



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

HOPITAL LEON BERARD

Avenue du docteur marcel armanet

Bp 10121

83418 Hyeres



Validé par la HAS en Février 2024

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Février 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
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 2024	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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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

HOPITAL LEON BERARD	
Adresse	Avenue du docteur marcel armanet Bp 10121 83418 Hyeres Cedex FRANCE
Département / Région	Var / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	830100541	ASSOCIATION VAROISE HOPITAL LEON BERARD	QUARTIER NOTRE DE DAME DE LORETTE BP 10121 83407 Hyeres FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

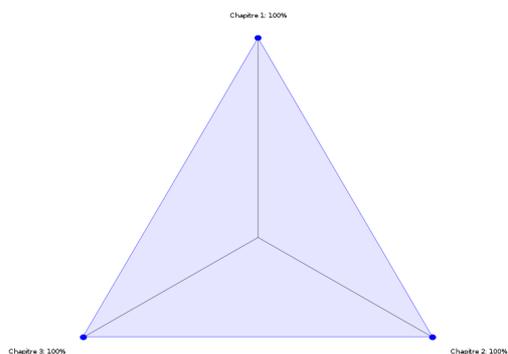
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

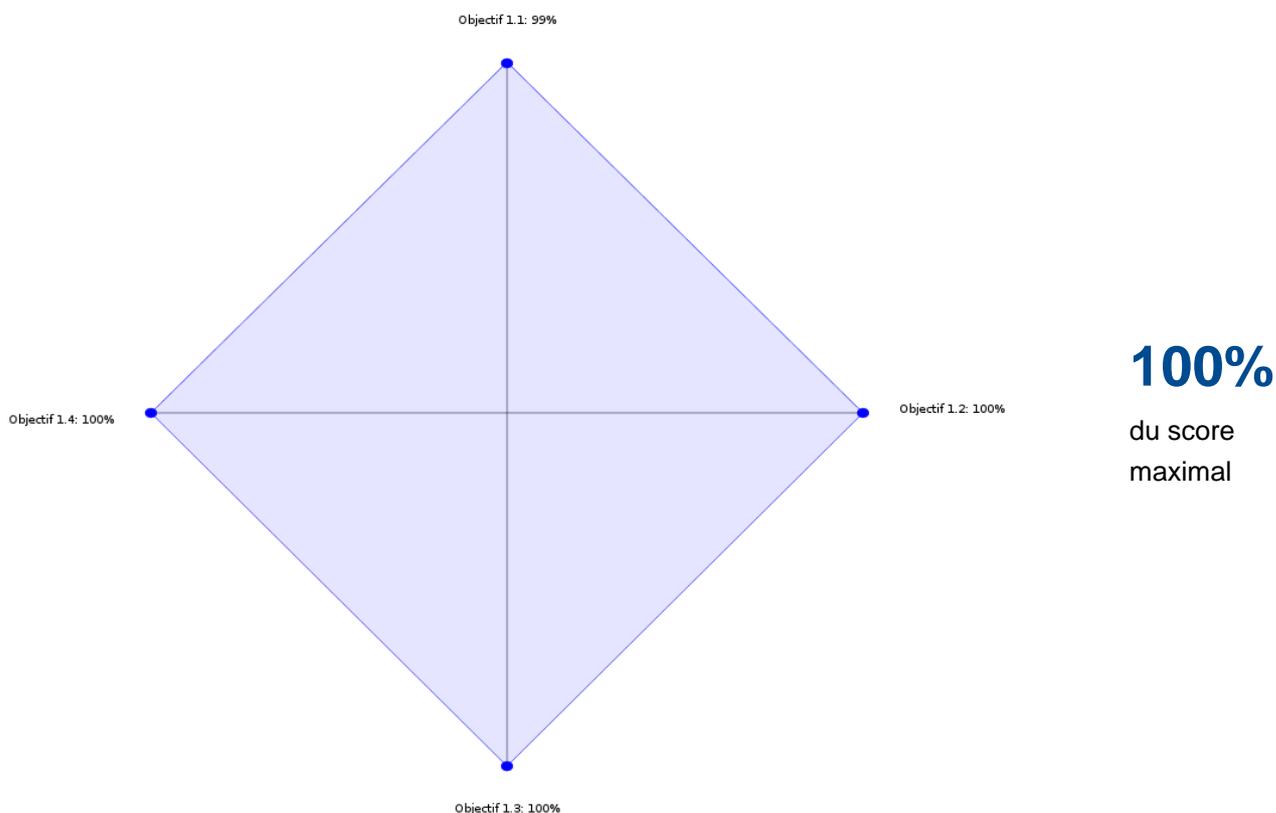
Au regard du profil de l'établissement, 96 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

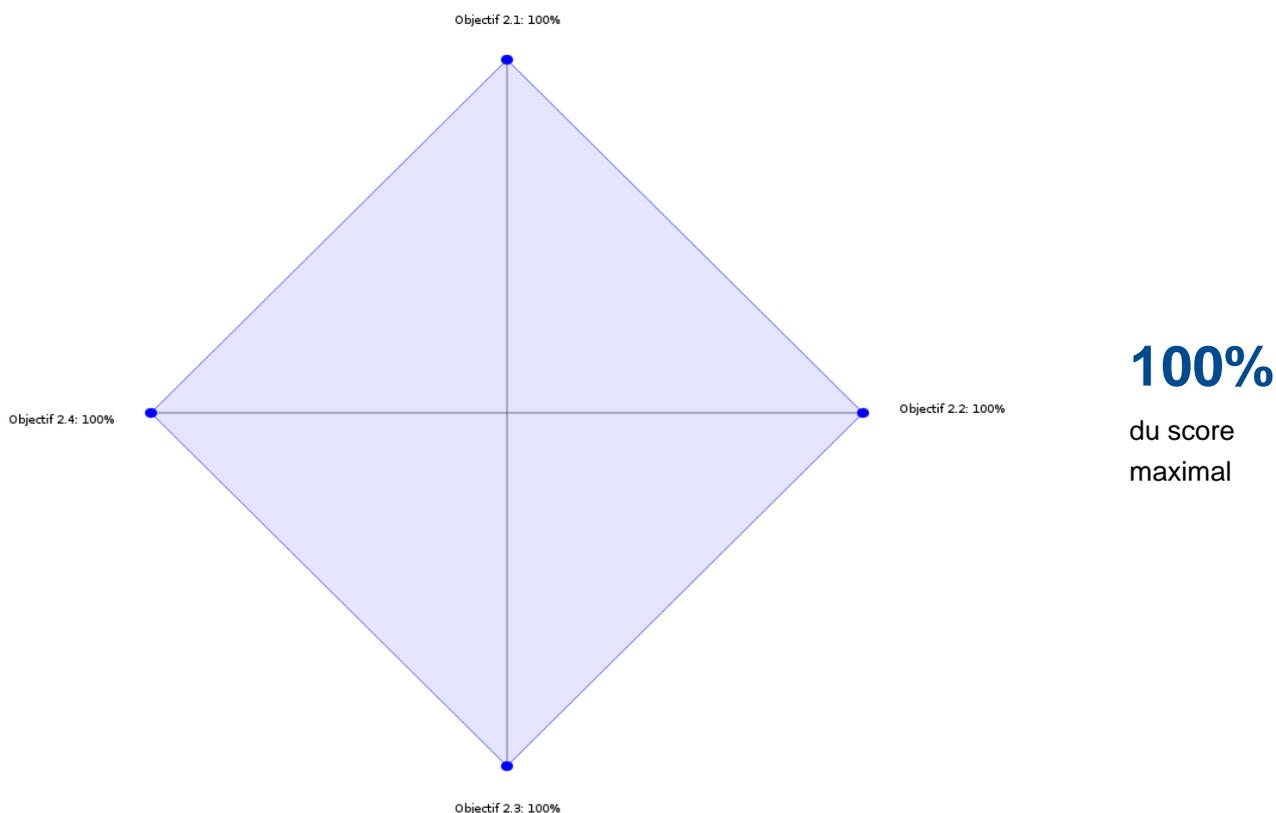


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	99%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

L'hôpital Léon Bérard, ESPIC de Réhabilitation Spécialisée de 268 lits, accueille les patients en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Dès son entrée, les équipes médicales et paramédicales informent et recherchent systématiquement l'implication du patient dans son projet de soins. Il peut, ainsi exprimer son consentement libre et éclairé, désigner une personne de confiance... L'attention et l'implication des professionnels au respect des droits des patients, à la confidentialité des informations, à l'accompagnement individualisé sont effectives et mises en œuvre par chaque acteur intervenant dans la prise en charge du patient. Durant son séjour le patient bénéficie de multiples actions d'information éducatives. Des ateliers thérapeutiques ciblant la pathologie des patients sont mis en œuvre par les ergothérapeutes, les diététiciennes, les pharmaciennes.... Le plateau technique d'ergothérapie, de rééducation offre un panel d'activités aux patients : simulation de conduite automobile, thérapie miroir, nouvelle technologie avec un écran tactile (multiples jeux pour stimuler le patient...).

Les différentes catégories professionnelles dispensent au patient une attention particulière par le biais de messages en lien avec sa pathologie qui renforcent sa capacité à agir et contribue à améliorer sa santé. Des fiches spécifiques au sein des six secteurs d'hospitalisation et par pathologie sont affichées dans la salle « ETP » des patients. Le recours à la contention est argumenté, réévalué et tracé dans le dossier du patient. Une évaluation du risque suicidaire est réalisée systématiquement par le médecin à l'entrée du patient et tout au long de son hospitalisation. Les fenêtres et les balcons sont désormais sécurisés suite à l'analyse des évènements indésirables a priori et a posteriori. Dans toutes les chambres, l'affichage informe les patients sur l'existence des représentants des usagers et sur les modalités pour les contacter. Le patient peut s'exprimer sur son expérience quant à sa maladie de part un questionnaire interne et e-satis. Un groupe journal des patients hebdomadaire permet aux patients de s'exprimer sur des thèmes spécifiques ou de leur choix. En situation de fin de vie, l'expression de la volonté du patient est recherchée et tracée dans son dossier. Les patients peuvent bénéficier d'une démarche palliative structurée s'appuyant sur une équipe médicale et paramédicale. La sortie du patient est anticipée et il est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits. Durant les soins, les patients bénéficient du respect de son intimité et de sa dignité. En effet, du point de vue du patient, ses conditions d'accueil et de prise en charge respectent sa dignité et son intimité, les chambres sont majoritairement des chambres seules (85%). Les professionnels sont très attentifs et tracent la demande du patient ou la décision médicale dans le cas, par exemple, d'un patient présent dans une chambre avec la porte ouverte. Afin de personnaliser sa prise en charge, l'aptitude du patient et son degré d'autonomie sont systématiquement évalués, tracés dans son dossier. Tout au long de son séjour, l'équipe pluri-professionnelle propose une aide au patient afin de répondre à ses besoins élémentaires. Le patient vivant avec un handicap, le patient âgé bénéficient du maintien de leur autonomie tout au long de leur séjour d'une part, par une prise en charge multi pluridisciplinaire : ergothérapeute, masseur kinésithérapeute, neuropsychologue, et d'autre part par un panel d'activités proposés aux patients : musicothérapie, projet « groupe théâtre », équithérapie... L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont systématiquement tracées dans le dossier. Les prescriptions en « si besoin » sont formalisées et précisent les niveaux d'évaluation de la douleur. Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur (utilisation d'échelles spécifiques). En concertation avec le patient, les proches et les aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre de son projet de soins. Dans les situations cliniques difficiles où pour une prise en charge classique, la présence des proches et/ou des aidants auprès du patient est proposée et facilitée par l'équipe en dehors des heures de visite, le week-end... Ainsi, après échange et concertation avec les équipes sociales, les familles en situation de précarité sociale, bénéficient d'un accompagnement personnalisé, et peuvent louer des chambres dans l'enceinte de l'hôpital à moindre coût. Les locaux adaptés permettent que les échanges avec les proches et/ou aidants se fassent dans le respect de l'intimité et de la confidentialité. Aussi, dans le cadre de sa prise en charge, les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte. Dès l'entrée du patient, voire même avant l'arrivée du patient, les patients en situation de précarité sociale sont identifiés par les professionnels afin de leur proposer l'intervention d'une assistante sociale, notamment dans le cadre de l'anticipation de la préparation de la sortie. L'ensemble de ces éléments est tracé dans le DPI.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



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

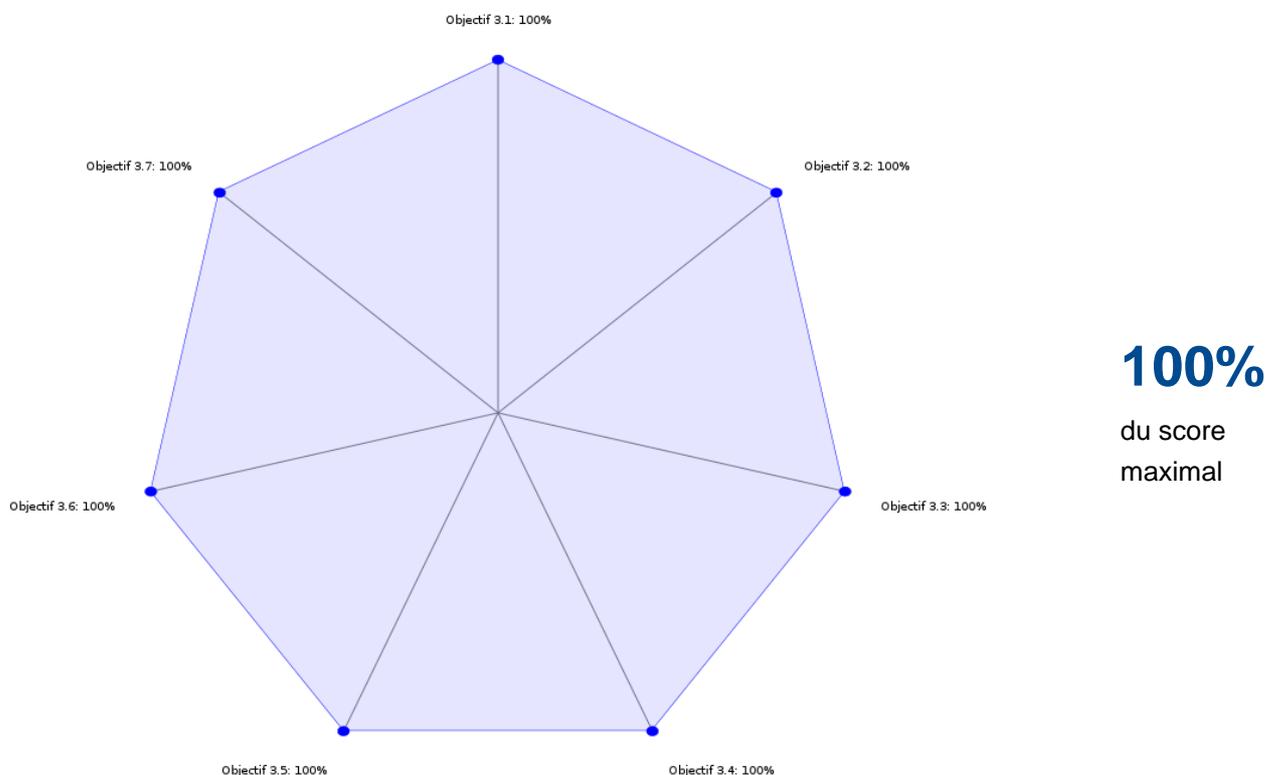
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe Avant l'arrivée du patient, la pertinence de l'admission et du séjour dans l'établissement est argumentée au sein de l'équipe et elle réévaluée tout au long du séjour. Dans ce cadre, les équipes médicales du service adresseur et de l'Hôpital Léon Bérard ont des échanges avant pendant, et dans le cas spécifique de la prise en charge des brûlés après l'hospitalisation des patients. Dans tous les services, selon une périodicité définie, des réunions de synthèse sont organisées. Ces concertations pluri professionnelles et pluridisciplinaires permettent d'argumenter la pertinence des décisions, de poursuivre la personnalisation du projet de soins du patient, et aussi d'évaluer la pertinence du maintien de la prise en charge du patient dans l'établissement. La gestion documentaire de l'établissement propose aux professionnels des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Les prescriptions du traitement antibiotique sont justifiées et tracées dans le dossier du patient. Des évaluations

régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre le 24^e et la 72^e heure sont systématiquement tracées dans le DPI par les médecins. Le dossier patient informatisé permet aux pharmaciennes de réaliser des évaluations de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24^e et la 72^e heure. Les médecins peuvent s'appuyer sur des recommandations pour l'antibiothérapie, mises à leur disposition sur l'intranet, et bénéficient d'actions de formations/sensibilisation sur le sujet. En ce qui concerne la transfusion des PSL (produits sanguins labiles), elle est organisée en lien avec l'EFS de Toulon. L'hôpital réalise des transfusions non urgentes (selon le degré d'urgence, le patient peut être transféré si besoin). L'analyse bénéfice/risque est tracée dans le dossier du patient. Tous les professionnels ont bénéficié de formation et des IDE référentes « Transfusion » sont présentes dans tous les services. Concernant les prises en charge compatibles avec une hospitalisation à domicile, dès l'entrée du patient, le service social et les équipes soignantes, analysent les éventuels transferts en HAD avec les équipes d'hospitalisation à domicile. Les équipes se coordonnent pour prendre en charge de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire le patient tout au long de son séjour. Le dossier du patient informatique (DPI) est complet et accessible par les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Chaque professionnel trace ses actes dans le DPI, soucieux de la prise en charge globale du patient. Sur la base de bilans d'entrée formalisés, réalisés par l'ensemble des professionnels, notamment ceux en soins de support, un projet de soins adapté aux besoins du patient et à ses préférences est élaboré et présenté par le médecin pour validation au patient et le cas échéant à ses proches. Le projet de soins est tracé dans le DPI. Un programme de soins est établi avec une planification des différentes activités sur les plateaux techniques (Kinésithérapie, ergothérapie, RDV avec la psychomotricienne, psychologues etc). Ce projet de soins est réévalué et réajusté tout au long de la prise en charge du patient en s'appuyant notamment sur les bilans intermédiaires réalisés par les professionnels de rééducation. La prise en charge des patients nécessitant une démarche palliative est coordonnée soit avec une équipe mobile de soins palliatifs qui intervient dans l'établissement, soit par une équipe interne (deux médecins et une IDE avec DU de soins palliatifs, une psychomotricienne avec spécialisation en SP, les psychologues, les assistantes sociales, un musicothérapeute etc.) en lien avec les proches du patient. La mise en place de la prise en charge concertée entre les professionnels et la famille permet d'organiser les espaces pour le bien-être du patient et l'accueil de sa famille. Dans les secteurs d'activité, des réunions pluri professionnelles spécifiques « soins palliatifs » sont réalisées autant que de besoin. L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours, elle dispose des accès directs à des correspondants experts (douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, psychiatrie, neurologue...) à l'intérieur ou l'extérieur de la structure. L'organisation des soins à la sortie est anticipée très en amont de la sortie pour les prescriptions, le matériel nécessaire, l'agencement du logement, la situation du patient (présence de proches ou non etc.). Dans cet objectif, une équipe mobile (ergothérapeutes et assistantes sociales) effectuent des VAD (visite à domicile) afin d'organiser au mieux la sortie du patient. Dans certaines spécialités, plusieurs semaines après la sortie, une évaluation de son retour au domicile est réalisée avec le patient. Les pharmaciennes font la liaison avec les officines de ville afin de sécuriser au maximum la gestion des médicaments par le patient et/ou ses proches. La lettre de liaison comportant l'ensemble des éléments et des informations attendu dans le cadre du recueil de l'IQSS (Indicateur qualité et sécurité des soins), notamment le bilan thérapeutique est remis au patient, le jour de sa sortie lors de son retour à domicile, le dossier médical partagé est mis à jour par le médecin. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. La vérification de l'identité du patient débute au bureau administratif (INS) et le patient dispose d'un bracelet d'identification qui est vérifié à toutes les étapes du parcours du patient dans l'établissement. Un bracelet connecté est en test actuellement et sera généralisé à tous les secteurs de soins. La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective, par le biais du service qualité. Les professionnels disposent des informations nécessaires en cas de signalement d'incident liés à une vigilance : procédure, liste des correspondants, etc. Les pharmaciennes réalisent l'analyse pharmaceutique pour l'ensemble des prescriptions, elles en évaluent la pertinence et se concertent avec les équipes médicales. Le patient, dont l'autonomie dans la prise de son traitement est évaluée, confirmée et tracée sur une grille spécifique est informé des médicaments qu'il prend et des consignes d'administration par les infirmières. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient et précisé

sur la lettre de liaison. Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable et aux autres, un comparatif de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle : protocoles, traçabilité sur le DPI, suivi d'indicateurs notamment taux de destruction des PSL. Elles respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments qui sont systématiquement identifiables jusqu'à l'administration quelle que soit la voie d'administration. Les bonnes pratiques des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit sont respectées. Dans les services, les soignants disposent de la liste des médicaments à risque et en connaissent les règles de stockage (température, sécurisation) et d'utilisation. Des formations/sensibilisation sont réalisées par les pharmaciennes et le logiciel de gestion documentaire ainsi qu'un document (format de poche) avec des fiches plastifiées permettent aux professionnels de se référer constamment aux bonnes pratiques. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. L'importance et les bonnes pratiques de l'hygiène des mains sont expliquées au patient et à son entourage. Les équipes connaissent et appliquent les prérequis à l'hygiène des mains. Elles connaissent et savent contacter les membres de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène. Un suivi en continu de la consommation des solutions hydroalcooliques par service est réalisé et présenté aux équipes par les cadres de santé. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires. Suite à une évaluation proposée, en groupe, par l'EOH (Équipe Opérationnelle d'hygiène), sur la base de quizz, des axes d'amélioration sont identifiés avec les professionnels, à la suite, une note de rappel des points à améliorer est diffusée dans le service concerné et le cas échéant des formations sont proposées. Ainsi, par exemple, une réactualisation de la formation sur les conduites à tenir en fonction des précautions complémentaires (air, gouttelettes, contact) a été proposée, sur le terrain, aux professionnels qui peuvent également se référer à des fiches plastifiées sur ce thème réunies dans un document en format de poche. De plus, des audits hygiène observationnels sont réalisés lors de la Semaine Sécurité des patients dans la cadre du plan d'audit annuel formalisé par l'EOH. La mise en place des précautions complémentaires pour le patient fait l'objet d'une prescription médicale détaillant la conduite à tenir. L'environnement du patient est propre, les pratiques de bio nettoyage sont évaluées et les équipes sont formées notamment les nouveaux arrivants. Les risques infectieux associés aux dispositifs invasifs (abord vasculaire, drainage urinaire) sont maîtrisés : protocoles de pose et d'entretien, traçabilité de la date de pose, réévaluation périodique de la pertinence de leur maintien par l'équipe soignante. Le patient, notamment âgé, ses proches sont informés, par le médecin et la pharmacienne, du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. En lien avec la santé au travail, l'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées et obligatoires auprès des professionnels. Les responsables des unités connaissent les taux de couverture vaccinale des professionnels de leur unité. Le transport des patients en intra-hospitalier est organisé par des brancardiers et/des ambulanciers internes quand la situation le nécessite. Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport. Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées. Les professionnels sont formés à la prise en charge des urgences vitales, à l'identitovigilance. Ils appliquent les précautions d'hygiène adéquates avant, durant et après le transport, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière intervenant autant que de besoin. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques des patients. Les équipes présentent des démarches d'évaluation des résultats cliniques de leurs patients. Des bilans d'activité avec suivi d'indicateurs et axes d'amélioration sont réalisés par les médecins responsables des services. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients. Des actions d'amélioration sont identifiées suite à l'évaluation de la satisfaction des patients dans toutes les unités, par le biais du dispositif e-satis et suite à l'analyse des plaintes et des réclamations. Les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient, à l'analyse des résultats et à la mise en place des actions d'amélioration. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins. Des tableaux d'indicateurs (performance) notamment les IQSS (Indicateur qualité et sécurité des soins) sont affichés dans chaque unité y compris les plateaux techniques. Des revues de ces indicateurs sont réalisées par les cadres de service avec les professionnels et des actions d'amélioration sont identifiées. Dans les secteurs, les équipes médicales et paramédicales analysent leurs pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables

associés aux soins dont les presque accidents (issus de la cartographie des risques) : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, etc... Le laboratoire d'analyses médicales est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, il est accrédité COFRAC. La qualité des prescriptions et des modalités de prélèvement est partagée entre les équipes de soins, et fait, si besoin en était, l'objet d'actions d'amélioration. Les radiographies réalisées sur l'hôpital concernent les examens de contrôle, les examens diagnostiques des patients sont réalisés à l'extérieur. Les conditions de réalisation des examens sont conformes aux référentiels des sociétés savantes d'imagerie. Deux manipulateurs radio dont un PCR sont présents.

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	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. L'Hôpital Léon Bérard est un établissement de soins médicaux et de réadaptation autorisé à assurer des soins spécialisés au titre des quatre mentions spécialisées suivantes réparties en 241 lits d'hospitalisation complète et 27 places d'hospitalisation de jour : - Affections cardio-vasculaires 76 lits HC 11 places HDJ - Affections de l'appareil locomoteur 95 lits HC - Affections du système nerveux 30 lits HC - Affections des brûlés 40 lits La très grande

technicité de l'établissement dans chacune des spécialités le positionne en tant que centre d'expertise et de recours. La gouvernance a identifié les partenaires du territoire qui contribuent aux parcours spécifiques de l'établissement. Elle met en œuvre une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires. Multiples partenariats ont été développés et permettent de fluidifier et de faciliter les prises en charges, le CHU de La Timone, le centre des grands brûlés à Marseille, l'HIA Ste Anne.... Les partenaires de ville, les autres acteurs hospitaliers et médico-sociaux peuvent joindre aisément l'établissement sur internet, par le standard, ou directement dans les unités d'hospitalisation. Une messagerie sécurisée permettant un accès rapide aux résultats d'exams et des échanges d'informations entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients, est à disposition des équipes. L'alimentation du dossier médical partagé est promue et le dossier pharmaceutique est utilisé par les pharmaciennes. Les situations de tensions saisonnières sont anticipées et les sites travaillent en étroite collaboration avec les hôpitaux des territoires L'établissement suit le délai de délivrance de la lettre de liaison à la sortie par le suivi de l'IQSS (Indicateur qualité et sécurité des soins), la qualité de la lettre de liaison à la sortie qui est communiqué aux instances et les résultats par site sont communiqués aux professionnels. Les réunions de la gouvernance et la proximité de la direction avec les équipes de soins, permettent à la gouvernance de l'établissement de se tenir informée des événements qui pourraient affecter la sécurisation de la prise en charge des patients. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement Le questionnaire e-satis est recueilli depuis 2021 et a donné lieu à plusieurs actions d'amélioration (amélioration de la qualité et de la température des repas...). Les résultats sont suivis en instances (CDU, CME) et communiqués aux professionnels (affichage, logiciel documentaire) et aux patients/familles. Plusieurs initiatives mobilisent l'expérience du patient, le journal des patients, animé par des professionnels, propose aux patients de s'exprimer mensuellement sur leur vécu, leur expérience dans leur prise en charge. Un journal est formalisé à l'issue des rencontres. Un Patient Expert présent sur site à temps partiel (50%), reconnu et valorisé au sein des équipes, accompagne les patients tout au long de leur séjour. Afin de les aider à mieux vivre au quotidien, il fait profiter de son expérience et de ses connaissances de la maladie (cardiaque) aux autres patients. Cette dynamique d'intégration des patients à des démarches collectives d'amélioration des pratiques et de mobilisation de leur expertise est généralisée dans tous les secteurs d'activité. Afin de faciliter, de fluidifier la communication avec le patient, des formations, humanisation des soins, bientraitance, éthique..., sont proposées aux professionnels. Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications dans les instances : CME, le Comité de Gestion de la Qualité et de Coordination des Vigilances, à la Commission Des Usagers. Elles sont suivies et alimentent le plan d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité. L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs et mène des actions de sensibilisation, de formation auprès de toutes les catégories de professionnels. Une charte de bientraitance est affichée et la procédure de signalement est accessible dans la gestion documentaire de l'établissement. Le respect des patients et de leur famille est partagé au sein des équipes. Chaque catégorie professionnelle est attentionnée et contribue à ce que la prise en charge des patients soit individualisée et personnalisée. Une chorale animée par un musicologue toutes les semaines propose aux patients un moment de « décompression » et de prise de recul vis-à-vis de leur pathologie. La gouvernance recense les cas de maltraitance dans le PMSI, pas de cas recensé à ce jour. Une évaluation annuelle est organisée par le service qualité et la direction. Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risques et facteurs de maltraitance par le biais de leur encadrement, des formations sont disponibles à tout moment via un logiciel prévu à cet effet et disponible sur l'intranet. Une cartographie est formalisée et connue des professionnels. L'accès du patient à son dossier est organisé. Les délais de remise des dossiers sont suivis par la direction et les retards sont analysés en concertation avec le service qualité. Les RU, représentants des usagers sont impliqués et engagés dans la vie de l'établissement. Ils donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients, et participent à plusieurs instances, CDU, instances qualité... Ils participent à la semaine sécurité et à des enquêtes internes, et à des groupes de travail régulièrement. Le projet des usagers formalisé sera présenté aux instances en novembre 2023. Une permanence mensuelle des RU est organisée avec un déplacement dans les secteurs d'activité au plus près des patients. L'établissement met en place des actions visant à favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes vulnérables, un accompagnement social est prévu. Les assistantes sociales impliquées dans le réseau social du territoire accompagnent le patient dès la programmation

de son entrée dans l'établissement. L'établissement promeut les projets de recherche clinique et encourage les médecins qui seraient désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et ou de recherche. Dès 2015 un groupement recherche a été créé avec les établissements des centres FEHAP sous l'égide du GHICL, le chef de projet à l'hôpital de Léon Bérard est une pharmacienne (positionnée à 50%). Ce groupement permet de mutualiser les ressources humaines et de créer des projets multicentriques : exemple en 2019, PHRC PADIS (réalité virtuelle et hypnose dans la prise charge du soin douloureux), .E(AVC)² étude multicentrique incluant des centres du groupement recherche FEHAP). L'établissement participe également à l'implémentation des registres nationaux notamment par le biais de l'étude COCARE en 2023 : Registre national sur le taux des arrêts de rééducation incluant une trentaine de centres. La gouvernance, la CME, la direction, la direction des soins font preuve de leadership. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique qualité sécurité des soins est formalisée, les actions concrètes issues de la politique qualité sont déclinées sur le terrain, et sont connues dans tous les secteurs d'activités. Chaque service de soins dispose d'un tableau de bord de performance regroupant les indicateurs externes et internes et l'action prioritaire du moment. Dans le service Vasculaire et locomoteur, par exemple, le service travaille actuellement sur « la prévention des chutes chez le patient hospitalisé ». La gouvernance proche des équipes, s'implique directement dans des actions du programme de qualité et sécurité des soins. Impulsée par la direction qualité, la culture sécurité des soins des professionnels a été évaluée à plusieurs reprises, par le biais de quiz et/ou d'atelier lors de la semaine de la sécurité. L'hôpital Léon Bérard se caractérise aussi par des synergies médicales, dans l'intérêt des patients, les compétences des uns profitant aux autres et réciproquement (cardiologues, médecins MPR...auxquels se rajoutent des compétences plus ponctuelles assurées par des chirurgiens, brûlologue, psychiatres, ophtalmologistes... A noter que, compte tenu des difficultés de recrutement, l'établissement a pris l'option de pouvoir intégrer dans ses équipes médicales des médecins spécialistes en médecine générale, constituant ainsi des binômes cardiologue/médecin généraliste. Aussi, afin de pouvoir assumer son niveau de médicalisation, l'établissement fonctionne avec une permanence médicale H24 (garde médicale doublée par une astreinte cardiologie). Les équipes médicales et paramédicales se concertent et accompagnent les nouveaux médecins et paramédicaux afin que la prise en charge des patients soit optimale. La gouvernance ne fait pas appel à l'intérim paramédical. Des binômes soignants inter service permettent de parer à l'absentéisme ordinaire si besoin en était. Les nouveaux arrivants, disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité. Un livret d'accueil leur est destiné et une grille de suivi permet aux professionnels et à l'encadrement de les accompagner. Aussi, tout nouvel arrivant dans l'Unité de Réhabilitation Brûlés et Locomoteur et sur les Plateaux Techniques Spécialisés de Réhabilitation bénéficie d'une formation à la brûlure, enseignement théorique interne et un enseignement théorique complémentaire éventuel avec inscription à un DU ou DIU Brûlures Les responsables ont bénéficié d'une formation au management, y compris les équipes médicales. Lors des différentes réunions, les managers partagent de façon régulière et structurée leur expérience. Leur proximité avec la gouvernance, les fait bénéficier d'actions de soutien et/ou de coaching dans l'exercice de leur fonction d'encadrement. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. La gouvernance impulse des démarches collectives d'amélioration du travail, des groupes de réflexion sur le travail en équipe ont été mis en place afin de faire évoluer la communication inter équipe et éviter des ruptures de prise en charge dans le projet de soins des patients. Des solutions organisationnelles (binômes Cadre et inter services) et l'organisation du temps de travail des professionnels médicaux et paramédicaux mises en œuvre permettent le travail en équipe. Les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels, et mettent en place, le cas échéant, les actions requises. Des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, sont proposés aux équipes : plan de formation interne et externe.... L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs. Un comité éthique est organisé et se réunit autant que de besoin en fonction des profils de patient. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés au questionnement éthique par le comité et à l'aide d'un logiciel spécifique. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance. A l'hôpital Léon Bérard, la démarche QVT (qualité de vie au travail) est positionnée comme un levier de la démarche qualité. Il s'agit d'articuler une triple trajectoire : celle du contexte (demande de soins, les

ressources et ...), de l'organisation (la flexibilité...), et celle des métiers (parcours, mobilité...) Pour permettre aux professionnels de faire un diagnostic et des propositions concrètes sur leurs conditions et l'organisation du travail, des espaces temps de discussions sont organisés dans les secteurs de soins avec l'encadrement. Ainsi, l'établissement s'attache à promouvoir la qualité de vie au travail en engageant des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels et la performance globale (diversification des rythmes de travail, horaire en 7h, 11h40, semaine de 4 jours...) Cette démarche est facilitée par la proximité de la gouvernance sur le terrain au quotidien. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est organisée et structurée. Le Plan Blanc est diffusé et consultable dans la gestion documentaire. Les risques ont été identifiés, un plan de maîtrise est en place. La cellule de crise dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et de coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise ...). Des exercices ou entraînements sont réalisés au moins une fois par an pour le risque incendie par exemple... Les événements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de retours d'expérience en santé (RETEX). En lien avec l'Equipe Opérationnelle Hygiène, des aménagements permettant la mise en isolement pour risque de transmission d'agents infectieux sont prévus, l'établissement dispose 85% de chambre seule. Concernant les risques numériques, les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident/d'attaque (contact du référent de la sécurité numérique, mise en œuvre de solution dégradée). Les mesures de prévention des risques numériques sont systématiquement appliquées par les professionnels, changement régulier du mot de passe impulsé par le service informatique. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. Les situations à risque pour les patients et les professionnels (situations d'urgence, actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides, détenus, etc.) sont identifiées. Le plan de sécurisation adapté aux enjeux de l'établissement est formalisé. La démarche développement durable(DD) est organisée avec un comité RSE en place. La RAQ Responsable Assurance Qualité est référent DD. La gestion des Risques environnementaux est une démarche ancienne (2009). Un audit qualité environnemental et un bilan carbone ont été réalisés. Des plans de réduction des consommations énergétiques, de réduction des déchets et de valorisation des biodéchets etc. sont en place. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Une homogénéisation des pratiques et des matériels a été réalisée : composition et procédure des chariots d'urgence identiques, numéro d'appel unique rapidement identifiable, formation interne des professionnels par les médecins, formation AFGSU, exercices de mises en situation. Un sac d'urgence est également disponible dans un service identifié et connu des professionnels en cas d'urgence vitale à l'extérieur de l'établissement (parking, parc etc.) L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins au cœur des équipes. L'amélioration effective de la qualité des soins s'appuie, entre autre, sur des modalités d'évaluation intégrées à l'exercice quotidien des équipes. En effet, pour mener à bien la démarche qualité et gestion des risques et évaluer son niveau de performance, l'établissement suit dans un tableau de bord un ensemble d'indicateurs aussi bien nationaux (ICSHA, IQSS, dossier patient, e-satis...), que des indicateurs issus des démarches qualité engagés en interne (taux de chute...). Chaque service dispose de son tableau de bord de suivi. Des revues régulières des indicateurs qualité et sécurité des soins sont réalisées en équipe et impliquent l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. L'évaluation du niveau de qualité passe aussi par l'analyse des pratiques au regard des recommandations et des protocoles internes. L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes, diffusées dans la Gestion documentaire, et partagées lors des différentes instances CME, CLIAS, CDU, CLUD, CLAN.... Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte systématiquement, l'expérience du patient et intègre les contributions des usagers. Des indicateurs spécifiques sont suivis, issus de l'analyse des résultats d'évaluations telles que : une enquête PROMS, le PGI-I SCALE (Patient Global Impression of Improvement= amélioration subjective de l'état de santé du patient), les questionnaires de satisfaction des patients en HDJ et les questionnaires de satisfaction des patients spécifiques relatifs à la prise en charge de la douleur. Le circuit de déclaration et d'analyse des événements indésirables (EI) est structuré et connu des professionnels. En cas d'EIG (événements indésirables graves), une analyse des causes profondes, animée par le service qualité gestion des risques, est systématiquement réalisée associant les professionnels de terrain (notamment le professionnel qui a fait la

déclaration). Les EIG font l'objet, si besoin d'une déclaration sur le portail national. Les axes d'amélioration identifiés sont intégrés dans le PAQSS. Un bilan annuel des EI notamment ceux liés à la prise en charge médicamenteuse qui font l'objet d'un bilan spécifique est réalisé et présenté aux instances, diffusés aux professionnels. La CDU Commission Des Usagers est informée lors de chaque réunion des EIG ou des presqu'accidents. Le patient ou sa personne de confiance sont informés par l'équipe soignante lors de la survenue d'un évènement indésirable grave le concernant.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	830100541	ASSOCIATION VAROISE HOPITAL LEON BERARD	QUARTIER NOTRE DE DAME DE LORETTE BP 10121 83407 Hyeres FRANCE
Établissement principal	830000303	HOPITAL LEON BERARD	Avenue du docteur marcel armanet Bp 10121 83418 Hyeres Cedex FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	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	Non
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)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
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	Non

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	Non
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	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
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	0
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	257
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	11
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)	2
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			
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Soins Médicaux et de Réadaptation	

7	traceur		Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
9	Traceur ciblé			Gestion des PSL
10	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
11	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
12	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
13	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
	Patient		Soins Médicaux et de Réadaptation	

18	traceur		Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Audit système			
22	Traceur ciblé			Gestion des EI
23	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Audit système			
25	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Audit système			
27	Traceur ciblé			Gestion des EI
28	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
29	Audit système			

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

