



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

L'Hôpital du Gier

19 rue victor hugo
Bp 168
42403 Saint-Chamond



Validé par la HAS en Septembre 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 2022

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 2022	24
Annexe 3. Programme de visite	28

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

L'Hôpital du Gier	
Adresse	19 rue victor hugo Bp 168 42403 Saint-Chamond
Département / Région	Loire / 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	420002495	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER	19 rue victor hugo Bp 168 42403 Saint-Chamond Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

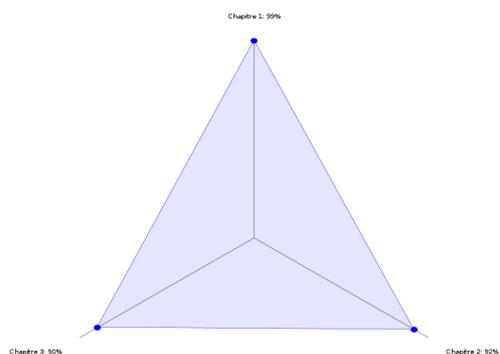
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Soins critiques
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

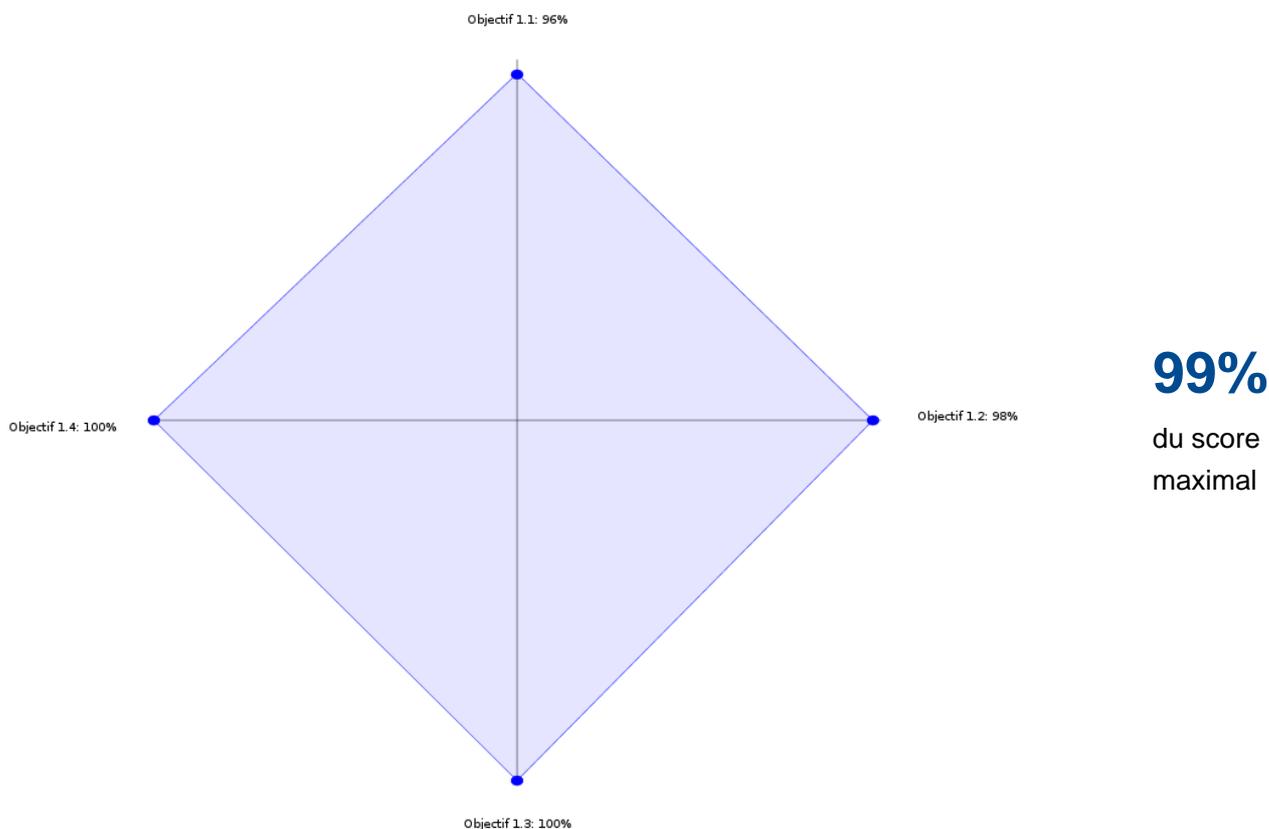
Au regard du profil de l'établissement, **115** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



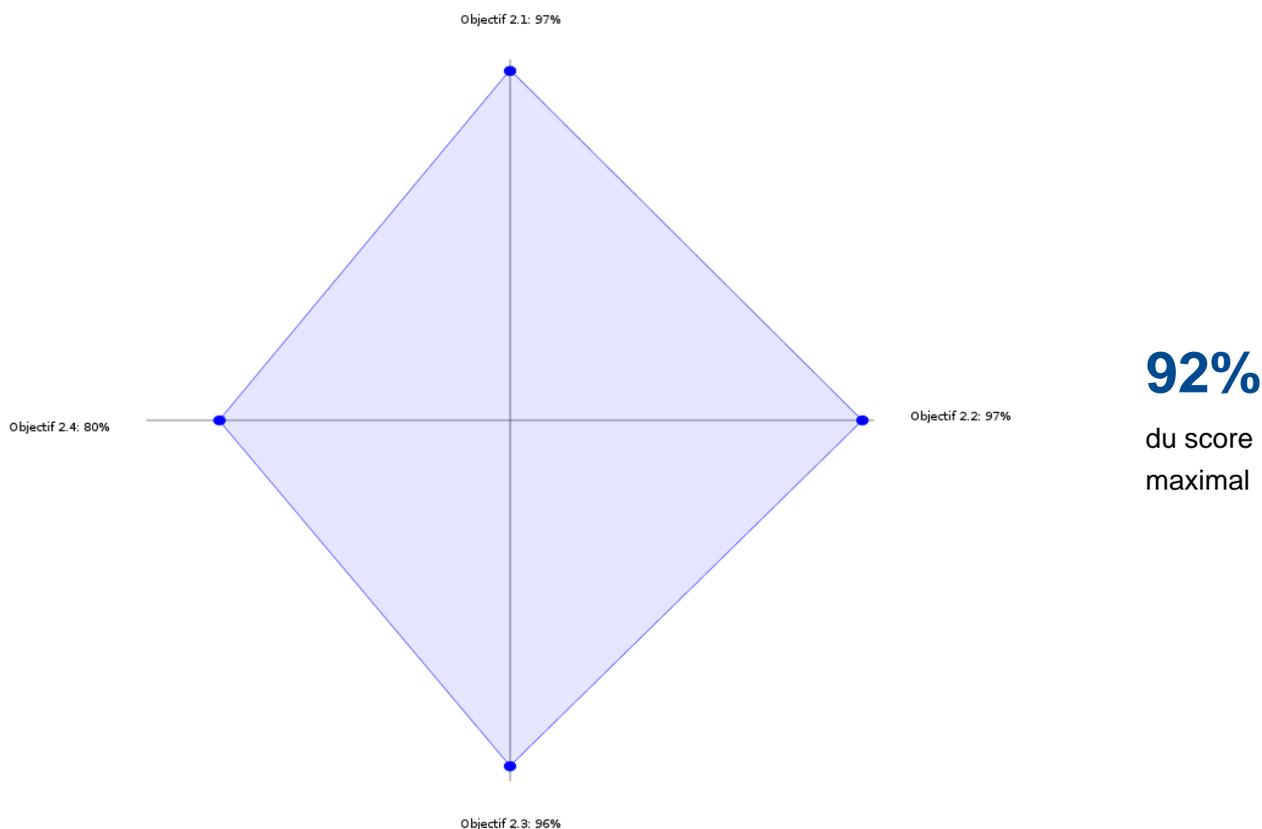
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	96%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'Hôpital du Gier (HDG) couvre les besoins de proximité de la population de la Vallée du Gier pour la Médecine, la Chirurgie, la Gynécologie-Obstétrique (MCO), les Soins de Suites et de Réadaptation (SSR), l'Imagerie, et l'Hébergement des personnes âgées (EPHAD). Ses activités sont réparties sur 5 sites. Depuis 2016, il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Loire coordonné par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Saint-Etienne. Les patients et leurs proches rencontrés confirment avoir reçu de la part des équipes médicales et paramédicales une information claire sur leur état de santé et adaptée aux différents types de prise en charge (hospitalisation complète, hôpital de jour, ambulatoire, SSR, Soins de longue durée) ainsi qu'à leur niveau de discernement. Leur consentement libre et éclairé est systématiquement recherché par les équipes afin de permettre leur implication et leur adhésion, s'il le souhaite, au projet de soins et à ses

modalités en partageant avec eux la réflexion bénéfiques/risques. Avec l'accord du patient, les équipes associent chaque fois que possible les proches et/ou les aidants particulièrement dans les situations difficiles (handicap, dépendance...). Dès la prise en charge des patients, les besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement, hygiène) sont systématiquement évalués et tracés afin de recevoir une aide adaptée. Lors de leurs séjours, chaque fois que de besoin, les patients sont sensibilisés et informés sur les principaux facteurs de risque et de protection (statut tabagique, consommation d'alcool, autres addictions...). Des supports de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance, activité physique, nutrition, hygiène, dépistages...) sont affichés et/ou mis à disposition dans les services. Au sein de l'établissement, les patients et leurs entourages sont informés de leurs droits au travers du Livret d'Accueil institutionnel accessible dans toutes les chambres et sur le site Internet de l'établissement sous forme de QR-code. Un Livret d'accueil plastifié est également disponible dans les services pour assurer l'information des patients n'ayant pas accès à Internet. Les échanges avec les patients ont montré que la plupart d'entre eux a connaissance des possibilités de recours aux Représentants des Usagers (RU). La démarche à suivre pour exprimer leur satisfaction est le plus souvent comprise par les patients. Néanmoins, ces derniers connaissent peu ou pas la possibilité de formuler une réclamation administrative ou de signaler un évènement indésirable. En dehors de l'Equipe Mobile de Soins palliatifs, l'information sur les modalités de rédaction des directives anticipées, présentes dans le Livret d'Accueil, n'est pas une pratique habituelle des professionnels, principalement par manque de formation sur ce sujet difficile. Lorsqu'elles sont rédigées par le patient, celles-ci sont intégrées dans le dossier du patient. Dans le secteur obstétrical, dès le début de la grossesse, les futurs parents sont associés au projet de naissance qui est rediscuté en réunion de service afin de leur permettre de bénéficier d'un accompagnement personnalisé sans remettre en cause la qualité et la sécurité de la prise en charge obstétricale. La présence du co-parent est organisée et facilitée. Les professionnels acteurs de soins portent pour la plupart, une tenue blanche et sont facilement identifiables via une étiquette précisant leur nom et leur métier. Les patients témoignent de la qualité des conditions d'accueil (locaux, équipements, pratiques professionnelles) dans les services de l'HDG permettant une prise en charge respectueuse de leur dignité et de leur intimité ainsi que de la propreté et de l'hygiène générale des services d'hospitalisation. Tous les professionnels rencontrés portent une attention très particulière au respect de la confidentialité des échanges avec les patients et leurs proches. En l'absence de service de Pédiatrie, les enfants et adolescents accueillis au sein de l'établissement dans un secteur adulte bénéficient d'un environnement adapté en particulier dans le secteur ambulatoire. Dans tous les secteurs d'activités, les soins sont personnalisés et tendent à rendre le patient acteur de sa prise en charge. La personne à prévenir et la personne de confiance sont systématiquement recueillies et tracées dans le dossier du patient informatisé (DPI) ou sous format papier. Tout au long de son hospitalisation, le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles de mesures adaptées à son niveau de compréhension. Néanmoins, les experts-visiteurs ont constaté que la prescription des antalgiques en "si besoin" ne précisait pas systématiquement le niveau de douleur requis. Chaque fois que nécessaire, le patient est informé de l'implantation de dispositifs médicaux invasifs (DMI) et des consignes de suivi adaptées. Il en est de même lors de l'administration de produits sanguins labiles et/ou de médicaments dérivés du sang. En prévision de sa sortie, le patient et/ou ses proches reçoivent des informations adaptées aux modalités de la prise en charge (hospitalisation complète, ambulatoire, passage en SSR...) et ils sont informés sur le traitement prescrit ou modifié et sur les consignes de suivi. Le recours à la contention mécanique est volontairement très limitée. Lorsqu'elle sa mise en œuvre devient nécessaire, le patient et/ou sa personne de confiance est immédiatement informée. Sa prescription fait l'objet d'une décision médicale argumentée, tracée dans le dossier et réévaluée tous les jours. L'apport des proches et aidants est systématiquement recherchée et leur présence facilitée dans le strict respect des règles sanitaires liées à la Covid19 en particulier en fin de vie. Quel que soit le service où il se trouve, le patient en situation de précarité ou de vulnérabilité bénéficie d'une orientation dès sa prise en charge vers une assistante sociale afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Une Permanence d'Accès Aux Soins de Santé (PASS) est en place au sein de l'établissement. Une attention particulière est portée par l'ensemble des équipes à l'expression et à la prise en compte des besoins

des patients vivant avec une maladie chronique ou un handicap afin de maintenir son autonomie, notamment dans la préparation de la sortie et du retour à domicile. Les patients en fin de vie ont la possibilité de bénéficier d'une prise en charge par l'équipe mobile de soins palliatifs dans toutes les unités de soins et dans une unité dédiée.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



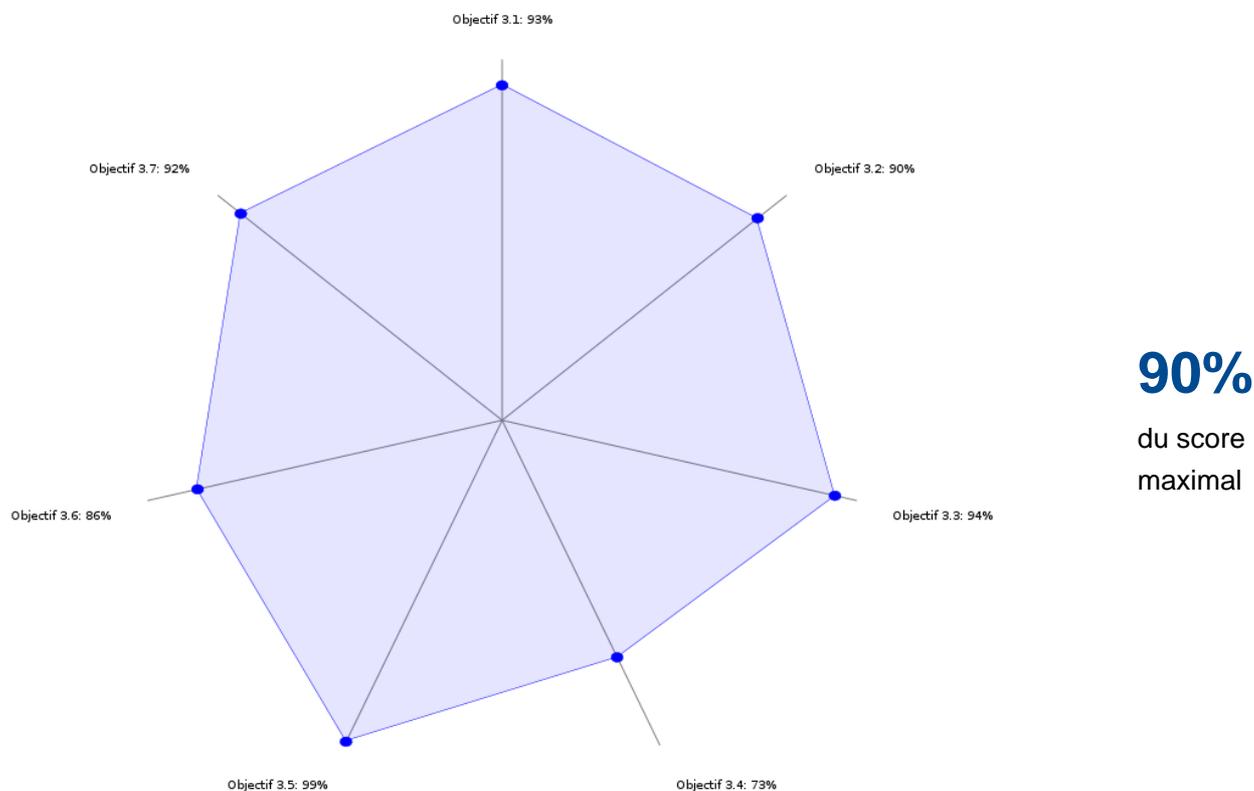
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	96%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	80%

A l'Hôpital du Gier, les parcours des patients sont organisés et argumentés par les équipes de soins en s'appuyant sur des protocoles intégrant les recommandations de bonnes pratiques. Des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires sont régulièrement réalisés dans les unités de soins au sein de l'HDG ou dans le cadre du GHT. Le recours aux avis spécialisés est assuré. La coordination entre le service des Urgences, les unités MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et le SSR est bien organisée et permet d'assurer la pertinence et la fluidité des admissions et des séjours sur la base d'une évaluation pluriprofessionnelle. Les prises en charge spécialisées sont réalisées sur place ou font l'objet de conventions inter-établissements. Le service des Urgences de l'HDG est structuré avec une filière courte et une filière longue, chacune de ces filières ayant une mission propre. Ainsi, lors de son arrivée dans le secteur des Urgences, le patient bénéficie d'un accueil par un

(e) Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO) secondé(e) par un médecin référent (MAO) rapidement disponible. Le tri est réalisé à l'aide d'une échelle validée dans des locaux adaptés au respect de la confidentialité. La décision d'orientation prend en compte l'âge (personne âgée ou enfant/adolescent), un éventuel handicap, une vulnérabilité, une situation de dépendance afin de faire bénéficier la patient d'un circuit adapté dans les meilleurs délais. Une expérimentation est actuellement en cours, avec la présence d'un médecin gériatre durant la journée pour limiter le temps d'attente des personnes âgées. Une coordination de la gestion des lits est opérationnelle et favorise, autant que faire se peut, la fluidité des flux des patients. Les situations de lits occupés par des patients admis en urgence sont régulièrement analysés en lien avec le service des Urgences et les services de soins concernés de l'établissement ainsi qu'au sein du GHT. Le principe de ne laisser aucun patient couché sur un brancard le soir aux Urgences est suivi. Quel que soit le service, et tout au long du parcours, les équipes se coordonnent pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire afin de discuter les indications diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les alternatives concernant les modalités de prise en charge. Des échanges réguliers associent le patient et/ou la personne de confiance dans la réflexion bénéfiques/risques. Le dossier du patient informatisé (DPI) est accessible à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients de façon sécurisée (identifiant et mot de passe). Il regroupe toutes les informations sociales et médicales, notamment le projet de soins du patient et la trace des interventions des équipes transversales. En Maternité, le carnet de santé de l'enfant comporte pour les informations utiles à son suivi après la sortie tout en respectant le secret médical. Le bloc opératoire comprend quatre salles dont une nouvelle salle ISO5 de dernière génération, une salle d'endoscopie et une salle spécifiquement dédiée aux césariennes. Toutes les salles de bloc de l'HDG sont équipées pour proposer un programme opératoire informatisé ainsi qu'un accès à l'imagerie numérisée et au dossier informatisé du patient (seul le Dossier d'Anesthésie n'est pas encore totalement informatisé). Il est organisé sur la base d'une Charte de bloc et d'une programmation régulée prenant en compte la priorisation des urgences en particulier obstétricales. La check-list HAS "Sécurité du patient" est utilisée de manière efficace et mise en œuvre dans le respect des bonnes pratiques. Elle est retrouvée dans le dossier du patient. Cependant, la check-list n'est pas adaptée à tous les plateaux techniques : pas d'utilisation de la check-list spécifique « Césarienne » en Maternité. L'environnement du bloc opératoire permet de maîtriser l'hygiène et le risque infectieux. Le circuit et le traitement des endoscopes est conforme aux bonnes pratiques et aux préconisations réglementaires. Les équipes appliquent et évaluent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie concernant les actes invasifs. Le suivi de grossesse est assurée par les sages-femmes et/ou les gynécologues obstétriciens en étroite collaboration avec le réseau de santé en périnatalité Loire-Nord Ardèche (ELENA), le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Pré-Natal (CPDPN) du CHU de Saint-Etienne, le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ainsi qu'avec les sages-femmes libérales. Un médecin gynécologue-obstétricien et un médecin anesthésiste-réanimateur sont présents 24h sur 24 et, la nuit, le week-end et jours fériés, un pédiatre en astreinte opérationnelle est rapidement disponible. La maternité étant de conception ancienne, la salle de césarienne d'urgence ne se trouve pas dans la continuité de la salle de naissance. Il est nécessaire d'emprunter un ascenseur dédié pour rejoindre le bloc opératoire situé au premier étage du bâtiment. La procédure d'urgence dite "Césarienne Code rouge", connue de tous les intervenants, permet de répondre aux attendus réglementaires et de respecter le délai de 15 minutes entre la décision de césarienne et l'extraction du nouveau-né. Les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) sont également maîtrisés : le matériel est disponible et régulièrement vérifié. Des simulations sont régulièrement réalisées au sein de la Maternité ou dans le cadre de maintien régulier des connaissances. La démarche des soins palliatifs est particulièrement bien coordonnée par une équipe spécifique. Elle fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelles et pluridisciplinaire facilitant la gestion de ces situations souvent ressenties difficilement par les équipes de soins. Les pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont respectés par la plupart des équipes sur les sites au périmètre de la visite. Cependant, lors des investigations sur le site SSR de Marrel, il a été constaté que les patients en HDJ ne portaient pas de bracelet. L'établissement a immédiatement rectifié la procédure dans ce secteur de soins. Les vigilances réglementaires

sont en places et les différents référents sont diversement connus selon les équipes de professionnels. La sécurité transfusionnelle est assurée à toutes les étapes de la prise en charge du patient. L'analyse bénéfique/risque est systématiquement réalisée ainsi que le suivi de la non utilisation et de la destruction éventuelles des produits sanguins. Par contre, celle de la pertinence des actes transfusionnels n'est pas encore systématique. L'établissement a initié la démarche en novembre 2021 en définissant la fiche projet et l'échéancier à mettre en oeuvre. Dans tous les services de l'HDG, l'approvisionnement et le transport des médicaments sont assurés depuis la pharmacie (PUI) conformément aux bonnes pratiques. Le stockage et le suivi des périmés dans les armoires dédiées des unités de soins sont assurés par les IDE de chaque service. Cependant, un stockage non conforme de plaquettes de médicaments dans tous les chariots d'administration utilisés par les IDE pouvant entraîner un risque d'erreur lors de la dispensation des médicaments a été relevé. Dès le signalement de ce problème, l'établissement a immédiatement fait le nécessaire pour pallier ce risque. La liste des médicaments à risques est disponible dans tous les postes de soins. Ces derniers sont clairement identifiés, stockés et utilisés selon des règles connues. Tous les professionnels rencontrés ont démontré une grande sensibilisation aux mesures de sécurisation à toutes les étapes du circuit du médicament. La pertinence des prescriptions est évaluée et une analyse pharmaceutique est effective sans pour autant que le taux de suivi des recommandations par les médecins prescripteurs soit enregistré. La prescription probabiliste des antibiotiques est réévaluée et tracée entre la 24ème et la 72ème heure. Les équipes disposent de protocoles et peuvent avoir recours à un référent antibiothérapie et aux infectiologues du CHU de Saint-Etienne. La sécurisation des prises en charge en chimiothérapie est également assurée de la prescription à l'administration. Le façonnage est assurée à l'Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth (ICLN) de Saint-Etienne avec un transport parfaitement sécurisé et conforme aux bonnes pratiques. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont appliquées par les professionnels qui veillent à leurs respects par les patients et leurs entourages. Les précautions d'hygiène standard et complémentaires sont connues de tous et font l'objet de protocoles et de formations régulières par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques peropératoires et veillent à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle. Il en est de même des risques liés aux dispositifs médicaux implantables (DMI), au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables (DM). Il a été néanmoins observé un nombre relativement important de professionnels venant déjeuner au self en conservant leurs tenues professionnelles. Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants concernant les secteurs d'imagerie, le bloc opératoire et interventionnel sont contrôlés et maîtrisés par les équipes concernées (formations, dosimètres, équipements de protection individuelle, personne compétence en radioprotection). Une organisation des transports internes des patients est en place avec des professionnels spécifiquement formés et très impliqués. Ceux-ci informent les patients de leur destination et des horaires de transport tout en veillant avec une grande bienveillance au respect des conditions de transport. Les équipes de soins bénéficient d'un suivi vaccinal par le Service de Santé au travail et l'HDG a mis en place des actions de sensibilisation pour la vaccination des professionnels. Le processus de déclaration des Evénements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) est opérationnel et connu de tous les professionnels rencontrés. Les déclarations font l'objet d'une analyse systématique (CREX, RMM...) pour mettre en place des actions d'améliorations. Les équipes rencontrés lors des différentes investigations sur le terrain n'ont pas toujours été en capacité de présenter les résultats de démarche d'évaluation des leurs pratiques professionnelles (EPP) pour lesquelles elles auraient identifier un potentiel d'amélioration. Il a également été noté une faible connaissance des résultats des principaux Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) ou des principaux événements indésirables associés aux soins.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	93%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	90%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	73%
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	86%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	92%

L'Hôpital du Gier a pris en compte les besoins de santé sur son territoire pour définir les orientations stratégiques de son Projet d'Établissement 2020-2024 afin de garantir la coordination et la continuité des soins et d'éviter les ruptures de prise en charge de ses patients aussi bien dans les soins programmés (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Soins de Suite et de Réadaptation, Unités de Séjours LONGue Durée) que non

programmés (Urgences). L'HDG est visible sur le territoire par la mise à jour régulière du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et par son implication directe dans le GHT, que ce soit en période d'activité habituelle ou en période de tension. Toutes les filières spécialisées hospitalières et pré-hospitalières sont opérationnelles. Sur le bassin du GHT, l'HDG met à la disposition des Établissements médico-Sociaux (EMS) ses Équipes mobiles de Gériatrie et de Soins Palliatifs. Pour la Gériatrie, une hotline permet de contacter directement les gériatres afin de limiter le passage aux Urgences des personnes âgées. De nombreux partenariats et coopérations sont en place entre l'HDG, le CHU de Saint-Etienne, hôpital de recours pour certaines spécialités (cardiologie interventionnelle, Urgences Neuro-Vasculaire...) et d'autres établissements du GHT et hors GHT. Pour une meilleure coordination des parcours aux Urgences et en Maternité, l'établissement a intégré, respectivement, les réseaux REULIAN et ELENA. L'HDG participe également au développement de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de la Vallée du Gier. La communication avec les usagers et la médecine de ville est développée pour permettre un contact facilité et améliorer la communication Ville-Hôpital. La prise de rendez-vous se fait par téléphone avec des numéros disponibles sur le site internet ou par le standard de l'établissement. Un projet en cours de développement pour identifier des plages de consultations dédiées aux médecins traitants et accessibles via une plateforme de RDV informatisée. D'autre part, l'HDG suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie du patient. Les lettres de liaison sont automatiquement déposées sur « Mon espace santé » de chaque patient. Des temps d'information ont été également organisés pour et avec les praticiens afin de permettre une sensibilisation de la continuité des prises en charge plus efficiente. Le développement de la recherche clinique médicale est encouragé et la participation à des essais cliniques est promue. L'HDG se fait le relai du CHU de Saint-Etienne lors de la recherche de patients éligibles aux essais cliniques (période COVID). L'établissement communique également sur les dispositifs innovants proposés par les établissements du GHT (dépistage rapide des cancers avec le dispositif CancerDiag). L'HDG favorise et soutient le recueil et l'expression de la satisfaction des patients via le dispositif national e-Satis et à l'aide des questionnaires de sortie. Néanmoins, le taux de recueil est faible et que leurs résultats sont peu connus. L'établissement met en place des organisations afin de remédier à cette problématique mais cela reste à développer. L'établissement promeut et soutient des initiatives de partenariat avec des patients : analyse des questionnaires de sortie et e-Satis, participation au parcours traceur, relecture de procédure travaillée en CSMIRT, etc.. Les plaintes et réclamations des patients sont présentés en CDU pour être intégrées dans les actions d'amélioration proposées par la CDU. La mobilisation de l'expertise du patient reste à développer même si dans le cadre du Programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en diabétologie, les patients sont sollicités pour faire part de leur expérience. La gouvernance veille à favoriser les bonnes pratiques pour communiquer avec et autour du patient. Elle développe la lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein et elle assure la promotion de la bientraitance en sensibilisant et en impliquant tous les acteurs de l'établissement. Les bonnes pratiques sont traduites par une Charte de bientraitance réalisée par un groupe de professionnels de l'établissement. Ces pratiques sont également soutenues par des actions de formation continue. L'accès aux soins pour les personnes vulnérables ou en état de précarité est favorisé grâce à l'implication rapides des assistantes sociales dans le parcours de soins du patient et la présence sur site d'une PASS. La prise en charge des patients porteurs de handicap est portée par une politique dédiée et une procédure spécifique. Cependant, toutes les formes de handicap ne sont pas prises en charge (absence d'annonces sonores, accessibilité limitée des locaux pour les personnes non voyantes). Les Représentants des Usagers (RU) sont impliqués et associés dans la vie institutionnelle, dans les instances de l'établissement dont la Commission de Lutte contre les INfections Nosocomiales (CLIN) , Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). Ils ont connaissance des plaintes et réclamations. Cependant, leur participation à l'analyse des Événement Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et des résultats des questionnaires de satisfaction et des différentes n'est pas encore très développée. La politique de management de la qualité et de la sécurité des soins bénéficie d'un portage institutionnel fort co-piloté par la direction et la CME. Elle se traduit par une organisation dédiée, organisée de manière centralisée et coordonnée qui s'appuie sur une communication adaptée impliquant le CSIRMT et la CDU. Cette politique

est revue annuellement et les plans d'actions sont déclinés et suivis dans les pôles et services par le binôme médecine-cadre. Un tableau de bord Qualité/Gestion des risques décliné par service est en projet. La gouvernance favorise la culture de l'erreur positive et soutient les actions de formation liées à la sécurité des soins (bloc des erreurs, Escape-Game, médicaments à haut risque) ainsi que la formation de l'encadrement à la réalisation de CREX. L'HDG a également une politique de gestion des ressources humaines permettant l'adéquation des compétences et des besoins par la Gestion Prévisionnelles des Métiers et des Compétences (GPMC). La formation continue permet une gestion optimisée des métiers en tension. Les secteurs d'activités complexes (imagerie, PUI, endoscopie...) ont mis en place un suivi de validation des compétences des professionnels. Lors des périodes tensions, les professionnels peuvent être mobilisés sur des heures supplémentaires. L'HDG interagit à la fois sur la sécurisation des prises en charge et la reconnaissance du travail des professionnels. L'équipe d'encadrement de l'établissement bénéficie de formation en management. Les nouveaux cadres et/ou les faisant fonction de cadre ont des temps d'échange, de retours d'expérience et de soutien avec la gouvernance. L'équipe d'encadrement de l'établissement bénéficie de formation en management. Les nouveaux cadres et/ou les faisant fonction de cadre ont des temps d'échange, de retours d'expérience et de soutien avec la gouvernance. Les compétences des professionnelles sont évaluées par l'encadrement et leurs ajustements est pris en compte dans le plan de formation institutionnel. D'autre part, la promotion professionnelle constitue un axe fort de l'investissement des ressources Humaines en vue de fidéliser les remplaçants et/ou les intérimaires. La démarche Qualité de Vie au Travail (QVT) est inscrite dans le plan social de l'établissement. Tous les professionnels ont la possibilité de s'exprimer sur leurs conditions de travail. Ils peuvent bénéficier d'un accompagnement personnalisé. Les partenaires sociaux sont également associés à la démarche QVT. Les violences en santé sont également identifiées. Elles font l'objet d'un traitement par des groupes experts. Une commission locale suit l'évolution des déclarations et de leurs traitements et valide les plans d'action. En cas de conflit ou de difficultés interpersonnelles, un dispositif d'écoute est en place au niveau du Service de Santé au Travail et permet d'assurer un soutien psychologique et social si besoin. L'HDG s'appuie sur un système d'information sécurisé (identifiant et mot de passe régulièrement changés). Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas d'incident (contact avec le référent de la sécurité numérique, mise en œuvre de solution dégradée). Le plan de sécurisation de l'établissement en temps normal et en situations de crise est en place et opérationnel. Dans une dynamique d'amélioration, des revues de pertinence des pratiques sont organisées par la gouvernance ainsi qu'une prise en compte de l'expérience des patients (e-Satis, satisfaction des patients, patients traceurs) ainsi que le recueil des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS). Néanmoins, les équipes rencontrées lors des différentes investigations sur le terrain n'ont pas toujours été en capacité de présenter les résultats de démarche d'évaluation des leurs pratiques professionnelles (EPP) pour lesquelles elles auraient identifié des actions d'amélioration. Il a également été noté une faible connaissance des résultats des principaux Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) ou des principaux événements indésirables associés aux soins. D'autre part les indicateurs de qualité des soins perçus par le patient (PREMs et PROMs) ne seront déployés et exploités qu'à partir de 2024. La promotion de l'accréditation des médecins a été rappelée dans le cadre de la CME. Au moment de la visite, il n'a pas été retrouvé de pilotage (Comité spécifique) , de politique, d'une Charte et de référent(s) en faveur du Développement Durable. Et notamment dans l'utilisation d'énergie renouvelable dans le cadre d'un plan de maîtrise globale. La prise en charge des Urgences Vitales est structurée et maîtrisée autour d'une procédure actualisée et connue des équipes, d'un numéro d'appel unique affichée dans tous les services et connu des professionnels, d'un plan de formation et de matériels uniformisés dont la localisation est parfaitement identifiée. En raison de la pandémie Covid19, la formation AFGSU n'a pas été réactualisée pour certains professionnels. L'HDG a décidé de favoriser la formation de « formateurs AFGSU » afin de pouvoir assurer en interne cette réactualisation réglementaires des connaissances. Le Plan Blanc et ses annexes (NRBC, épidémies, tension hospitalière, attentas) est en place et vient d'être réactualisé. Il a été mobilisé lors des différents vagues de la pandémie Covid19. L'HDG a participé aux différents exercices organisés par l'ARS et/ou la Préfecture. Cependant, l'analyse du temps de mobilisation de la cellule de crise n'a pas été réalisée.

Un exercice de simulation de déclenchement de la cellule de crise est programmé dans le plan d'action « gouvernance » fin 2022. Dans le cadre de la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens, le Plan de sécurisation de l'établissement est validé et opérationnel. Les accès de l'établissement sont sécurisés pour les secteurs protégés. Les procédures pour les situations à risques sont validées, opérationnelles et connues des professionnels.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	420002495	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER	19 rue victor hugo Bp 168 42403 Saint-Chamond Cedex FRANCE
Établissement principal	420780637	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER - POLE MCO	19 rue victor hugo Bp 168 42403 Saint-Chamond
Établissement géographique	420780678	CH DU PAYS DE GIER -- POLE SSR	42 rue leon marrel 42800 Rive-De-Gier FRANCE
Établissement géographique	420009599	CH PAYS DE GIER - POLE GERIATRIQUE	19 rue laurent charles 42400 Saint Chamond FRANCE
Établissement géographique	420787210	CH PAYS DE GIER - CENTRE DE PLANIFICATION	19 rue victor hugo 42403 Saint Chamond FRANCE
Établissement principal	420780637	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER - POLE MCO	19 rue victor hugo Bp 168 42403 Saint-Chamond
Établissement géographique	420780678	CH DU PAYS DE GIER -- POLE SSR	42 rue leon marrel 42800 Rive-De-Gier FRANCE
Établissement géographique	420009599	CH PAYS DE GIER - POLE GERIATRIQUE	19 rue laurent charles 42400 Saint Chamond FRANCE
Établissement géographique	420787210	CH PAYS DE GIER - CENTRE DE PLANIFICATION	19 rue victor hugo 42403 Saint Chamond FRANCE
Établissement principal	420780637	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER - POLE MCO	19 rue victor hugo Bp 168 42403 Saint-Chamond
Établissement géographique	420780678	CH DU PAYS DE GIER -- POLE SSR	42 rue leon marrel 42800 Rive-De-Gier FRANCE
Établissement géographique	420009599	CH PAYS DE GIER - POLE GERIATRIQUE	19 rue laurent charles 42400 Saint Chamond FRANCE
Établissement		CH PAYS DE GIER -	19 rue victor hugo

géographique

420787210

CENTRE DE
PLANIFICATION

42403 Saint Chamond FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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	2,947
Nombre de passages aux urgences générales	25,460
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	136
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	30
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	19
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	13
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	2,407
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	29
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	100
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	100
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)	8
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	Audit système	Représentants des usagers		
2	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	
3	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport assis ou couché
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
6	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
7	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
			Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

9	Parcours traceur		Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
10	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intersite
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins critiques Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
15	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences générales
16	Audit système	Leadership		
17	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
			Tout l'établissement	

18	Patient traceur		Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
19	Audit système	Maitrise des risques		
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
23	Audit système	QVT & Travail en équipe		
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Audit système	Entretien Professionnel		
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine	

			Hospitalisation complète Programmé	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie

34	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
35	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
36	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
37	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Urgences Adulte Hospitalisation complète	
38	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Urgences Médecine Hospitalisation complète	
39	Audit système	Dynamique d'amélioration		
40	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
41	Audit système	Engagement patient		

42	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
43	Audit système	Coordination territoriale		
44	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
45	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou PO
46	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Hospitalisation complète	
47	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
48	Audit système	Entretien Professionnel		
49	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
50	Audit système	Entretien Professionnel		

51	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		Non applicable
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Audit système	Entretien Professionnel		

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

