



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
ÉTIENNE CLEMENTEL**

CH ETIENNE CLEMENTEL - 63530 ENVAL
63530 ENVAL



Validé par la HAS en Décembre 2021

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 – Juillet 2021

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	13
Table des Annexes	14
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	15
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2021	16
Annexe 3. Programme de visite	20

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER ÉTIENNE CLEMENTEL	
Adresse	CH ETIENNE CLEMENTEL - 63530 ENVAL 63530 ENVAL FRANCE
Département / Région	Puy-de-Dôme / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	630780302	CENTRE HOSPITALIER ETIENNE CLEMENTEL	63530 ENVAL FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2021

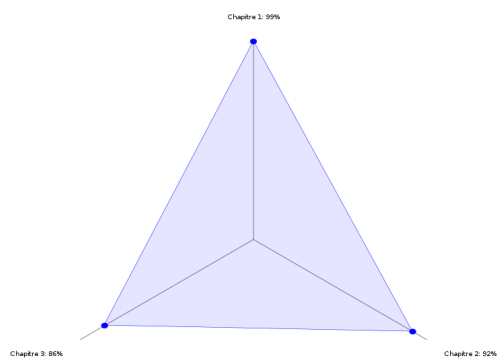
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

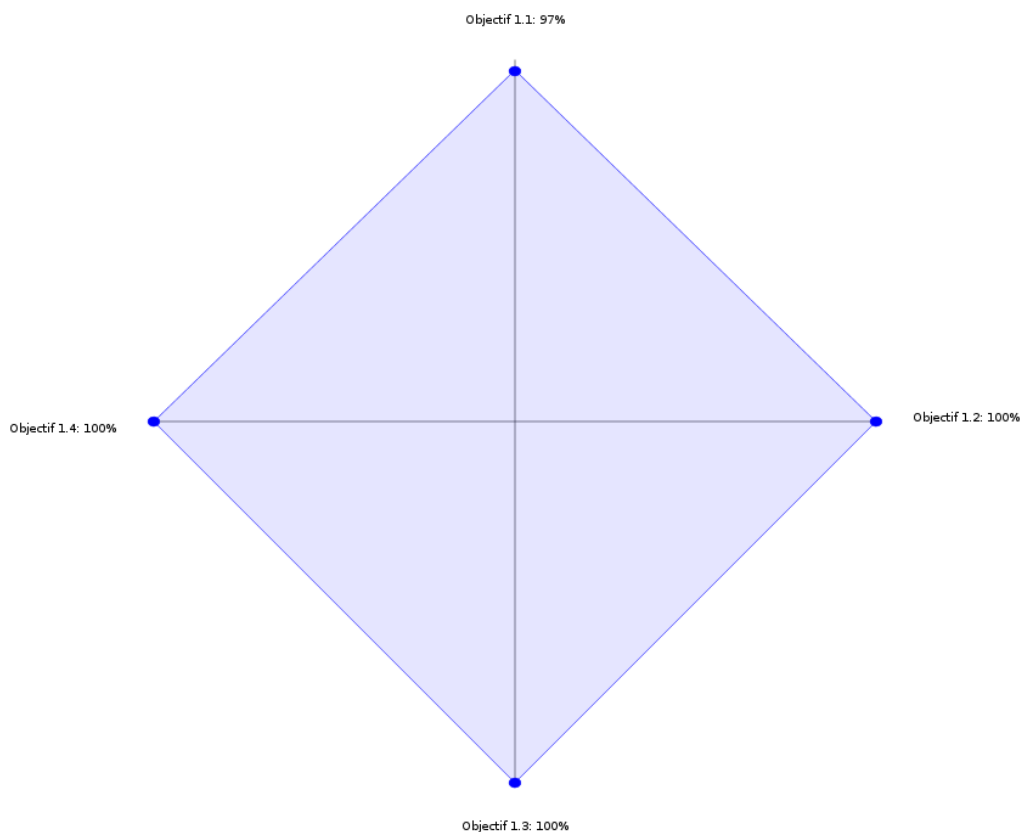
Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre 1 : Le patient

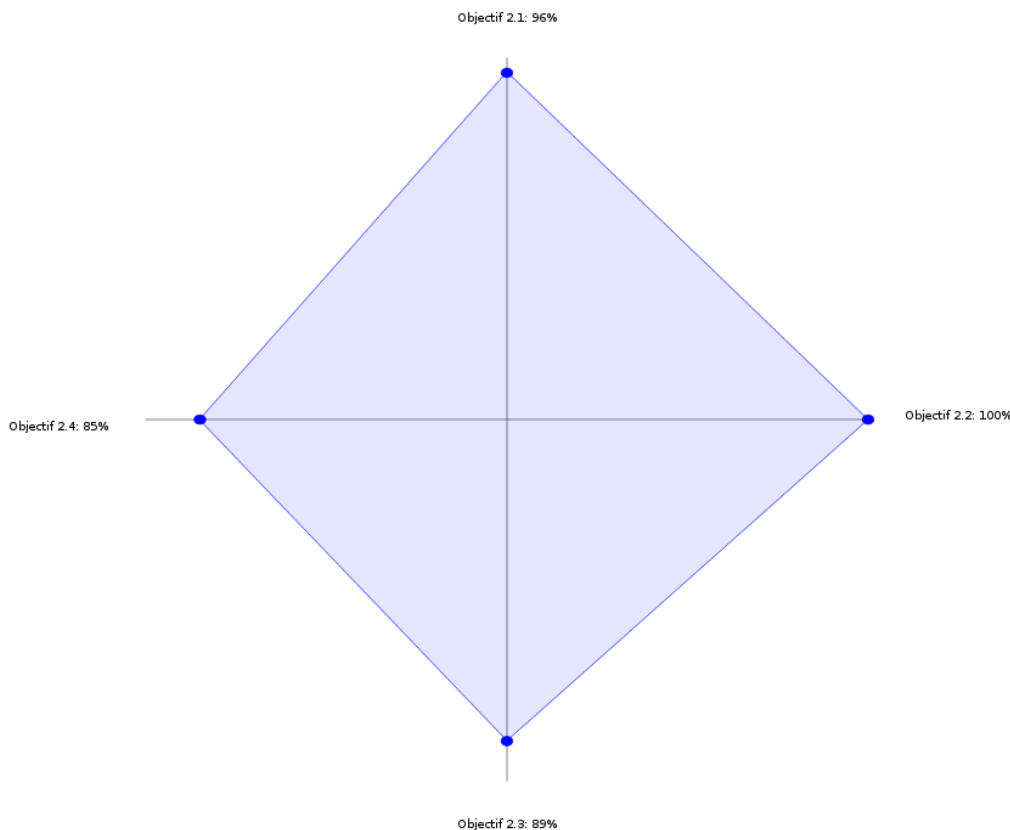


Le Centre Hospitalier Etienne Clementel d'Enval réalise une activité de SSR pour des adultes et des personnes âgées pour des prises en charge, en hospitalisation complète, majoritairement orientées sur les affections et traumatismes ostéoarticulaires et des affections du système nerveux. L'établissement dispose d'environ 150 lits.

L'établissement centre sa prise en charge autour du patient et cela dès son accueil dans l'établissement, où une évaluation systématique nutritionnelle est réalisée. Les patients savent qu'ils peuvent désigner une personne de confiance, celle-ci est tracée dans le dossier. Il est aussi informé de son droit de rédiger ses directives anticipées. Le patient est respecté, particulièrement dans son intimité et sa dignité, même dans les chambres doubles. Les règles de liberté d'aller et venir sont respectées, notamment en ce qui concerne les contentions physiques.

La douleur est évaluée systématiquement à l'entrée et réévaluée régulièrement. Des prescriptions d'antalgique, si besoin, sont formalisées en fonction de l'intensité de la douleur. Les proches et les aidants participent, en accord avec le patient, à la définition et à la mise en oeuvre du projet de soins. Ce projet de soins est réévalué à périodicité définie. Les conditions de vie et de lien social sont prises en compte pour définir sa prise en charge et préparer la sortie. Les professionnels s'appuient notamment sur les assistantes sociales.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



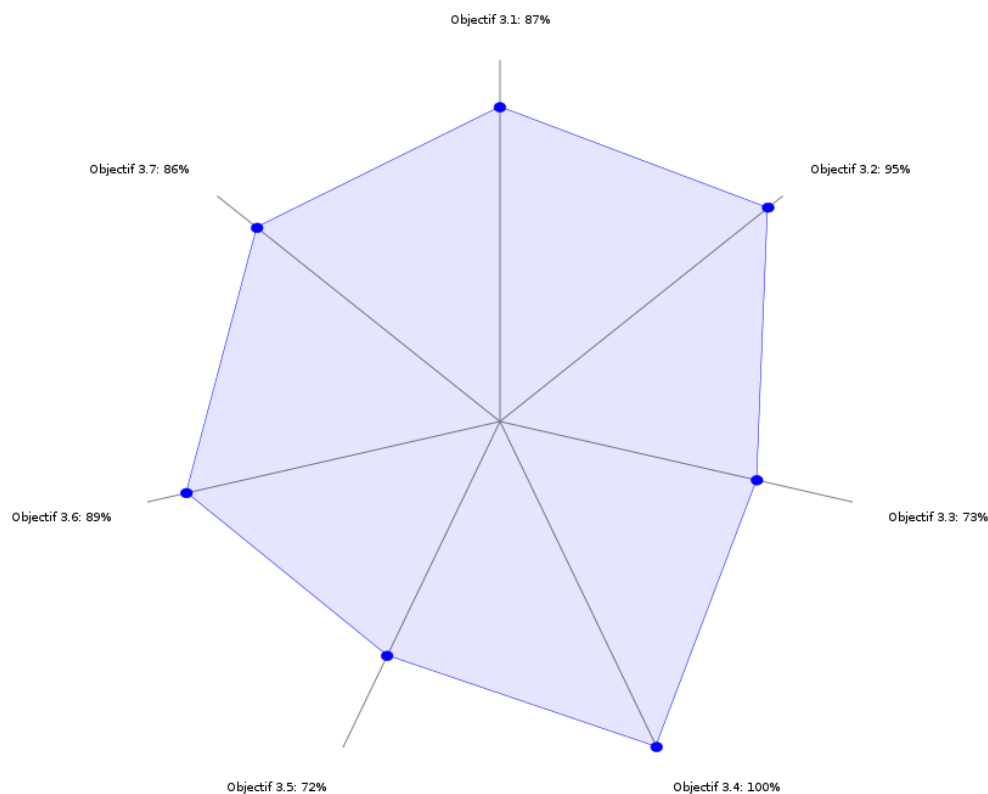
Les équipes de soins recherchent le sens à leur prise en charge. Les équipes s'interrogent sur la pertinence des décisions de prise en charge, notamment sur l'admission et la poursuite du séjour en SSR. La pertinence d'une orientation vers l'HAD est envisagée à l'admission du patient. Les prescripteurs argumentent la pertinence de leurs prescriptions d'antibiotiques et les réévaluent.

Ces réflexions s'appuient sur une coordination et une collaboration pluri professionnelle, particulièrement au travers de staffs hebdomadaires où tous les métiers concourant à la prise en charge sont conviés et peuvent argumenter les choix proposés tant en terme thérapeutiques que de parcours. Pour faciliter la coordination et la continuité, l'établissement a déployé, depuis mars 2021, un dossier patient informatisé. Tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient ont accès à son dossier, avec des droits adaptés. La lettre de sortie reprend l'ensemble des données relatives au patient et est remise à la sortie de ce dernier et adressée à son médecin traitant et/ou au médecin de la structure d'accueil.

L'établissement promeut les bonnes pratiques d'identitovigilance. Tous les patients passent au bureau des entrées afin de donner leurs papiers dès l'entrée (CNI, carte de mutuelle, carte vitale). Exceptionnellement, un patient peut ne pas avoir fourni les documents nécessaires à l'identitovigilance qui est attestée par un bulletin de situation transmis par l'établissement adresseur au bureau des entrées. Les patients qui sont dans l'incapacité de se déplacer seuls sont conduits par les ambulanciers dans la chambre. Le bureau des entrées récupère alors, auprès des ambulanciers ou de la famille, les papiers sus mentionnés ainsi que le bulletin de situation de l'établissement adresseur comportant l'identité du patient. Les patients qui ne sont pas passés au bureau des entrées sont vus dans leur chambre, dans les 15 jours suivants l'entrée, pour avoir un contact direct avec le bureau des entrées, récupérer le contrat de séjour signé, le mail (si possible) et répondre à leurs éventuelles questions. Pour ce qui concerne la vérification de l'identité, la question ouverte n'est en effet pas toujours utilisée. Les patients ayant un bracelet qui valide leur identité, les soignants ont plutôt tendance à vérifier le bracelet, d'autant plus lorsqu'il y a des troubles cognitifs qui ne permettent pas au patient de répondre aux questions ouvertes. Les prescriptions sont informatisées et sécurisées. Concernant le circuit du médicament, le risque est globalement maîtrisé. Toutefois, lorsque le patient n'est pas présent dans sa chambre, il est parfois laissé les médicaments dans la chambre et l'administration est tracée sans vérification de la prise réelle par le patient. Il n'y a pas à ce jour de conciliation médicamenteuse. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les locaux sont très propres et les filières de déchets respectées. Toutefois, la maîtrise des risques infectieux nécessite la mise en œuvre de formations dédiées et régulières, notamment sur les bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène. La marche en avant en balnéothérapie est respectée. En termes de transport interne à l'établissement, le matériel de transport est adapté à l'état du patient, régulièrement entretenu sans toutefois de traçabilité écrite. L'établissement a déjà engagé une réflexion à ce sujet. L'établissement n'utilise pas de produit sanguin labile.

Les équipes évaluent leurs pratiques au regard des retours des questionnaires de satisfaction, des résultats des IQSS et des événements indésirables associés aux soins. Ces évaluations peuvent amener à la mise en place d'actions d'amélioration. Toutefois, l'analyse des résultats cliniques n'est pas mise en œuvre.

Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement s'implique dans la coordination et la fluidité des parcours sur son territoire (direction commune et GHT porté par le CHU de Clermont-Ferrand), ainsi qu'en terme de filières d'aval pour des établissements extérieurs au groupement. L'établissement met en œuvre des partenariats territoriaux pour optimiser la prise en charge : équipes mobiles, filières, HAD, imagerie et laboratoire.

Le recueil de la satisfaction du patient est mis en œuvre notamment au travers des questionnaires de satisfaction interne et d'enquêtes un jour donné (repas, PEC douleur, ...). L'établissement promeut de bonnes pratiques de communication à l'adresse des patients et plus largement porte des valeurs de bienveillance et de bienveillance. Les usagers et les associations des patients sont intégrés dans l'établissement tant au sein des instances que des divers comités, notamment qualité. La CDU est active et pour cela, les représentants des usagers ont un accès possible à distance aux divers indicateurs de l'établissement au travers de la gestion documentaire (GED). Toutefois, la mobilisation de l'expertise patient est embryonnaire.

La gouvernance impulse une dynamique qualité en y associant tant les professionnels que les usagers. Elle promeut le travail en équipe, notamment au travers de staffs médico-soignants même s'il n'y a pas de démarche spécifique. Les compétences sont mises en adéquation avec les prises en charge et les missions de professionnels. L'établissement promeut la polyvalence des compétences entre les services, avec une GPMC partiellement en place.

Il existe une politique de qualité de vie au travail (QVT) et un référent identifié. Mais, il n'y a pas de plan d'action QVT formalisé.

L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières, des situations sanitaires exceptionnelles et des risques environnementaux est structurée. La gestion des urgences vitales est maîtrisée. Des actions de développement durable sont mises en œuvre (nombreuses filières de déchet) mais la politique de développement durable n'est pas formalisée et il n'y a pas de référent désigné. Le risque numérique est pris en compte.

L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Le PAQ est élaboré avec les professionnels et reprend l'ensemble des plans d'actions qualité. Le PAQ est élaboré avec les professionnels et les RU, il reprend l'ensemble des plans d'actions qualité. La validation du PAQ 2020 a été faite lors du comité de pilotage de janvier 2021. Cette validation a permis de retenir les actions non réalisées en 2020, à inclure dans le PAQ 2021. Le COPIL est une instance regroupant l'ensemble des médecins, l'ensemble des cadres, les représentants du personnel, les RU et la direction. Les IQSS et les EI sont recensés, analysés et communiqués. La GED devra être actualisée.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2021
- 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	630780302	CENTRE HOSPITALIER ETIENNE CLEMENTEL	63530 ENVAL FRANCE
Établissement principal	630000149	CENTRE HOSPITALIER ETIENNE CLEMENTEL	CH ETIENNE CLEMENTEL - 63530 ENVAL 63530 ENVAL FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2021

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	151
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
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	Engagement patient		
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Produits sanguins labiles - transfusion
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	

8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Rencontre équipe précautions standards sans dispositif invasif
9	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Défini en visite
10	Audit système	Représentants des usagers		
11	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
			Tout l'établissement Soins de suite et réadaptation	

15	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
16	Audit système	QVT & Travail en équipe		
17	Audit système	Leadership		
18	Audit système	Dynamique d'amélioration		
19	Audit système	Maitrise des risques		
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec dispositif invasif
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards sans dispositif invasif
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable
24	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport entre le service et le plateau technique (patient assis)
25	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
26	Audit système	Entretien Professionnel		
			<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p>	

27	Patient traceur		Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
28	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
29	Audit système	Entretien Professionnel		
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un antibiotique per os
32	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA (la grille est générée par défaut : vous devez répondre "NA" à tous les éléments d'évaluation de la grille.
33	Patient traceur			
34	Parcours traceur			
35	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		
36	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte	

			Hospitalisation complète Programmé	
37	Parcours traceur			
38	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport d'un patient couché
39	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Défini en visite

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

