



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

Centre Hospitalier Sud Gironde

Rue paul langevin

Bp 116

33212 Langon



Validé par la HAS en Février 2025

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 – Février 2025

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	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	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 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 avec mention.

Présentation

Centre Hospitalier Sud Gironde	
Adresse	Rue paul langevin Bp 116 33212 Langon Cedex FRANCE
Département / Région	Gironde / Nouvelle-Aquitaine
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	330027509	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL SUD GIRONDE	PLACE SAINT MICHEL 33192 LA REOLE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

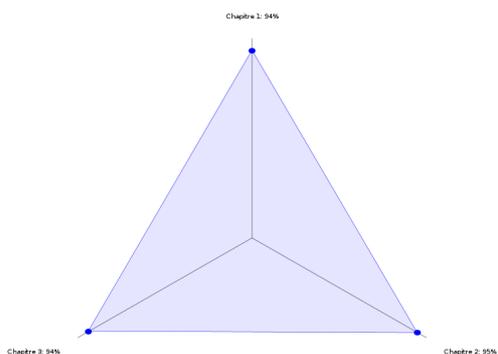
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

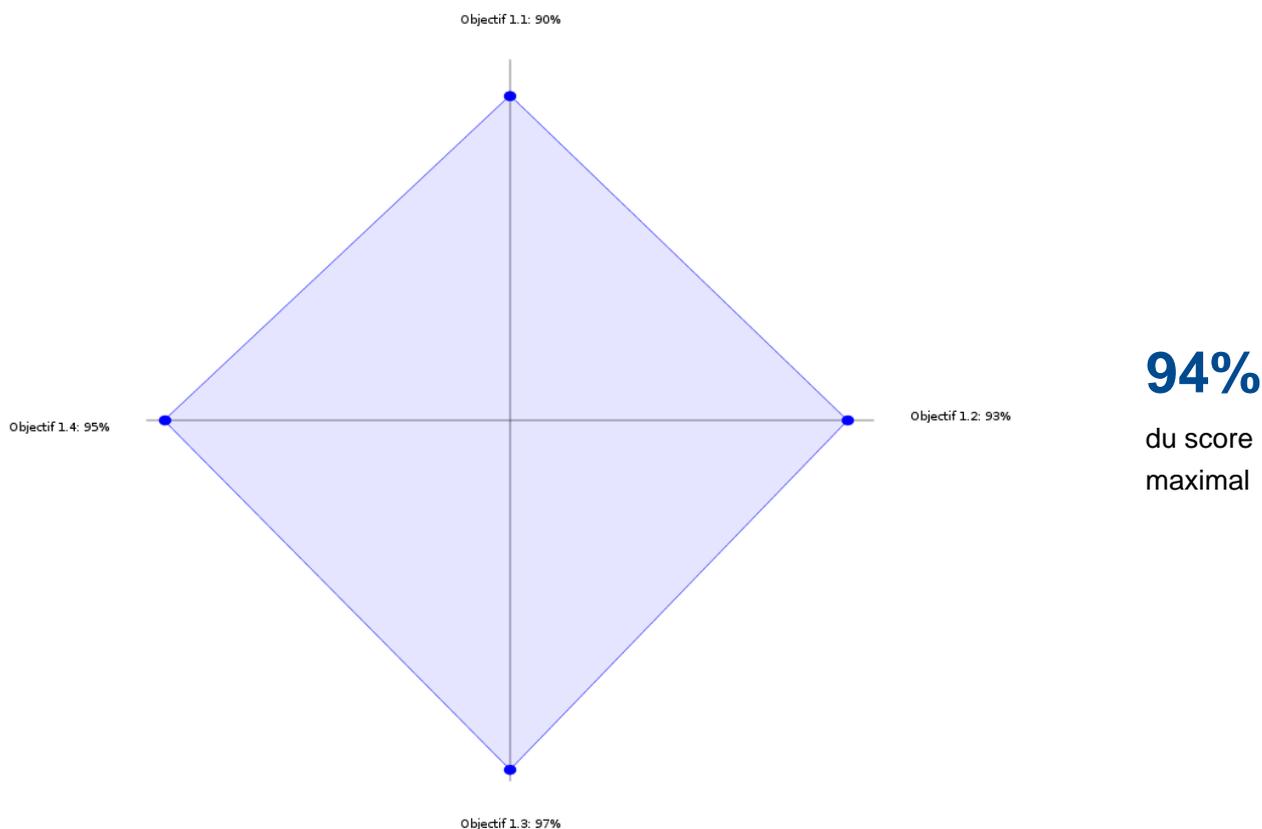
Au regard du profil de l'établissement, **124** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



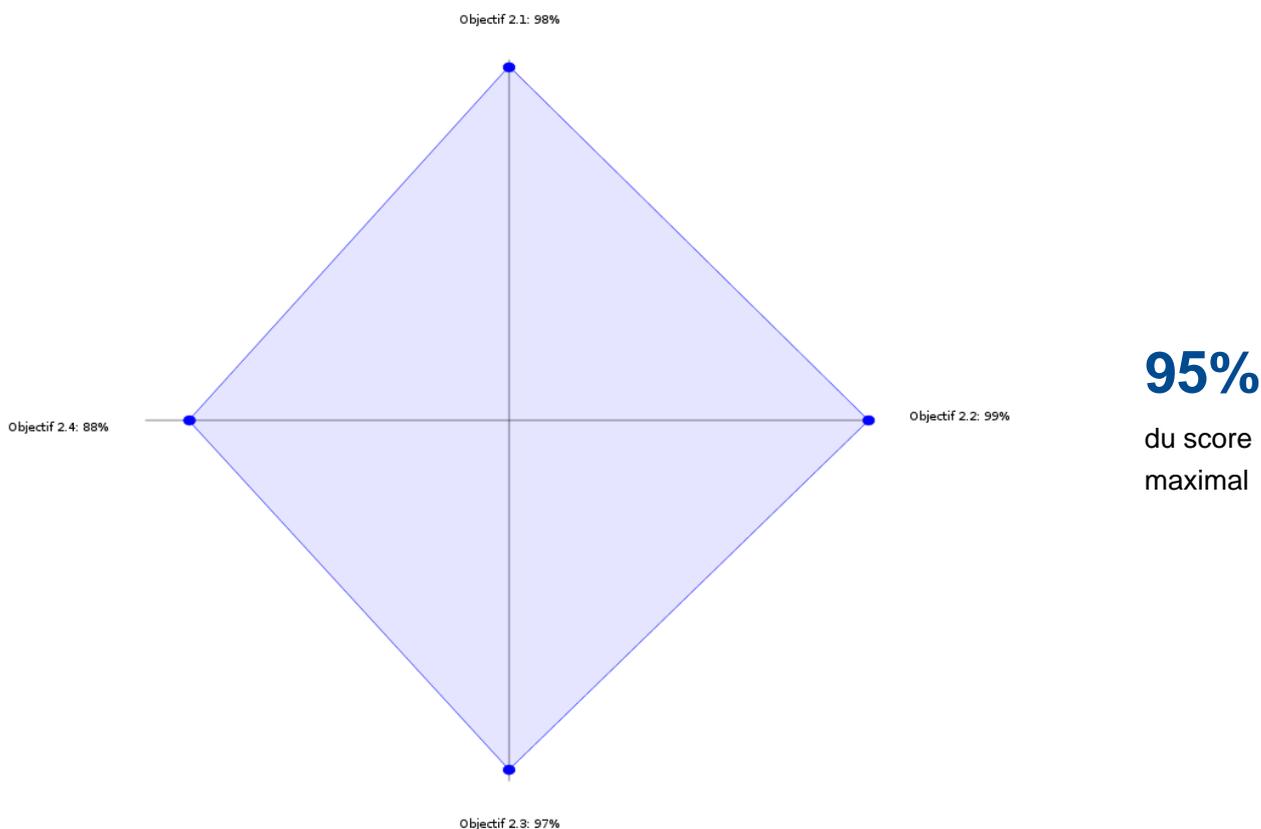
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	93%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	95%

Le patient est informé sur ses droits au travers du livret d'accueil remis au moment de la pré-admission pour les hospitalisations programmées. Des affichages sont positionnés dans les services, dans les salles d'attentes des consultations contenant différentes chartes, la charte de la personne hospitalisée ainsi que la charte Romain Jacob et documents d'informations. Des ressources documentaires, utiles aux professionnels, pour assurer la promotion des droits des patients sont disponibles. Tout au long de sa prise en charge, le patient est informé selon son degré de discernement et impliqué dans son projet de soins. Il est également associé dans l'évaluation du bénéfice risque de sa prise en charge. Concernant l'accès à ces informations, des modalités sont définies. Les patients sont informés et les délais de traitement sont suivis et analysés lors de staffs pluridisciplinaires hebdomadaires. Néanmoins, l'information sur le délai de sa prise en charge reste perfectible

selon les secteurs. Aux urgences, l'établissement a à disposition une pancarte pour le temps d'attente mais celle-ci est peu (ou parfois mal) utilisée. Durant la visite, il a été mis en place un dispositif d'affichage informatique. Le patient est informé des Dispositifs Médicaux Implantables, qui lui sont posés, ou des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang qui lui sont administrés. Des fiches de consentement éclairé sont remises au patient devant bénéficier d'une intervention chirurgicale ou d'une endoscopie. Les patients sont informés oralement de l'alimentation du DMP. Toutefois, ni le livret d'accueil ni aucun autre document ne donne l'information au patient concernant le DMP. La promotion de Mon Espace Santé est efficace : plaquette dans le livret d'accueil et affichage dans les services. Pour les patients mineurs, l'information donnée à l'enfant est adaptée à sa maturité de compréhension concernant sa pathologie. L'autorisation des deux parents est recherchée autant que possible pour les interventions, à défaut une explication est notée dans le dossier. La remise au patient d'une information bénéfiques risques est organisée lors de sa consultation médicale, la traçabilité de celle-ci reste perfectible. En chirurgie ambulatoire, il reçoit les informations spécifiques à cette prise en charge et le passeport chirurgie ambulatoire est en place. La démarche « Patient Debout », mode de prise en charge qui vise à améliorer la dignité et l'autonomie du patient, est effective dans l'établissement. En maternité, les sages-femmes proposent aux patientes de rédiger un projet de naissance et si les patientes le souhaitent, les accompagnent dans cette démarche. Concernant la fin de vie, il existe des réunions pluri professionnelles en coordination avec l'équipe mobile de soins palliatifs et le projet de soins est présenté à la famille pour les accompagner dans la prise de décision. En unité de médecine ambulatoire, les consultations d'annonce sont mises en place. La personne de confiance est systématiquement recueillie et tracée dans le dossier patient informatisé (DPI). Dans le livret d'accueil, il est stipulé la possibilité de rédiger les directives anticipées ; néanmoins, pour certains patients plus âgés cette information n'est pas toujours assimilée. En prévision de sa sortie, le patient reçoit l'information sur son traitement et le suivi de son hospitalisation. Cependant, en maternité, la patiente a l'ordonnance de sortie, avec les renseignements nécessaires, mais pas la lettre de liaison de sortie et ne reçoit qu'un compte-rendu sans le traitement quelques jours après, donc pas de bilan thérapeutique à la sortie. L'information sur l'existence de la Commission des Usagers et du rôle de ses représentants est à la disposition des patients. Ils peuvent joindre en direct un représentant des usagers pour les accompagner si nécessaire dans les démarches. Cependant, sur leur droit à connaître les représentants des usagers et les modalités pour les joindre, sur leur droit à pouvoir déposer une réclamation durant leur séjour et sur les modalités pour exprimer leur satisfaction même si l'établissement participe à la campagne Esatis, la plupart des patients disent ne pas être informés, malgré la diffusion documentaire réalisée par l'établissement. De même, la notion de contacter l'équipe médicale via une messagerie sécurisée n'est pas assimilée. De plus, l'expérience patient est globalement recherchée pour qu'il soit acteur de sa prise en charge, notamment en service de Soins Continus qui a mis en place un carnet de bord auprès du patient. Les ressources matérielles pour préserver la dignité et l'intimité du patient sont disponibles. Certains locaux n'étaient pas propices à ce respect pour des raisons de vétusté où il n'y a pas de douche dans les chambres. Malgré ces contraintes les pratiques des professionnels permettent que les patients aient une hygiène corporelle conforme aux attendus. Dans le cadre du Ségur, un regroupement sur le site de La Réole, des locaux libérés par le secteur de médecine ont été réhabilités afin d'améliorer les conditions d'accueil du patient en SMR. D'autres travaux sont prévus dès 2025/2026 pour continuer à améliorer l'accueil des patients. La confidentialité des informations et de la prise en charge du patient est recherchée. Les enfants et adolescents bénéficient d'un environnement adapté à leurs arrivées par les urgences adultes. Même si la salle d'attente est commune pas spécifique aux enfants (mutualisée avec les adultes) un espace a été aménagé avec petite table et chaises adaptées, un box a été aménagé aux urgences avec la réalisation d'une fresque pour créer un environnement rassurant et créatif pour les enfants. L'objectif de cette œuvre est conçu pour éveiller l'imagination des enfants et leur offrir un espace d'évasion dans un cadre hospitalier, on les retrouve en imagerie, au bloc et dans le box dédié, en chirurgie ambulatoire. Un brancard pédiatrique a été acquis pour répondre aux besoins spécifiques et leur offrir un meilleur confort lors des déplacements au sein de l'établissement. L'accueil et le séjour de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage sont organisés. Un enfant

hospitalisé a le droit d'avoir ses parents auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état. Il a été constaté que tous les besoins spécifiques de cette population sont pris en compte. Les professionnels de chirurgie ambulatoire sont formés au fur et à mesure à cette prise en charge spécifique, de même pour les IOA des urgences qui vont sur le CHU de Bordeaux pour y acquérir les compétences nécessaires. Une attention est portée à la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des patients âgés dépendants quel que soit le service dans lequel ils sont hospitalisés. Les patients bénéficient d'une prise en charge axée sur le retour à une autonomisation de façon précoce dans leur parcours de soins. La mise en place d'une contention physique mécanique se fait sur décision médicale. Elle est prescrite, généralement réévaluée, une information est délivrée au patient et à la personne de confiance dans la plupart des cas. Le DPI est adapté à cette prescription. En ce qui concerne sa réévaluation, l'établissement va mettre en place via le DPI un système d'alerte. La mise en place de barrière n'était pas considéré comme une contention par certains professionnels (c'était considéré comme une protection pour les patients pour éviter la chute) un rappel a été réalisé et réajusté dans les services concernés. Le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles adaptées. La prescription conditionnelle "si besoin" est complète en spécifiant du niveau de douleur à partir duquel l'IDE administre son antalgique. Il existe des protocoles auxquels se référer. L'apport des proches ou aidants est recherchée. Leur présence est facilitée. Les parents dont les enfants sont pris en charge au bloc opératoire, les accompagnent et les récupèrent à la sortie de la salle de réveil. L'accès au bloc obstétrical est facilité pour le père. Quel que soit le service où il se trouve, le patient en situation de précarité bénéficie d'une orientation vers une assistante sociale dès le début du séjour afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Le service social est réactif à la sollicitation du personnel soignant ou à la demande du patient Les patients et notamment ceux vivant avec une maladie chronique ou un handicap bénéficient d'une attention particulière dès le passage par les urgences jusqu'à la préparation à la sortie d'hospitalisation.

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	98%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	88%

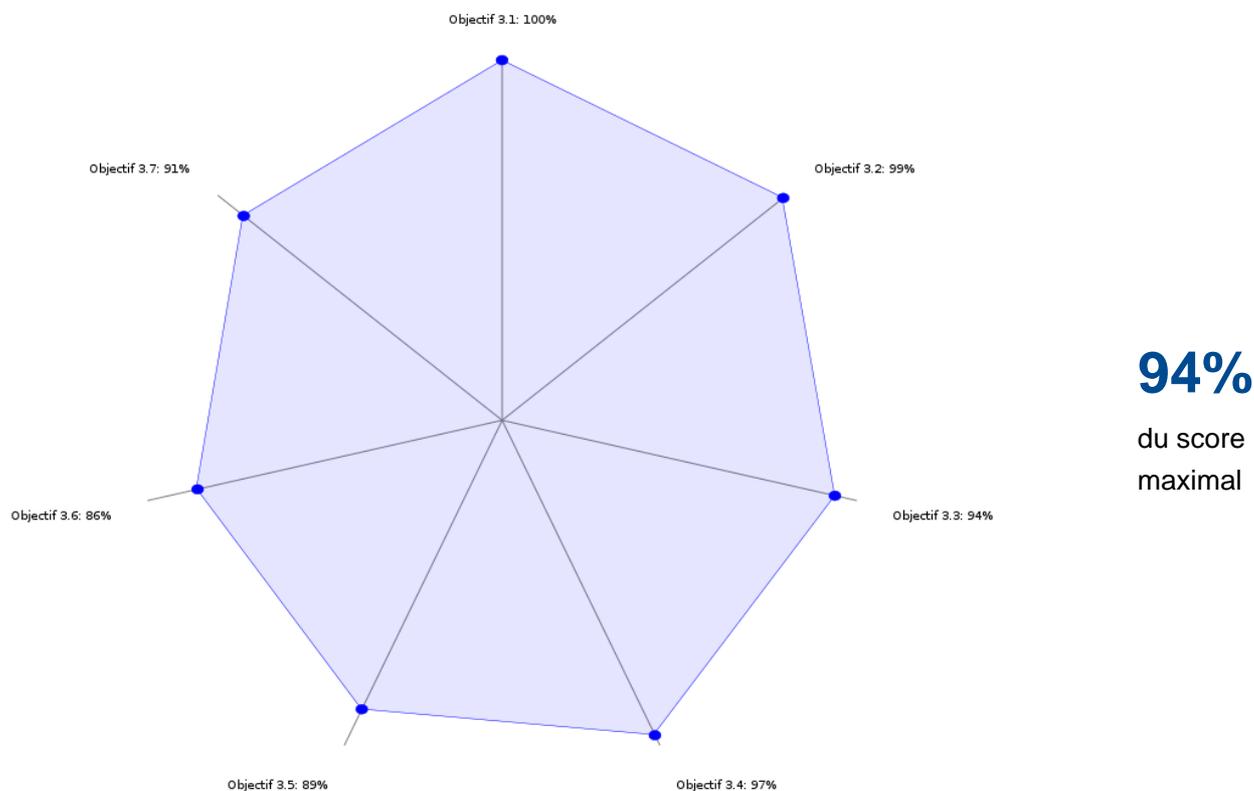
Dans l'ensemble des services, la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions sont argumentés. Elles font l'objet d'échanges réguliers en équipe permettant de prendre en compte la réflexion bénéfices risques partagée avec le patient ou la personne de confiance et les recommandations de bonnes pratiques. L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est réalisée et tracée dans le dossier. La protocolisation des antibiotiques est effective, et réalisée avec le recours à un infectiologue si besoin. La réévaluation entre la 48ème et 72ème heure est retrouvée dans le dossier. Quel que soit le service, les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Au service d'accueil des urgences, les équipes se coordonnent pour assurer une prise en charge optimale. L'équipe dispose d'un dossier SMUR embarqué interfacé avec la régulation SAMU et le DPI de l'établissement permettant ainsi

l'accès au dossier patient. Le dossier du patient (DPI) est accessible aux professionnels impliqués. Il est informatisé sur l'ensemble de l'établissement. Les éléments nécessaires à la prise en charge du patient sont tracés (Antécédents, allergies traitements, motifs d'hospitalisation) ainsi que les habitudes de vie (Tabac, alcool, religion). Tous les professionnels partagent les éléments nécessaires dans le dossier du patient. Les équipes peuvent faire appel à des référents experts et des équipes mobiles ou de liaison : recours possible à un équipe mobile de soins palliatifs +/- orientation vers une unité de soins palliatifs du réseau, ou dans le secteur identifié des Lits Identifiés Soins Palliatifs à La Réole mais également à l'équipe mobile de gériatrie. La prescription d'un recours à l'HAD n'est pas systématiquement réalisée dès l'admission du patient. L'accès à des professionnels/experts extérieurs avec le réseau TELEAVC qui est en place permet une prise en charge rapide des AVC dès le service des urgences avec accès via télé-médecine à des avis neurologiques et radiologiques en lien avec le CHU de Bordeaux. Le recours à la télésanté est organisé pour le service d'imagerie médicale, la prise en charge des AVC et les RCP en lien avec le CHU de Bordeaux. Un gestionnaire de parcours a été mis en place pour organiser la gestion de l'occupation des lits, s'assurer des interfaces entre les services lorsqu'un patient n'est pas hospitalisé dans l'unité dont il relève. Dans le cas, le spécialiste continue le suivi. Celui-ci suit les demandes « via le logiciel trajectoire » et est en relation étroites avec les cadres des services les équipes médicales et des autres établissements partenaires. Les assistants sociaux communiquent aux structures d'aval l'avancée des dossiers sociaux. Les prises en charge complexes sont articulées avec recours à des intervenants internes (neuropsychologue, psychologue, éducateurs, assistante sociale...) et extérieurs : avis pédiatrique, neuro-pédiatrique, cardiologue, ORL. Elles font l'objet de concertation et de réévaluation lors de réunions de synthèse. La lettre de liaison est généralement remise à la sortie mais toujours fournie au médecin traitant. Beaucoup d'éléments participant à la continuité de la prise en charge du patient à son domicile y sont retrouvés sauf le bilan des doses d'irradiation reçues (Radiographie, scanner ...), le bilan thérapeutique entrée / sortie est réalisé mais pas toujours de manière exhaustive. De plus, la traçabilité de son enseignement au patient n'est pas retrouvée. En ce qui concerne l'information sur l'utilisation de rayonnements ionisants, la cadre du service d'imagerie, vient de créer un flyer pour expliciter « les valeurs relatives des doses observées en imagerie médicale » : en exemple 1 cliché pulmonaire = 7 jours de rayonnement naturel. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées et le suivi vaccinal des professionnels. Des actions de sensibilisation des professionnels sont assurées : campagnes de vaccinations affichées dans les services (inscription des agents sur une liste). Les équipes connaissent les règles à respecter en matière d'identitovigilance quelle que soit l'étape du parcours de soins du patient. Celui-ci dispose d'un bracelet d'identification pour sécuriser sa prise en charge. En double contrôle, à chaque changement de service, un nouveau bracelet est posé pour vérifier l'identité du patient par l'équipe qui le prend en charge. De nombreuses actions ont été mises en place pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Les médicaments à risque sont identifiés et stockés dans des armoires de pharmacie dans les salles de soins. La liste générique des Médicaments à haut risque (MHR), affichée, est adaptée aux médicaments utilisés par spécialité (Médecine, maternité, chirurgie...). La liste de l'établissement est affichée et sont en surbrillance ceux spécifiques au service. Toutefois, une des portes d'accès à la salle de soins était très difficile à fermer. Or celle-ci comporte des médicaments à risque y compris dans le réfrigérateur (ex : insulines) qui n'est pas fermé à clef. La porte a été mise en conformité d'accessibilité et une boîte à clés a été mise à disposition pour que les frigos et les armoires soient sécurisés. De même en salle de naissance l'accès n'était pas sécurisé, l'armoire à pharmacie et les réfrigérateurs étaient accessibles. Ceux-ci ont été également mis en conformité. Toutefois, le code d'ouverture de la salle de soins est en grande majorité des services le même. Des aides à la prescription et administration sont paramétrées. Les professionnels connaissent les modalités d'accès à des médicaments en urgence. La gestion du traitement personnel du patient est prise en compte dès l'admission. Toutefois, l'évaluation de la capacité d'auto gestion du traitement médicamenteux du patient est généralement réalisée. Les pharmaciens ont développé la conciliation médicamenteuse sur un secteur. Les patients sont priorisés sur les plus âgés et/ou les plus polymédiqués. Le Dossier Pharmaceutique du patient n'est toujours pas effectif. Le médecin hygiéniste ainsi que l'IDE hygiéniste du GHT veillent sur le terrain au respect des précautions

standard et complémentaires qui sont effectives et à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle et aux évaluations des pratiques. Le personnel paramédical maîtrise le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Un audit hygiène des mains a été restitué à l'équipe. Un plan d'action est mené pour améliorer les résultats sur les ICSHA. Il existe une check-list pour mettre en œuvre les mesures complémentaires et l'analyse du document est réalisée par l'EOH. Le personnel soignant connaît le taux de consommation des solutions hydro alcoolique de son service et qui est affiché. Pour un examen endoscopique, le risque prion du patient est recherché, la check list endoscopie est réalisée. Le compte rendu d'examen comporte la référence de l'endoscope utilisé et remis au patient en fin d'examen. La feuille de traçabilité de désinfection de l'endoscope utilisé est intégrée au dossier du patient. Le carnet de vie des endoscopes et des laveurs est formalisé : les résultats de suivi microbiologiques, les interventions techniques (maintenance curative et préventive), le nombre d'actes figurent sur un document unique. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont maîtrisées. L'Antibioprophylaxie per-opératoire selon intervention est vérifiée lors de la vérification de la check-list. Pour les patients de chirurgie ambulatoire, l'ordre de passage est précisé par la cellule de régulation de la semaine précédente. Cette cellule gère les déprogrammations. L'organisation du circuit patient de la chirurgie ambulatoire distingue une filière courte et une filière longue de prise en charge. L'établissement a mis en œuvre le « parcours debout » pour tous les patients de l'ambulatoire, cette organisation est effective et efficiente. La programmation opératoire prend en compte la priorisation des urgences. Au bloc opératoire, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés en temps réel par le cadre du bloc. L'analyse des écarts de programmation est réalisée, ainsi que le nombre de GO-NO GO. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène lié(e)s à la prise en soins de la personne âgée sont généralement recherchés et tracés par l'équipe. Une coordination des transports internes des patients opérationnelle est en place, avec une équipe d'agents formés : les besoins identifiés par les services sont recensés. Le brancardier dispose des informations nécessaires : identité du patient, service, N° chambre, points de vigilance particulier (O2, perfusion, risque infectieux). Les brancardiers bénéficient d'un parcours de formation (AFGSU 2, risque infectieux, nouvel arrivant, simulation aux gestes d'urgences) et de compagnonnage à la prise de fonction lui permettant de valider des acquis. Pendant la nuit ou les weekends, il n'était pas prévu de dosimètre disponible pour les brancardiers et l'ambulancier des urgences, si ceux-ci devaient venir en aide aux manipulateurs radio pour un maintien du patient, cela a été réajusté. Des évaluations de pratiques professionnelles au regard des résultats cliniques sont retrouvées au sein de certaines filières (AVC, Soins Palliatifs ou maternité) ... Néanmoins, des analyses des résultats cliniques de leur patientèle ne sont pas mobilisées à l'échelle de l'équipe. Ils commencent à y avoir des indicateurs de pertinence sur leurs filières en cours de structuration. Chaque secteur a un PAQS (Plan d'Actions Qualité des Soins). Les équipes ont encore du mal à citer des exemples de plans d'actions suite aux résultats d'IQSS Indicateurs Sécurité des Soins (seul l'ICSHA est connu). Les équipes s'expriment sur la mise en œuvre des plans d'actions émanant de l'analyse structurée et collectives (CREX) des événements indésirables graves, mais ils ne formalisent pas d'actions émanant de déclaration d'événement indésirables associés aux soins dont les presque-accidents et d'évaluation de l'expérience patient. Les équipes réalisent des EPP variés sur la nutrition avec un plan d'action, validé par le clan en endoscopie avec un audit des pratiques sur des indicateurs, qualités type ICSHA avec un plan d'action, notamment en médecine, au vu des résultats. Des RMM sont effectuées et les événements indésirables dont les presque-accidents sont déclarés et partagés. En revanche, les équipes ne connaissent pas les recommandations établies par la Commission des Usagers de l'institution de leurs PAQSS ou d'action mise en œuvre suite des réclamations des patients. Les équipes de soins critiques ont des indicateurs de suivi des modalités de prise en charge. Le registre des réhospitalisations 48 / 72 h font l'objet d'un suivi. L'analyse des modalités de réalisation de la check List est effectué de façon régulière, le suivi des GO/NO GO est réalisé. Les délais de rendu des examens de radiologie et de laboratoire sont conformes aux attendus du corps médical, L'activité de don d'organes s'effectue essentiellement par le secteur des urgences. Les professionnels connaissent l'outil de déclaration des événements indésirables liés aux soins. Chaque agent

a un code d'accès pour signaler les événements indésirables. Les événements indésirables graves sont analysés selon une méthode validée ORION et ALARM, et font l'objet d'actions correctives. Une Charte d'incitation au signalement responsable des événements indésirables est en place. Les déclarations des presque-accidents commencent à se généraliser. Le circuit des FSEI est opérationnel, le retour au déclarant de la réponse suite à la déclaration de l'événement n'est pas encore effective, le logiciel doit être renouveler avec une version plus récente pour pallier à cette lacune. Les équipes bénéficient d'un soutien méthodologique pour la réalisation de l'analyse de causes approfondies ou Revue Morbi Mortalité (RMM). Les équipes sont pour certaines en cours d'appropriation des démarches EPP, et notamment sur l'évaluation des effets de leurs analyses.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
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	89%
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	91%

Le Centre Hospitalier Sud Gironde fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Alliance de Gironde dont l'établissement support est le CHU de Bordeaux. Il est en Direction Commune avec 5 autres établissements publics du Sud Gironde sanitaires et/ou médico-sociaux. L'établissement a défini ses orientations stratégiques et a déterminé ses filières Chirurgie, médecine, gériatrique, maternité, pédiatrique, urgences / Soins continus

en lien avec son territoire. Depuis quelques années, le Centre Hospitalier Sud Gironde développe, en partenariat avec le CHU de Bordeaux, pour les patients hospitalisés et les patients du territoire, une organisation de consultation avancées en partenariat avec 6 autres établissements sanitaires / médico-social (Mémoire, douleur, gynécologique, orthopédie et chirurgie digestive). Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide (AVC, infarctus et thrombolyse). Depuis peu un partenariat est formalisé avec les Centre Hospitalier Bazas et Podensac favorisant les entrées directes des personnes âgées en unité de soins sans passer par les urgences. Le projet médical va dans ce sens en allant au plus proche de la population rurale. Il entretient des relations positives avec le réseau des hôpitaux de son environnement du GHT ; En maternité et néonatalogie : réseau périnatalité régional et réseau proximité naissance. Il est au cœur d'une dynamique territoriale, à différents niveaux : conventions de partenariats avec les EHPAD, le Laboratoire, le centre d'imagerie. Il existe de multiples partenariats avec les autres établissements participants au service public et la médecine de ville les 4 CPTS et les MSP. Un partenariat est formalisé avec les Centre Hospitalier Bazas et Podensac favorisant les entrées directes des personnes âgées en unité de soins sans passer par les urgences. De plus, il existe une commission « séjour long » incluant les établissements de Bazas, Podensac et Langon qui peut se réunir si besoin au regard des hospitalisations prolongées en SSR. Des filières d'accueil des personnes âgées sont identifiées adressée par les médecins traitant, CHU ou les structures médico-sociale du GHT au niveau des urgences. Les médecins des services peuvent être joints par un numéro unique connu par les partenaires. L'alimentation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), est réalisée 3 fois par jour, ce qui permet une actualisation en temps réel, en lien avec l'équipe des urgences. Des dispositifs de recueil de l'expression du patient sont en place avec un questionnaire de satisfaction institutionnel mis dans le livret d'accueil et ensuite dans le tiroir de la table de nuit. La méthode appliquée du patient traceur permet d'enquêter sur l'expérience patient spécifique. D'autres Expériences patients sur extravasation (chimioTTT) en oncologie sont en cours. Pour l'Expertise patient, il existe des patients partenaires mais pas experts. Les représentants des usagers sont sollicités pour participer à différentes instances. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont analysés en collaboration avec les représentants d'usagers et présentés à la CDU mais ils ne sont pas toujours sollicités pour participer au recueil qui le nécessiterait. Les RU ont connaissances des plaintes et réclamations, des EIAS, des résultats des questionnaires de satisfaction. Un projet des usagers a été rédigé et validé en instances. Les professionnels pour la majorité n'ont pas la connaissance des actions émises par la CDU. L'établissement veille au quotidien à la bientraitance et aucun des manquements aux prises en charge des patients n'est à signaler. Une sensibilisation des professionnels sur la bienveillance est initiée pour tous les secteurs, avec des affichages sous forme d'arbres ou cœur où chacun peut y mettre ce que représente la bientraitance, les patients sont également invités à y participer. Les professionnels ont bénéficié de formations en lien avec la bientraitance. Dans les pratiques, les équipes veillent à une prise en charge bientraitante. Des actions de formation ciblées sur la bientraitance et les droits des patients sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Une procédure est mise en œuvre pour la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance, avec l'élaboration de cartographie des risques de maltraitance dans chaque service. Une charte de la bientraitance a été co construite avec les professionnels et les RU. Concernant la prise en compte des personnes en situation de vulnérabilité, l'appel à l'assistante sociale permet d'accompagner les équipes médicales soignantes dans la gestion des situations complexes. L'établissement a défini dans son projet d'établissement une politique qualité gestion des risques en lien avec la CME et les RU. Celle-ci est déclinée en programme d'actions au niveau transversal. La dynamique d'amélioration continue est portée par la gouvernance médicale, administrative et soignante. Toutefois, dans l'équipe de direction, qualité et médicale des mouvements RH ont eu lieu, ce qui a retardé l'appropriation par le terrain de la démarche qualité dans son intégralité. Pour la démarche observée, sur la gestion des événements indésirables associés aux soins l'analyse collective est réalisée avec l'ensemble des professionnels selon la méthode recommandée avec des comptes rendus et plan d'action. Le suivi est intégré au PAQSS. Une réunion de suivi est organisée à un mois. Par ailleurs sur d'autres secteurs, les analyses ne sont pas mises en œuvre de manière

opérationnelle. L'évaluation de la culture qualité est programmée dans les prochains mois, et permettra aux équipes de continuer à s'approprier la démarche qualité. Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels, DUERP, est en place. Des référents RPS (Risques Psycho Sociaux) sont formés et interviennent dans les secteurs si nécessaires. La politique de remplacement est engagée avec un accès à une application pour échanger entre professionnels. La Possibilité de remplacer un agent plus facilement avec un outil de gestion des remplacements ? amélioration de la qualité de vie des agents au travail. Les professionnels bénéficient de 15 jours à 1 mois d'accompagnement avant de prendre le poste de manière effective. La formation au management est proposée aux professionnels le désirant, dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement. La culture du travail en équipe est développée. Elle est valorisée au niveau du service, du pôle ou transversal de l'établissement, au travers de la réalisation de Comité de Retour d'Expérience, Staff, analyse de pratiques, travail sur la pertinence etc. Les professionnels de certains secteurs identifient le questionnement éthique. Ils connaissent l'existence d'un comité d'éthique qui va être opérationnel en 2025, mais n'ont aucune notion du dispositif pour l'activer. La gouvernance de l'établissement met en place des concertations sur les projets (études des plaintes et réclamations, Fiches de signalement des événements indésirables (FEI), projet médico-soignant, etc..) en associant de façon aléatoire les acteurs de terrain et les commissions institutionnelles. Le travail en équipe se fait à travers les staffs, autant, il n'a pas été formalisé de programme formalisé type PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe). L'établissement dispose d'un programme et de maintien des compétences et proposé aux équipes (plan de formation, évaluation annuelle des agents). Des actions QVT (Qualité de Vie au Travail) sont en cours : concours de décoration du service, du meilleur pâtissier, un local à vélo, une réflexion centrale de développement des pratiques avancées, sophrologie/ massages, bien-être. La prévention des troubles musculosquelettique(s) est une formation PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique). Les professionnels sont impliqués dans la démarche de QVT impulsée par la gouvernance. La QVT est une préoccupation de la gouvernance qui a établi un plan d'actions décrivant les objectifs de la QVT. Une possibilité de médiation en cas de conflits interpersonnels est activée. Des formations des professionnels sont réalisées sur la gestion des conflits et agressivité et communication dans les équipes. Cependant, les professionnels n'ont pas toujours la connaissance de la possibilité de recours à l'extérieur pour la gestion des conflits, puisque jusqu'à présent cela a été géré en interne. Un service de médecine de santé au travail est en place avec une psychologue du travail disponible pour les professionnels. D'une manière générale, l'établissement a identifié ses risques : atteintes aux personnes et biens. Il a mis en place des actions de contrôle et de maîtrise des risques. Il y a une sécurité informatique renforcée, un plan de sensibilisation à la cybersécurité « cyber attaques et cyber sécurité » est disponible. Les professionnels y sont sensibilisés. Le plan blanc d'établissement et les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est réalisé et en cours d'actualisation. Des exercices et entraînements ont été pratiqués (COVID et NRBC). Un plan de sécurisation est en place et suivi. Une convention avec la police est signée. Un service de sécurité est présent 24h24 dans l'établissement. Dans la prospective de développement durable (DD), l'établissement a mis en place une démarche. Le renforcement de la politique de développement durable est une orientation de l'établissement. Un référent DD est désigné qui est la Conseillère en Transition Énergétique et Ecologie en Santé. Les consommations d'énergie (électricité et gaz) et d'eau sont suivies, de mêmes que les déchets DASRI. Un plan d'actions DD est en place et il est suivi. La prise en charge des urgences vitales est complète. Des chariots d'urgence sécurisés sont disponibles dans les unités de soins sur les deux sites. La traçabilité des péremptions des médicaments dans ces chariots est effective par un binôme IDE / AS. Les professionnels de soins sont majoritairement formés à l'AFGSU (un programme de formation prévoit la formation et le renouvellement pour l'ensemble des agents) et réalisent des exercices de mise en situation. Une IADE a un DU « Simulation en santé » et de la programmation, de fait, des ateliers de simulation d'utilisation du chariot d'urgence sont en places. Il existe un numéro unique à Langon et à la Réole. De même la pertinence des procédures d'urgence vitale sur les deux sites ont été depuis évaluée. Le registre d'utilisation du chariot des urgences a été mis en place lors de la visite. L'établissement est concerné par l'accréditation des médecins, car spécialité à risque. Celui-ci assure la promotion de l'accréditation des médecins. La

connaissance du process de l'accréditation médicale est variable d'un secteur à l'autre.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	330027509	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL SUD GIRONDE	PLACE SAINT MICHEL 33192 LA REOLE FRANCE
Établissement principal	330000589	CENTRE HOSPITALIER SUD GIRONDE - SITE DE LANGON	Rue paul langevin Bp 116 33212 Langon Cedex FRANCE
Établissement géographique	330000597	CENTRE HOSPITALIER SUD GIRONDE - SITE DE LA REOLE	Site de la reole Bp 90055 33192 La Reole Cedex FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
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)	Non
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	Oui
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)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	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	4,022
Nombre de passages aux urgences générales	25,630
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	105
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	22
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	18
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	3
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	5
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	636
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	12
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	5
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	40
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	2
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)	4
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	40

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
4	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (hors chimiothérapie)
5	Audit système			
6	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Traceur ciblé			SMUR - Urgences
8	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
9	Audit système			
10	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (hors chimiothérapie)

11	Traceur ciblé			Prescription PSL
12	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
	Patient		Chirurgie et interventionnel	

17	traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Maternité Hospitalisation à domicile Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement	
	Patient		Soins Médicaux et de Réadaptation	

22	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
24	Audit système			
25	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
27	Audit système			
28	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	

29	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
30	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système			
32	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
33	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
34	Audit système			
35	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
36	Traceur ciblé			Transport interne assis ou couché entre 2 services par un brancardier ou personnel de soins
37	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	

38	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (chimiothérapie)
39	Parcours traceur		Maternité Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
40	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaire
41	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
42	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaire
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR	

			Tout l'établissement	
46	Audit système			
47	Traceur ciblé			EI critique
48	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète	

52			<p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
53	Audit système			
54	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
55	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
56	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
57	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p>	

			<p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
58	Traceur ciblé			SMUR
59	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
60	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
61	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
62	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
63	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	

64	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
65	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
66	Audit système			
67	Audit système			
68	Audit système			
69	Audit système			
70	Traceur ciblé			Prescription PSL
71	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (hors chimiothérapie)
72	Audit système			
73	Audit système			
74	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un médicament à risque per os ou injectable et un antibiotique
75	Audit système			
76	Audit système			
77	Audit système			
78	Audit système			

79	Audit système			
80	Audit système			
81	Audit système			
82	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
83	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
84	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
85	Audit système			
86	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
87	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
88	Audit système			
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine	

89			<p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
90	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os et un antibiotique
91	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
92	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>	
93	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
94	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable (chimiothérapie)

95	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
----	-----------------	--	---	--

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

