysés avec les professionnels et donnent lieu à des actions d'amélioration comme des formations, ou des documents de bonnes pratiques... Dans les secteurs de soins critiques, les équipes exploitent des indicateurs notamment dans le cadre de l'EPP sur l'insuffisance cardiaque par exemple en soins intensifs de cardiologie. Un registre de refus des admissions est en place en soins intensifs de cardiologie mais pas en réanimation polyvalente. Par ailleurs le taux de ré hospitalisation précoce à 48/72 heures n'est suivi dans aucun des secteurs de soins critiques. Durant la visite un registre des refus a été mis en place en réanimation, et une extraction des réhospitalisations précoces dans tous les secteurs de soins critiques à partir des données du département d'information médicale (DIM) a été communiquée. Ce qui a démontré l'absence de ré hospitalisation précoce depuis janvier 2022. Les équipes se sont engagées à suivre ces indicateurs dans les 3 secteurs de soins critiques. Dans les secteurs interventionnels (bloc opératoire et endoscopie), les indicateurs de suivi de la réalisation de la check-list sont connus et exploités collectivement par les équipes. La qualité des résultats de biologie et d'imagerie est suivie et fait l'objet de plan d'actions, notamment en termes de délais.



# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	90%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	95%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	99%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	90%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	99%

Le projet d'établissement est défini en cohérence avec le territoire. Les orientations stratégiques sont déclinées dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Cœur Grand Est qui regroupe 8 établissements de santé répartis sur le territoire de la Haute Marne et de la Meuse, il est rattaché au centre hospitalier de Verdun qui est l'établissement support. Des dispositifs de coordination sont en place, comme les

pôles médicaux territoriaux qui sont les éléments structurants du projet médical partagé (PMP). Ils contribuent à l'organisation des parcours de soins et de santé qui favorisent la coordination des soins entre les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et de ville. L'harmonisation des pratiques et des procédures entre les établissements du GHT, dans une approche pluridisciplinaire et transversale, est un levier majeur dans l'optimisation des parcours du patient et se fonde sur la collaboration entre les professionnels afin d'éviter les ruptures dans la continuité des soins. Des filières prioritaires (maternité, oncologie, cardiologie, urgences, Accident vasculaire cérébral (AVC) avec le CHU de Nancy...) sont organisées. Des postes médicaux sont partagés notamment avec le CHU de Reims et entre les établissements du GHT, des consultations avancées, par exemple en addictologie, diabétologie et pédiatrie sont déployées... Un dossier patient informatisé commun aux 8 établissements doit être déployé en 2023. Certains services de soins comme la médecine interne participent à des programmes de recherche clinique notamment sur la coinfection Hépatite B et delta VIH. L'accès en urgence aux filières spécialisées de cardiologie, neurochirurgie et neurologie est organisé. L'établissement est un membre fondateur de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et participe notamment à son assemblée générale. Les usagers et les médecins de ville peuvent contacter aisément l'établissement. L'accès général se fait cependant par le standard et il n'existe pas d'accès téléphonique direct aux unités pour les patients. Un parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées est activé et facilité par la création d'une plateforme de coordination territoriale du parcours avec une interface ville/hôpital. Un dispositif de 14 lits activables en cas de tension saisonnière contribue à limiter les passages évitables aux urgences. Des organisations sont également en place pour favoriser les entrées directes en pédiatrie et en chirurgie. Par ailleurs une organisation est en place pour favoriser l'hospitalisation à domicile (HAD) dès la prise en charge par le SMUR (appel direct à l'astreinte de coordination par l'IDE du SMUR). L'établissement promeut l'engagement du patient. Les actions menées ces derniers mois ont permis une forte montée en charge du dispositif e-satis. Un questionnaire de satisfaction institutionnel ainsi que des questionnaires personnalisés pour certaines unités ou prises en charge (endoscopie, chirurgie ambulatoire...) sont remis aux patients. Les résultats de l'enquête e-satis sont exploités. De plus une expérimentation est en cours avec un logiciel permettant notamment d'exploiter les verbatims des patients lors du recueil de satisfaction. Par ailleurs en 2019 l'établissement a été labellisé « forum citoyen » après l'organisation d'une rencontre patients/équipes médicales et paramédicales. Rencontre qui a permis d'améliorer les organisations. A ce titre un entretien est systématiquement proposé à la demande des proches avec le médecin référent. Des démarches mobilisent l'expertise des patients, on peut citer les patients qui interviennent dans les programmes d'éducation thérapeutique (cirrhose hépatique, hépatite et Sida, diabète adulte et gestationnel, surpoids des enfants et des adolescents...). A la maternité une réflexion est en cours pour mobiliser l'expertise patiente. Des formations à la communication avec le patient sont en place (droits des patients, accueil, communication positive, gestion des situations de violence...). Les plaintes et réclamations sont analysées avec les représentants des usagers. Le dispositif de médiation médicale est opérationnel. Le centre hospitalier assure la promotion de la culture de la bientraitance, veille au respect des droits des patients et de leur famille et lutte contre la maltraitance ordinaire. Le circuit de signalement des actes de maltraitance touchant les patients est connu des professionnels. L'accessibilité des locaux est assurée pour les personnes porteuses d'un handicap. Des dispositifs sont en place pour l'accueil et l'accompagnement des personnes vulnérables. L'accès au dossier est organisé pour les patients qui le demandent. Le suivi est assuré en lien avec la commission des usagers. Les délais de remise du dossier sont respectés. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement. Ils ont élaboré un projet des usagers 2018-2023 articulé avec le projet d'établissement, et suivent sa mise en œuvre. La gouvernance a passé convention avec des associations de patients telles que les Alcooliques Anonymes, SOS Femmes accueil. L'accès aux soins de personnes vulnérables est favorisé grâce à plusieurs vecteurs : présence d'assistantes sociales, convention avec la protection maternelle et infantile (PMI), réseau d'interprètes. La gouvernance s'attache à développer une dynamique collective de culture de la qualité et de la sécurité des soins. Les représentants des usagers y sont associés. La politique qualité est déclinée en actions concrètes dans chaque pôle et service. Les cadres

informent leurs équipes des projets qui les concernent. La culture qualité des professionnels est évaluée par des audits tels que les audits réalisés en endoscopie sur la connaissance des règles de bonnes pratiques. Dans le contexte actuel de pénurie de ressources humaines, l'établissement veille à l'équilibre entre les professionnels permanents et remplaçants. La plupart des remplaçants proviennent des établissements du GHT et interviennent régulièrement. Un logiciel interne de gestion des remplacements sur la base du volontariat facilite les remplacements. Par ailleurs, des dispositions transitoires sont mises en œuvre telles que la réduction d'activité ou le recours aux heures supplémentaires. La gouvernance a déployé une politique d'attractivité pour les métiers en tension tels que les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR), les sages-femmes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale ou encore les kinésithérapeutes. Les cadres bénéficient d'actions de coaching. Des assemblées générales d'information de l'encadrement sont ponctuellement organisées. Des réunions régulières sont organisées par la direction des soins pour partager et structurer l'expérience des cadres. La gouvernance soutient le travail en équipe et le développement des compétences. Des dispositifs innovants de formation des personnels sont déployés avec le centre de simulation du CH de Verdun notamment pour la maternité ... A ce jour, les programmes d'accréditation en équipes ne sont pas proposés aux équipes. La politique de qualité de vie au travail est construite sur les résultats d'une enquête de satisfaction réalisée à l'initiative de la direction des ressources avec l'appui d'un préventeur, de la médecine du travail et des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Les actions de prévention sont suivies dans le cadre du (Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels (PAPRIACT) et des actions inscrites dans le document unique des risques professionnels. Il existe des mesures de prévention et de gestion des difficultés interpersonnelles. Celles-ci s'appuient notamment sur un dispositif de déclaration des violences, un soutien de l'équipe d'encadrement et un soutien psychologique accessible et connu de tous les professionnels. Des temps de discussion collective sont en place dans les unités. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maîtrisée. L'établissement a identifié les risques auxquels il peut être confronté, et a mis en place des moyens de réponse : cellule de crise activable sans délai, exercices de mise en situation avec retour d'expérience structuré, plan de gestion de crise intégrant le plan d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). Les risques pouvant générer des tensions hospitalières sont identifiés, notamment les épidémies saisonnières, des cellules de crise sont déclenchées en cas de besoin avec les directeurs, les cadres et les médecins, une unité de 14 lits est identifiée et prête à être utilisée. Des exercices sont réalisés, plan blanc, Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques (NRBC), risque SEVESO, un exercice a été effectué avec la base aérienne proche le 12/05/2022. Un retour d'expérience a également été réalisé suite au plan blanc COVID, il a permis d'identifier un besoin d'augmenter les équipes de brancardage et du service mortuaire. Un aménagement est organisé pour permettre la mise en isolement. Dans ce cadre l'établissement a défini les services permettant l'accueil de cohorting. Le service d'accueil des urgences dispose d'un secteur facilement dédié en cas de besoin avec une organisation connue par les professionnels. Les professionnels sont formés aux situations à risque, des protocoles existent et sont connus, les situations particulières sont consignées dans le rapport de garde et sur la main courante au niveau du service sécurité. Les professionnels sont informés des mesures de prévention des risques numériques ; des procédures dégradées sont activables en cas d'incident. Le plan de sécurisation de l'établissement date de 2015 et est remis à jour chaque année avec envoi et validation de l'Agence régionale de santé (ARS). Des installations sont en place : vidéosurveillance, bornes anti béliers, contrôle des accès, secteurs sensibles protégés. Les équipes connaissent la procédure de prise en charge des urgences vitales et sont formés régulièrement à la prise en charge des urgences vitales (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU)). Ils disposent de matériels uniformisés et vérifiés ainsi que d'un numéro d'appel direct. Cependant il a été constaté l'insuffisance de chariots d'urgence (présence d'un chariot pour 2 et 3 unités). Durant la semaine de la visite, l'établissement a mis à disposition un chariot supplémentaire dans un service de médecine et commandé 4 chariots afin que chaque unité dispose d'un chariot d'urgence. Il restera à organiser des exercices de mise en situation sur la base de la procédure d'urgence vitale qui a été réactualisée durant la

visite. A partir d'un diagnostic initial, des actions sont menées en termes de développement durable avec un référent identifié. Plusieurs filières d'élimination sont en place (biodéchets, Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères (DAOM),...), des projets de recyclage sont à l'étude en lien avec le GHT pour le recyclage et l'élimination du plastique, du papier. Une campagne de remplacement des ampoules par des leds a été réalisée, l'installation d'un parc photovoltaïque a été validé et devrait être mis en place en 2023 permettant une économie estimée à 33%. Des véhicules électriques remplaceront les anciens avec l'installation des bornes de recharge. La consommation d'eau est surveillée. La démarche qualité institutionnelle est inscrite au niveau du territoire notamment dans le cadre du GHT. Des réunions sont organisées avec les cellules qualité et gestion des risques des différents établissements avec un partage des situations et des outils. La démarche qualité repose également sur l'organisation d'audits croisés avec des professionnels formés à cet effet, les résultats sont présentés à toutes les instances. Les vigilances sont organisées aussi bien de manière descendante qu'ascendante, les référents sont identifiés, nommés au niveau du GHT et connus. Les indicateurs qualité sont le plus souvent communiqués et analysés à l'échelle de l'établissement avec tous les professionnels. Cependant, dans un service les professionnels de nuit rencontrés n'avaient pas connaissance de la déclinaison concrète de la politique qualité au sein de leur service et n'avaient pas été sollicités pour proposer de nouvelles actions du projet qualité. L'établissement de santé (ES) a pris acte de cet événement et s'engage à poursuivre le déploiement de la démarche qualité auprès des équipes, en particulier de nuit. Des audits de nuit sur la culture qualité sont programmés par les auditeurs internes du GHT. Bien qu'une forte implication de la majorité des professionnels dans la démarche qualité ait été constatée, la crise sanitaire suivie d'une cyberattaque a retardé le déploiement de la démarche auprès de tous les professionnels en particulier auprès des professionnels de nuit. Soulignons que l'établissement à l'instar de nombreux établissements de l'est de la France a été très impacté par la crise sanitaire. Les professionnels sont formés à la déclaration des Evénements Indésirables (EI) qui sont gérés via un logiciel, la cellule qualité les centralise et les réoriente vers les responsables des services concernés, les réponses sont renseignées dans le même logiciel pour retour au déclarant. Une réunion hebdomadaire entre la cellule qualité et les cadres de santé permet d'étudier, de traiter les EI et mettre en œuvre les actions correctrices. La dynamique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins est soutenue par la gouvernance qui a intégré des objectifs d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans les contrats de pôle. Les recommandations de bonnes pratiques sont mises à disposition des équipes. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel intègre les retours des patients et la contribution des usagers. Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont analysés avec les équipes et donnent lieu à des plans d'action. Ils sont régulièrement suivis par la commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers, des usagers (CDU). Des revues de morbi-mortalité (RMM) et des comités de retour d'expérience (CREX) se réunissent dans les services de chirurgie, d'anesthésie-réanimation, en maternité ainsi que sur des thématiques particulières comme la transfusion, la prise en charge médicamenteuse. Ils sont organisés pour tous les événements indésirables graves, et les plans d'actions sont suivis. Un tableau de suivi recense les besoins journaliers en lits d'aval du service des urgences adultes, le plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval des urgences est opérationnel.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	520780073	CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	1 rue albert schweitzer 52111 Saint Dizier FRANCE
Établissement principal	520000068	CENTRE HOSPITALIER GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	1 rue albert schweitzer 52115 ST DIZIER FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,966
Nombre de passages aux urgences générales	25,564
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	112
Chirurgie et interventionnel	



Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	41
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	24
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	13
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	8
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	2,228
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	4
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	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)	6
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins critiques Adulte Médecine Hospitalisation complète	
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Adulte Pas de situation particulière Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	

5	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Urgences Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Audit système	Leadership		
12	Audit système	QVT & Travail en équipe		
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
14	Audit système	Entretien Professionnel		

15	Audit système	Maitrise des risques		
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient âgé</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
18	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient couché > bloc opératoire
19	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Maternité</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
20	Audit système	Engagement patient		
21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		chimiothérapie
22	Audit système	Coordination territoriale		
23	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins critiques</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p>	

			Hospitalisation complète	
24	Audit système	Dynamique d'amélioration		
25	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
26	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR, urgences
27	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		per opératoire
28	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		endoscope
30	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
31	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
32	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
33	Audit système	Représentants des usagers		
34	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète	

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

40	traceur		Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
41	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique per os ou injectable
42	Audit système	Entretien Professionnel		
43	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risque per os ou injectable
44	Audit système	Entretien Professionnel		
45	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		TC GREFFES NA



---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

