



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRES HOSPITALIERS LUCIEN HUSSEL-
VIENNE_CH DE GABRIEL MONTCHARMONT
_CHU DE LUZY-DUFEILLANT DE
BEAUREPAIRE_CH DU PILAT RHODANIEN

Montee du docteur chapuis

Bp 127

38200 VIENNE



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 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	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	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 médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRES HOSPITALIERS LUCIEN HUSSEL-VIENNE_CH DE GABRIEL MONTCHARMONT_CHU DE LUZY-DUFEILLANT DE BEAUREPAIRE_CH DU PILAT RHODANIEN	
Adresse	Montee du docteur chapuis Bp 127 38200 VIENNE FRANCE
Département / Région	Isère / Auvergne-Rhône-Alpes
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	690780069	CENTRE HOSPITALIER DE CONDRIEU	10 rue de la Pavie 69420 Condrieu FRANCE
Établissement juridique	420016933	CENTRE HOSPITALIER DU PILAT RHODANIEN	1 place Abbé Vincent 42410 PELUSSIN FRANCE
Établissement juridique	380781351	CENTRE HOSPITALIER LUZY-DUFEILLANT BEAUREPAIRE	41 avenue louis michel villaz 38270 Beaurepaire FRANCE
Établissement juridique	380781435	CENTRE HOSPITALIER LUCIEN HUSSEL DE VIENNE	Montee du docteur Chapuis Bp 127 38200 VIENNE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

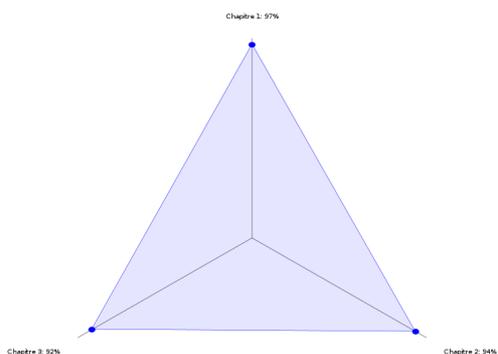
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

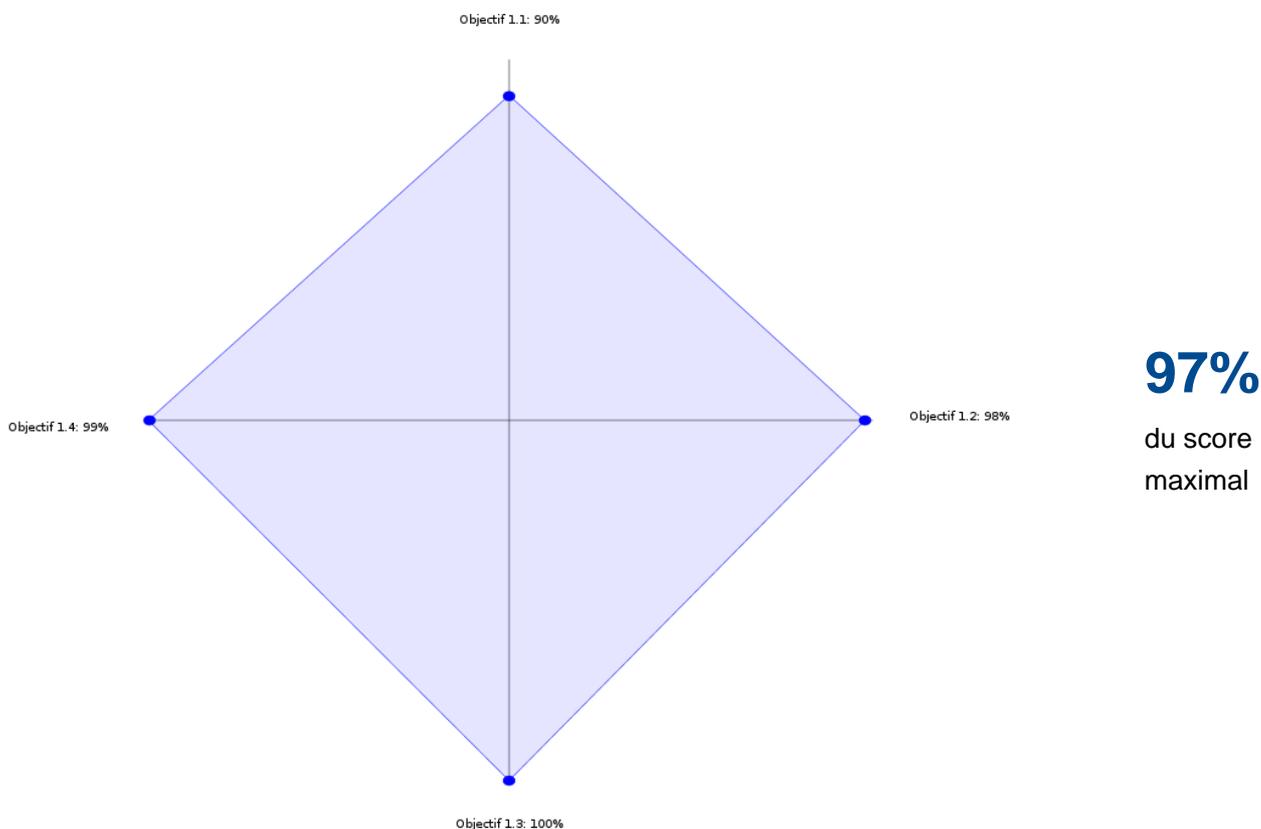
Au regard du profil de l'établissement, **124** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



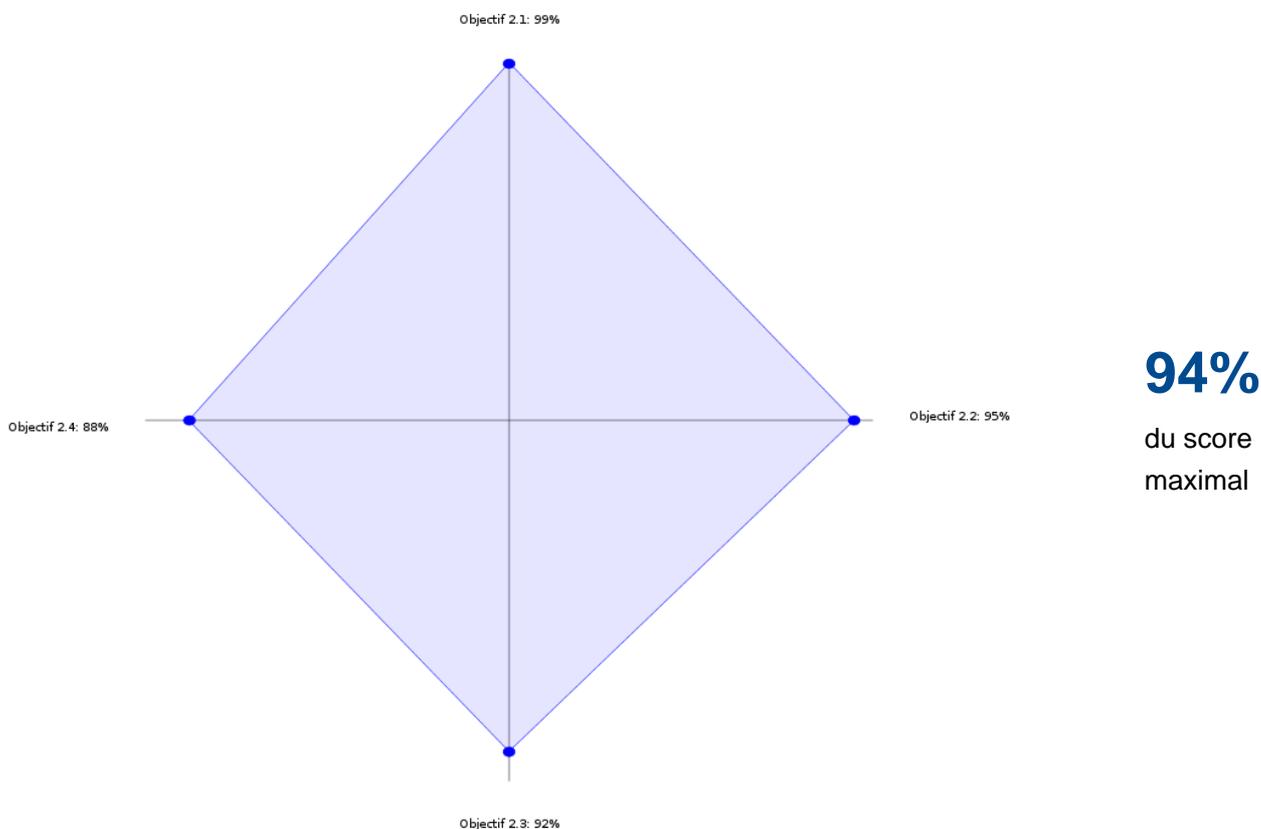
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Dans les quatre établissements de la direction commune, le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, ses soins, les hypothèses et confirmations diagnostiques. Lorsque son admission est faite en urgence, le patient est la plupart du temps informé du délai de sa prise en charge. Le patient exprime son consentement sur son projet de soins et ses modalités de mise en œuvre). A Vienne, seul établissement habilité à accueillir des mineurs, l'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé ; des supports d'information sur les messages de santé publique et la prévention primaire sont très souvent facilement disponibles. La grande majorité des patients bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge. Au CH de Vienne, les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le

début de la grossesse. Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix ; cette désignation se retrouve dans la quasi totalité des cas dans le dossier du patient. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour sa prise en charge (exemple à Condrieu, visite à domicile pour les cas complexes. Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées. Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés. En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge (exemple à Vienne, indications données au patient pour la surveillance pré et post chimiothérapie avec appel de la veille et du lendemain, passeport ambulatoire). En HAD du CH de Vienne, le patient sait qui contacter à tout moment (numéros d'appel disponibles au domicile , astreinte para médicale et médicale 24h/24). En ce qui concerne les directives anticipées, si à Condrieu la volonté du patient est recherchée et les directives anticipées tracées dans le dossier du patient, les patients rencontrés au CH de Vienne et au Pilat Rhodanien ne connaissent pas les directives anticipées bien qu'évoqué dans le livret d'accueil et flyer disponible, et les dossiers informatisés de patients ne comportent pas toujours l'indication de l'information recherchée et donnée au patient. Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. Le patient est peu informé sur les représentants des usagers et associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner sur l'autre ou l'autre des établissements. Le patient est invité à faire part de son expérience (e-satis, questionnaires spécifiques de satisfaction dans certains services et établissements) ; une écoute se met en place dans chaque établissement avec un début de recueil tracé de l'expérience patient au quotidien ; pour autant, les patients rencontrés ne sont pas tous informés des modalités pour exprimer sa satisfaction et sont peu informés des modalités pour soumettre une réclamation et pour déclarer un évènement indésirables associés à ses soins. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son état de discernement sur les modalités de sa prise en charge (livret d'accueil généraliste ou spécifiques dans certains services et établissements); cependant il est rarement informé que l'équipe de soin alimente son DMP et ne sait pas qu'il doit échanger avec l'équipe médicale via une messagerie sécurisée. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité ; malgré des locaux parfois anciens sur Vienne, Beurepaire et le Pilat rhodanien (Condrieu étant un établissement récent en architecture), parfois vétustes et exigus, les équipes s'organisent pour assurer ces droits élémentaires et utilisent les matériels disponibles (paravents par exemple dans les chambres à deux lits) ; seules à Beurepaire dans les chambres à deux lits et dans la zone d'attente « couchés » aux urgences de Vienne l'utilisation de paravents n'est pas observée mais il a été constaté une attention particulière des soignants pour garantir la dignité du patient. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté (à Vienne aux urgences, au bloc opératoire et dans le service de pédiatrie où sont hospitalisés les patients mineurs de médecine et de chirurgie). Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour, de même que le patient âgé. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Le recours à la contention mécanique relève dans la très grande majorité des cas d'une décision médicale et d'une surveillance appropriée. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager sa douleur : prescriptions, échelles adaptées, solutions variées pour prévenir la douleur, par exemple l'hypnoalgésie ou le MEOPA, chariot snoezelen en pédiatrie à Vienne ; pour autant les prescriptions « si besoin » ne sont pas toujours complètes (y compris niveau de douleur et priorisation des médicaments à administrer par exemple à Vienne et à Condrieu). Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou les aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins. En HAD, les proches et aidants adhèrent avec l'accord du patient aux modalités spécifiques de prise en charge et sont accompagnés par l'équipe de soins. La présence des proches et aidants est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite (exemple : accueil 24h/24 et possibilité de couchette ou lit fauteuil dans les quatre établissements). Le patient en situation de précarité bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates (lien avec services sociaux de secteur, réseau visage pour les patients âgés avec risque d'isolement et de précarité). Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et aidants- exprime ses besoins et préférences pour une prise en

compte dans son projet de soins. Le patient mineur atteint d'une maladie chronique ou vivante avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations sociales, éducatives et scolaires du patient (présence d'une éducatrice jeunes enfants en pédiatrie). Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie, avec trace dans le dossier du patient et adaptation si nécessaire de la prise en charge.

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	99%
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	92%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	88%

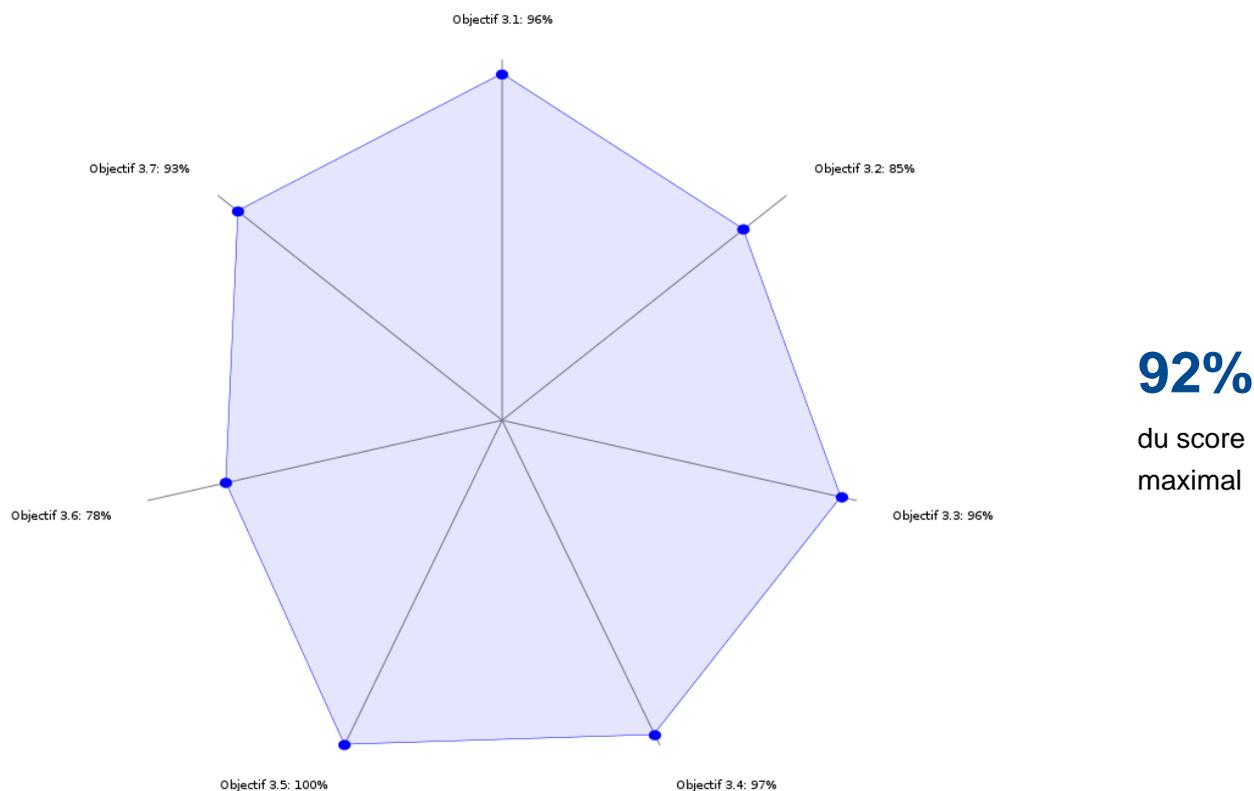
La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes (nombreuses RCP régulières pour tous les cas complexes notamment avec les hospices civils de Lyon). La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec les équipes d'aval (filière de prise en charge directe dans les services spécialisés internes et externes, type coronarographie ou UNV, hotline en gastro-entérologie à Vienne pour éviter le passage aux urgences si possible). La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein des équipes (commission d'admission, synthèses pluridisciplinaire hebdomadaire). En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient (passage dans des délais très courts d'un médecin ou d'une IDE de l'HAD pour s'assurer de la pertinence de la prise en charge en HAD). La pertinence des prescriptions d'antibiotiques

est argumentée et réévaluée la plupart du temps entre la 24ème et la 72ème heure, limitée à cinq jours. La date de fin de prescription des antibiotiques est obligatoire dans le DPI avec possibilité d'appel à des professionnels experts (infectiologue, médecin en soins palliatifs) et suivi par la pharmacie. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est argumentée. Les dossiers médicaux préhospitaliers du SMUR comportent tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient ; pour autant le bilan de l'analyse régulière des dossiers par l'équipe SMUR n'est pas réalisé. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge (tri avec échelle, médecin de spécialité facilement joignable, orientation adaptée, connaissance des disponibilités en lits, bed manager, accès aux dossiers antérieurs du patient) ; cependant les délais d'attente ne sont pas communiqués au patient ; néanmoins Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins (staffs réguliers dans tous les établissements, possibilité d'intervention de psychologue, kinésithérapeute, assistante sociale, liens avec les équipes mobiles intervenant sur les quatre établissements, IPA en cardiologie et en diabétologie et PRADO pour l'insuffisance cardiaque). La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux (début en 2014 à Vienne de la conciliation à l'entrée du patient avec choix de la patientèle visée à Vienne : patients de plus de 65ans en médecine post-urgence). Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise (exemple en neurologie ou en cancérologie, téléconsultation possible pour les quatre établissements en dermatologie, ophtalmologie, cardiologie et endocrinologie). Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient (exemple pour les échographies, ETO et EEG réalisés à Vienne). Au bloc et dans les secteurs interventionnels (endoscopie, bloc obstétrical), la check List « sécurité du patient » est utilisée de manière efficace ; une check List pré interventionnelle est paramétrée pour l'unité chirurgicale ambulatoire Les professionnels intervenant au domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent. En HAD la capacité d'intervention soignante à domicile 24 heures sur 24 est assurée, avec une astreinte médicale constante. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient (secteur adulte avec pédiatrie sur Vienne et lien avec la pédopsychiatrie de secteur). Le carnet de santé, le dossier du patient et le dossier « mon espace santé » (DMP) sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins ; pour autant les professionnels rencontrés n'ont pas connaissance de la possibilité de consulter le dossier médical de Mon espace santé ainsi que le dossier pharmaceutique du patient. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie (forte implication de l'équipe mobile de soins palliatifs sur les quatre établissements). Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins ; le bilan thérapeutique est retrouvé dans la majorité des dossiers. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (lieu adapté, dispositif de bracelet, cellule d'identitovigilance active). Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances (connaissance des vigilances observées dans les quatre établissements par les professionnels rencontrés, plan d'actions et traitement des alertes). Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments (intervention des pharmaciens prises en compte par les prescripteurs, nombreux protocoles d'aide à la prescription, dispensation adaptée aux besoins, analyse pharmaceutique de niveau 2) ; l'analyse pharmaceutique n'intègre pas toujours les informations du DMP et du dossier pharmaceutique (exemples: HAD à Vienne, Condrieu, Beaurepaire). Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. Les professionnels de l'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé ; pour autant si la livraison des médicaments au domicile s'effectue dans des caisses sécurisée, le stockage à domicile ne l'ai pas et fait l'objet d'une réflexion pour mieux ranger les médicaments au domicile (coffres pour les stupéfiants par exemple) ; par ailleurs, il n'y a pas d'évaluation des pratiques de sécurisation du circuit de ces produits de santé de l'entrée jusqu'à la sortie. Concernant l'utilisation des

médicaments à risque, dans les quatre établissements et dans tous les services, les équipes respectent les bonnes pratiques à toutes les étapes du circuit ((liste spécifique affichée et adaptée aux caractéristiques de la patientèle et connue des professionnels rencontrés, repérage des médicaments à risque dans le logiciel DPI, armoires de pharmacie dans les unités rangées et étiquetées avec logo « à risque », préparation et administration des chimiothérapies sécurisées à Vienne). Les formations et sensibilisations aux risques spécifiques induits par cette utilisation sont nombreuses. Cependant dans de rares services du CH de Vienne, les règles de stockage notamment de sécurisation ne sont pas respectées (un chariot non sécurisé ou une salle des soins non sécurisée avec clé des stupéfiant facilement utilisable, un médicament à risque non étiqueté dans un réfrigérateur). L'établissement, très réactif durant la visite, a mis en place immédiatement un plan d'actions comportant notamment des audits et des rappels des bonnes pratiques. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques dans les quatre établissements (vérification des armoires à pharmacie tous les mois à Vienne par les préparateurs avec réapprovisionnement éventuel et gestion des périmés). Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie (bilan retrouvé dans la grande majorité des dossiers). Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle (traçabilité dans le dossier du patient, formation des professionnels, suivi du taux de destruction, aide quotidienne d'un biologiste pour adapter la gestion des troubles de la coagulation, référent PSL sur chaque établissement). Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires : nombreuses interventions et formations et audits de l'EOH et de l'équipe mobile d'hygiène hospitalière sur les quatre établissements, escape Game pour les précautions standard, prescriptions conformes pour les précautions complémentaires, surveillance des BHRé. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liés aux actes invasifs moment et durée respectées, évaluation des pratiques). Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs (conditions de traitement, de désinfection conformes aux bonnes pratiques, conditions de stockage également conformes à l'exception des endoscopes bronchiques stockés dans un même tiroir d'un chariot). Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires (respect des bonnes pratiques de préparation de l'opéré, des bonnes pratiques vestimentaires, suivi des infections du site opératoire). Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène (exemple : en gynécologie-obstétrique, discussion collégiale avec domaine d'expertise variée pour repérer les facteurs de risque et les prévenir : tabacologue, sexologue, rééducateur). Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé (campagne de vaccinations faite par la santé au travail, facilité pour se faire vacciner, analyse des résultats de couverture vaccinale et plan d'actions) ; pour autant les responsables des unités ne connaissent pas les taux de couverture vaccinale des professionnels de leur unité (taux non diffusé). Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants ; dans la majorité des cas, les professionnels savent expliquer la conduite à tenir en cas d'incident lié aux rayonnements ; le patient n'est pas toujours informé des doses qu'il a reçues (doses et cumul des doses) et des risques pour sa santé. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post partum immédiat (nombreux audits réalisés). L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un score validé par l'équipe d'anesthésie. Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé dans les quatre établissements, à l'exception à Vienne des transferts de patients entre les services de court séjour et le bâtiment SMR situé sur le même site, pour lesquels il est fait appel à des prestataires extérieurs (délais pas toujours adaptés) La plupart des équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques (exemples : étude sur la fracture du col du fémur, patients debout versus patients couchés, antibiothérapie à Vienne, prise en charge de la douleur au Pilat Rhodanien). Les équipes améliorent également leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients (nombreux questionnaires spécifiques de satisfaction) ; cependant l'expérience patient dans les quatre établissements est recherchée, souvent discutée mais pas

toujours analysée et exploitée. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins : diffusion des analyses des résultats des campagnes IQSS, recueil d'indicateurs spécifiques, au blocs obstétricaux et général par exemple, connaissance des professionnels des indicateurs ; pour autant les médecins et équipes éligibles ne connaissent pas tous le dispositif d'accréditation. Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (progression nette de déclarations d'EI, déclarations des EIG sur le portail de signalement, CREX ou RMM avec méthode ALARM, déclarations d'EPR notamment sur la thématique des médicaments). Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients ; cependant il n'y a pas de registre de refus d'admission et les ré hospitalisations à 48/72 heures ne sont pas suivies. Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check List(analyse des Go/No Go, complétude de la check List, participation des acteurs aux différentes phases, plans d'action) Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens biologiques et d'anatomopathologie sont mises en place : liens entre laboratoire et prescripteurs pour l'analyse de la pertinence des prescriptions, analyse de la qualité des prélèvements et des non conformités. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place (délais de rendez-vous par exemple pour les patients en urgence) ; les imageurs participent souvent aux RCP pour les cas difficiles. Les équipes savent contacter les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	96%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	85%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	78%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	93%

Les établissements participent aux projets territoriaux de parcours soit entre eux, soit en lien avec le GHT soit avec les Hospices civils de Lyon. Ils participent également à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire dans le cas d'activités de recours (participation à de nombreux réseaux sanitaires, réseau ville-hôpital à Vienne, liens avec les établissements médico-sociaux du territoire, implication dans les trois CPTS).

Des consultations avancées se déroulent sur Condrieu et Beaurepaire animées par des médecins de Vienne (gynécologie, ophtalmologie, néphrologie, consultation mémoire sur Condrieu). Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, le CH de Vienne a mis en place des modalités de prise en charge rapide (UNV, USIC, chirurgie cardiaque, réseau des traumatisés sévères). Les établissements contribuent à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales (exemples : équipes mobiles de gériatrie et des soins palliatifs situées au CH de Vienne et intervenant à l'extérieur et à domicile pour éviter le passage aux urgences, bed manager, suivi mensuel des entrées directes). Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément ; par exemple les usagers peuvent facilement contacter les services à tout moment ; une messagerie sécurisée est déployée ; néanmoins les professionnels ne la connaissent pas toujours ainsi que les types de documents reversés au dossier médical de Mon espace santé (DMP) et au dossier pharmaceutique. Les établissements par l'intermédiaire du CH de Vienne promeuvent la recherche clinique (à la fois médicale et para médicale) en son sein (, unité de recherche clinique depuis 2023 à Vienne, recrutement d'un assistant de recherche clinique à Vienne) et en lien avec d'autres acteurs du territoire, en particulier les hospices civils de Lyon. Les établissements promeuvent toutes les formes de recueil de l'expression du patient (nombreux questionnaires spécifiques dans les services) ; pour autant ils n'ont pas développé de questionnaires spécifiques sur le résultat de leur santé du point de vue du patient (PROMS) ; par ailleurs les résultats d'e-satis et autres questionnaires de satisfaction ne sont pas toujours restitués aux équipes et donc connus de celles-ci. Les établissements commencent à mobiliser les actions d'expertise des patients (participation de pairs dans les programmes d'éducation thérapeutique, projet patient expert en oncologie). Les établissements ont une communication centrée sur le patient (formations des professionnels sur la communication positive dans le pôle femme/mère/enfant à Vienne, formation à la communication non verbale dans les quatre établissements, gestion des plaintes et réclamations avec participation des représentants des usagers à la médiation, livret d'accueil par établissement et livrets spécifiques dans certains services). Ils veillent à la bientraitance (charte, formations, groupes de travail à Beaurepaire par exemple avec projet d'audit) ; lors des visites dans les services il a été constaté partout des pratiques respectueuses (portes des chambres fermées, matériels adaptés, dispositif d'annonce etc). Les établissements participent au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients (intervention d'une psychologue et du service social, référent maltraitance dans les quatre établissements). Ils luttent contre la maltraitance en son sein (modalités d'écoute des patients). L'accessibilité des locaux à toutes formes de handicap n'est pas constatée partout, à l'exception du CH de Condrieu beaucoup plus récent ; si l'accessibilité est constatée très souvent pour les personnes vivant avec un handicap moteur, il n'en est pas de même pour celles qui ont un handicap sensoriel. Un projet architectural pour Vienne est à la première étape de validation par l'ARS et le Ministère. Les établissements favorisent l'accès aux soins des personnes vulnérables. Ils sont organisés pour permettre au patient d'accéder à son dossier ; cependant l'information du patient relative au DMP n'est pas réalisée conformément aux bonnes pratiques (modalités d'accès au DMP non communiquées au patient, alimentation par les établissements du DMP non explicitée ni dans les livrets d'accueil ni par affichage ou sur le site internet des C.H.). Les établissements favorisent l'accès aux innovations pour les patients ; l'intervention au CH de Vienne de médecins spécialistes des HCL facilite cet accès. Ils impliquent les représentants des usagers et des associations de patients dans les instances et la vie institutionnelle ; le projet des usagers n'est pas encore articulé avec le projet médico-soignant (en cours de révision sur tous les établissements). La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins : implication des instances notamment des CME, PAQSS décliné par établissement et par thématique, référents qualité/sécurité, CREX institutionnels avec participation des représentants des usagers pour certains (CREX gérontologique à Vienne par exemple). Les établissements soutiennent une culture de sécurité des soins ; cependant la culture sécurité n'a pas fait l'objet d'une évaluation. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité de la prise en charge ; dans un contexte difficile en termes de ressources humaines médicales et non médicales notamment IDE, ayant entraîné des fermetures de lits notamment sur Vienne, les établissements ont déployés des modalités pour garantir la qualité

et sécurité des soins (dispositif hublo, heures supplémentaires majorées, dispositif « papillon » sur le CH de Vienne composé d'une équipe para médical en renfort pool de remplacement de jour et de nuit pour les IDE et les aides-soignants). Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management (projet managérial avec plans d'actions et formations communes médecins/cadres de santé). La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe (formations proposées par exemple en unité de surveillance continue ou en néonatalogie à Vienne, espaces de discussions dans certains services). Les connaissances et compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées (début de l'évaluation individuelle médicale). Les établissements promeuvent et soutiennent le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs (commission éthique, supervision d'un psychologue, soutien de l'équipe mobile de soins palliatifs le cas échéant). La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail : un comité de pilotage et des groupes de travail dans les quatre établissements avec plans d'actions après enquête auprès des professionnels, accent mis sur les conditions de travail, la communication interne, les marques de reconnaissance, une commission de la vie hospitalière pour les médecins à Vienne, analyse des tâches au quotidien pour favoriser le travail en équipe. Elle met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits (service de santé au travail avec médecin et psychologue, commun aux quatre établissements, cellule de conciliation pour les conflits entre médecins ou entre médecins et paramédicaux, cellule de signalement) La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée ; pour autant tous les professionnels concernés ne connaissent pas les modalités de l'alerte « plan de crise ». En ce qui concerne la prévention des atteintes aux personnes et aux biens, des dispositifs existent pour sécuriser les sites (service de sécurité, caméras, etc) ; Hormis au CH de Vienne, les autres établissements de la direction commune ont mis à jour leur PSE; certains accès de services de soins ne sont pas sécurisés par un système de contrôle entrée et sortie (au CH de Vienne, les salles de soins sont partiellement sécurisées (à clefs) ; les situations à risque pour les patients sont identifiés (actes de malveillance, patients à risque de fugues) à l'exception du risque suicidaire chez l'adulte à Vienne (travail en cours pour repérer ce risque dès l'entrée du patient adulte aux urgences). Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés (priorisation d'actions d'économie d'énergie, gestion des déchets, réduction des déchets alimentaires et écologie dans le soin et autour du soin,). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans chaque établissement ; l'évaluation de l'efficacité de l'ensemble du dispositif de prise en charge des urgences vitales n'est pas faite. La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques (instances actives, tableau de bord d'indicateurs diffusé, nombreux protocoles élaborés en commun). Les établissements prennent en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité ; par contre les équipes connaissent peu les recommandations émises par la CDU de chaque établissement. Les établissements analyse, exploitent et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins ; les professionnels rencontrés savent se situer dans leur service pour les indicateurs type ICSHA, douleur ; des audits sont réalisés entre deux campagnes nationales de recueil des indicateurs. Les établissements analysent, exploitent et communiquent la survenue d'évènements indésirables liés aux soins (comité d'analyse des risques réuni chaque semaine). Le CH de Vienne améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité (situation des lits analysée, bed manager). La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Renforcer la sécurisation du stockage des médicaments dans les unités de soins du CH de Vienne et en HAD. Permettre au patient de disposer de locaux accessibles à toutes les formes de handicap S'assurer de la réalisation des transports intra hospitaliers selon des délais adaptés. Renforcer l'appropriation de la démarche qualité par les équipes : analyse des dossiers préhospitaliers du SMUR, suivi du registre de refus d'admission et les ré hospitalisations en soins critiques, évaluation du dispositif de prise en charge de l'urgence vitale.

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	690780069	CENTRE HOSPITALIER DE CONDRIEU	10 rue de la Pavie 69420 Condrieu FRANCE
Établissement géographique	690000047	CENTRE HOSPITALIER DE CONDRIEU	10 Rue de la Pavie 69420 Condrieu FRANCE
Établissement géographique	420780744	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT PIERRE DE BOEUF	2 route de la dame Bp 23 42520 Saint Pierre De Boeuf FRANCE
Établissement géographique	420000317	CENTRE HOSPITALIER DE PELUSSIN	1 place abbe vincent 42410 Pelussin FRANCE
Établissement géographique	380000166	CENTRE HOSPITALIER DE LUZY DUFEILLANT	41 avenue louis michel villaz 38270 Beaurepaire FRANCE
Établissement principal	380000174	CENTRE HOSPITALIER LUCIEN HUSSEL DE VIENNE	Montee du docteur chapuis Bp 127 38200 VIENNE FRANCE
Établissement juridique	420016933	CENTRE HOSPITALIER DU PILAT RHODANIEN	1 place Abbé Vincent 42410 PELUSSIN FRANCE
Établissement juridique	380781351	CENTRE HOSPITALIER LUZY-DUFEILLANT BEAUREPAIRE	41 avenue louis michel villaz 38270 Beaurepaire FRANCE
Établissement juridique	380781435	CENTRE HOSPITALIER LUCIEN HUSSEL DE VIENNE	Montee du docteur Chapuis Bp 127 38200 VIENNE FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	4,499
Nombre de passages aux urgences générales	45,793
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	236
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	48
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	28
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	14
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	10
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	2
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	1,938
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	14
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	36
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	2
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	78
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	5
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)	15
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	30

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Tout l'établissement	
7	Audit système			

8	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
9	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur			
11	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
15	Audit système			
	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète	

16			<p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
17	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>	
18	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Audit système			
22	Parcours traceur		<p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p>	

23			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
28	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
29	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète	

30			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Audit système			
33	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
35	Audit système			
36	Audit système			
37	Audit système			
38	Audit système			

39	Audit système			
40	Audit système			
41	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
42	Traceur ciblé			EI
43	Audit système			
44	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
45	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
46	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
47	Parcours traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	

48	Traceur ciblé			EI
49	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
50	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
52	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
53	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé	

			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
55	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
56	Audit système			
57	Audit système			
58	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
59	Audit système			
60	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
61	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
63	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
65	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
66	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
67	Traceur ciblé			PSL
68	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
69	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	

70	Traceur ciblé			PSL
71	Audit système			
72	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
73	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
74	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
75	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
76	Traceur ciblé			HAD
77	Traceur ciblé			SMUR

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

