



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION LE BODIO

Le bodio
44160 Pont-Chateau



Validé par la HAS en Février 2022

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	19
Annexe 3. Programme de visite	23

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 DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION LE BODIO	
Adresse	Le bodio 44160 Pont-Chateau FRANCE
Département / Région	Loire-Atlantique / Pays de la Loire
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	440001501	ASSOCIATION LE BODIO	Le bodio 44160 Pont-Chateau FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

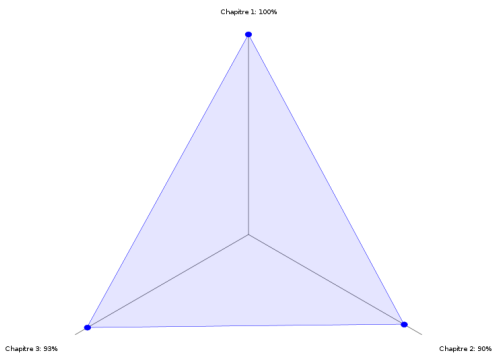
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

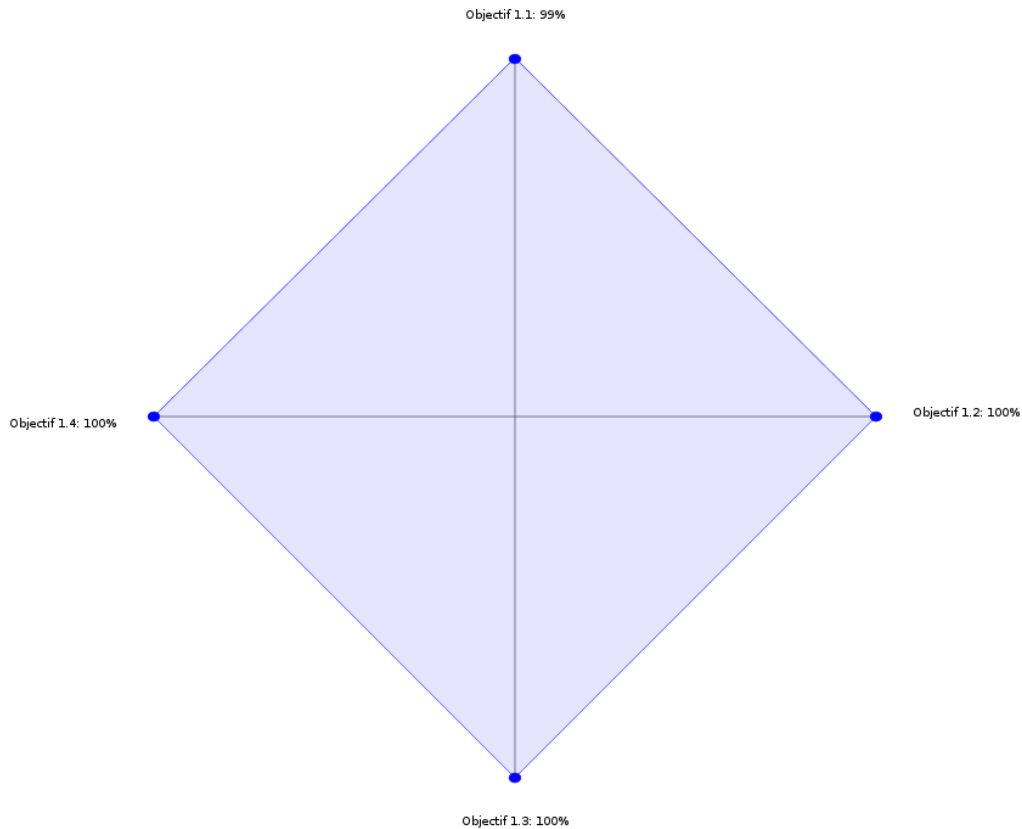
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre 1 : Le patient



L'établissement de santé Le Bodio est géré par l'association des Œuvres de Pen BRON, présente sur le département de la Loire Atlantique au travers de 18 établissements de santé dans les domaines sanitaires (2 établissements de santé), social, médico-social et de formation. C'est un établissement de soins de suite et réadaptation d'une capacité de 80 lits. Au moment de la visite, une unité était fermée dans un contexte de pénurie de recrutement médical. L'activité s'organise autour de 6 lits de soins palliatifs, de 5 lits d'oncohématologie et de 5 place d'hospitalisation à temps partiel. Le capacitaire restant accueille des prises en charge de soins de suite et réadaptation gériatrique.

L'établissement a organisé ses prises en charge autour du patient. Son implication, ainsi que celle de son entourage, est requise tout au long de son séjour dans la structure.

Le consentement du patient est recherché pour la validation de son projet de soin. Le respect de ses volontés est effectif, de surcroît dans les prises en charges palliatives.

Les informations nécessaires au patient tout au long de son séjour lui sont transmis via le livret d'accueil, différents affichages dans les locaux de circulation. Si la charte de la personne hospitalisée est présente, toutefois, il n'est pas retrouvé d'information sur les prises en charge spécifiques comme la charte de la personne âgée ou la charte Romain JACOB.

Dans tout l'établissement, la confidentialité des informations et le secret professionnel sont respectés.

La personne de confiance est désignée, ses coordonnées sont retrouvées ainsi que ceux des personnes à prévenir.

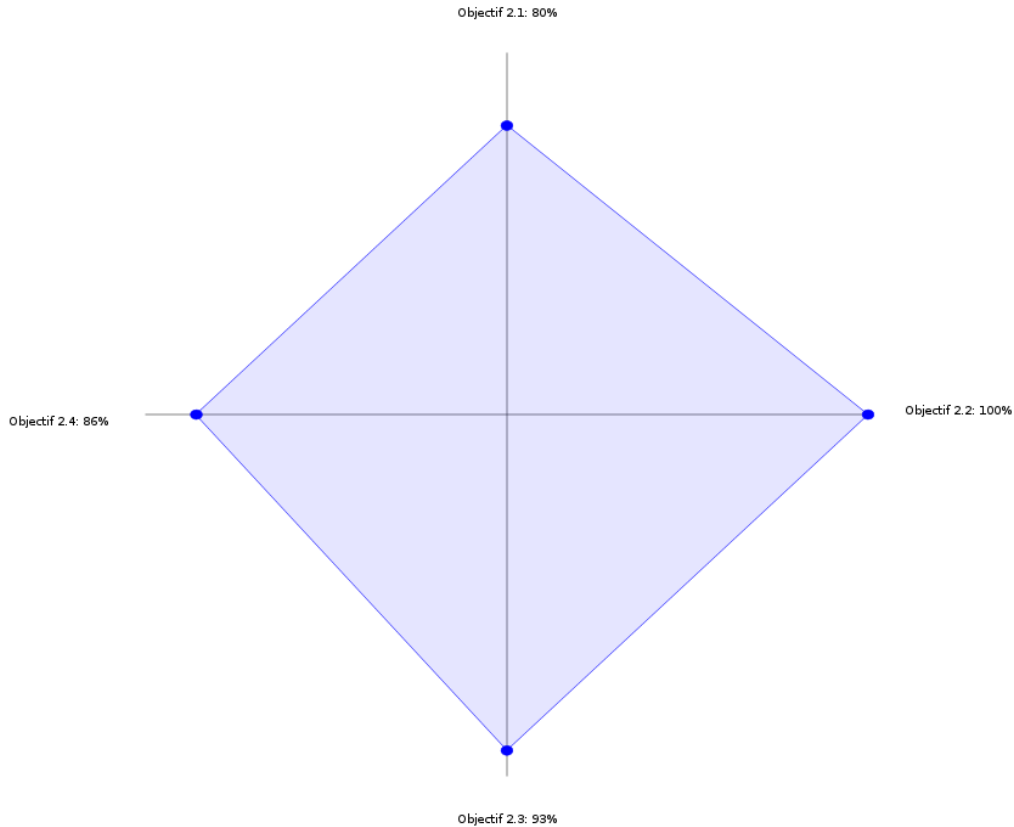
La satisfaction du patient est recherchée, recueillie est mesurée dans le cadre des questionnaires de satisfaction.

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient est le fondement de sa prise en charge. Les locaux permettent efficacement sa mise en œuvre. Les chambres sont individuelles.

La prise en charge de la douleur est effective, pérenne et respecte la réglementation.

La sortie du patient s'organise en tenant compte de sa situation sociale, personnelle à domicile ainsi que des professionnels ressources sur le bassin de vie du patient.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



La pertinence de l'admission ainsi que les décisions de prise en charge des patients sont argumentées au sein des équipes et réévaluées régulièrement dans toutes les unités.

Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées, basées sur les recommandations de bonne pratique, réévaluées (à 72 heures et 7 jours) et tracées dans les dossiers. Le Pharmacien est titulaire d'un DU d'antibiothérapie

Les indications des actes de transfusion répondent aux critères de bonnes pratiques, le taux de destruction est surveillé, cependant les protocoles de surveillance transfusionnel types OAP-TARCO et TRALI restent à rédiger et à mettre en œuvre. A ce titre les professionnels rencontrés sont demandeurs d'un accompagnement pour leur rédaction afin d'en faciliter l'appropriation sur le terrain.

La prise en charge du patient est optimisée grâce à la coordination des équipes pluri disciplinaires et de soins de support : kinésithérapeutes, aide kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, assistante sociale, animateur, ergothérapeute, APA, orthophoniste et à la traçabilité de leurs actes dans le dossier patient.

Le patient est identifié à toutes les étapes de sa prise en charge. La vérification de l'identité, aux étapes définies réalisées, toutefois les patients ne portent pas de bracelet d'identité sauf quand ils sont conservés lors des transferts des établissements adresseurs ou si le patient présente des troubles cognitifs.

Le dossier patient est informatisé garantissant ainsi sa conformité. La lettre de liaison est adressée au médecin traitant et si nécessaire au médecin spécialiste.

Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires.

La prise en charge médicamenteuse favorisée par l'informatisation est totalement maîtrisée en ce qui concerne la prescription, la dispensation, l'analyse pharmaceutique, l'utilisation des médicaments à risques, la réponse à un besoin urgent.

La conciliation médicamenteuse fait partie des objectifs de l'établissement mais n'est à ce jour non mis en œuvre. Le Pharmacien actuel ayant pris ses

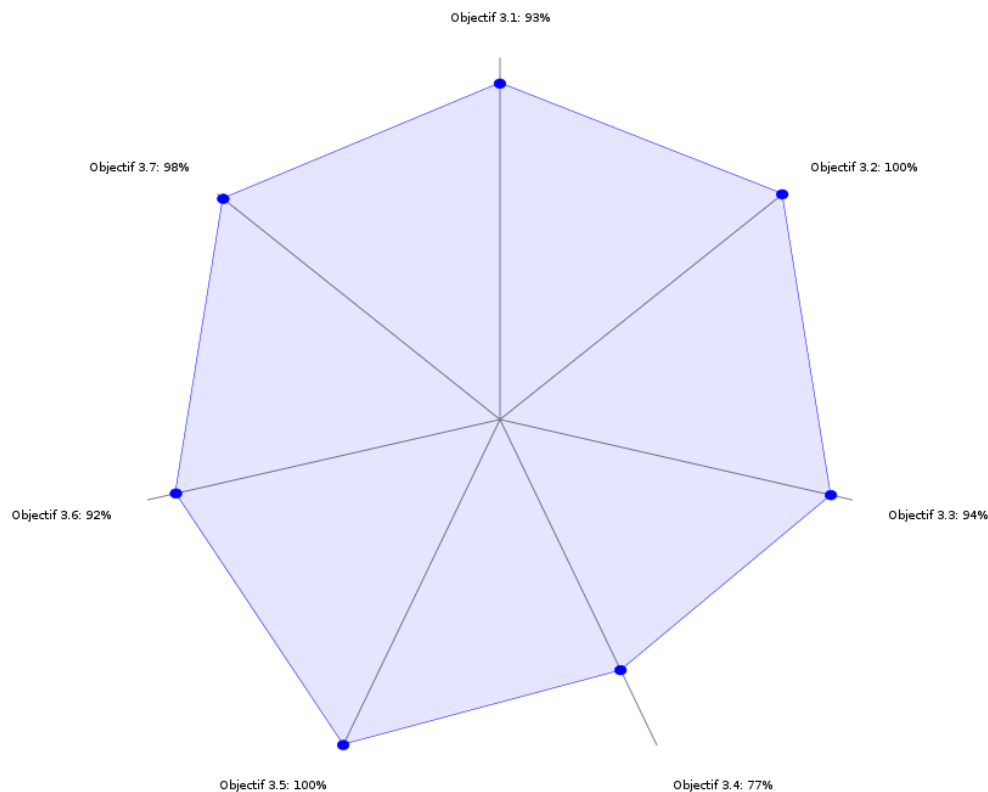
fonctions en septembre dernier.

Les risques transversaux liés la prévention du risque infectieux (hygiène des mains, précautions standards et complémentaires) sont maitrisés, cependant le suivi de la consommation des solutions hydro alcoolique et de la couverture vaccinale, s'il est suivi au niveau managérial n'est pas connu par services par l'encadrement.

Il existe une analyse collective, régulière et partagée avec les professionnels des évènements indésirables. L'expérience patient n'est pas encore intégrée dans les pratiques, même s'il le top management l'a identifiée et s'en est saisi.

L'établissement recueille, analyse suit les indicateurs nationaux, en revanche des indicateurs par services et représentatifs de leur spécificité restent à identifier.

Chapitre 3 : L'établissement



Les orientations stratégiques de l'établissement ont été définies en cohérence avec les besoins du territoire. Le SSR Le BODIO a identifié ses différents partenaires sur le territoire et des conventions ont ainsi été formalisées :

- CHU de Nantes pour l'hématologie,
- Centre ICO pour l'oncologie et téléconsultation,
- Centre Hospitalier de St NAZAIRE pour l'infectiologie,
- Réseau d'hygiène du territoire,
- Gériatopôle.

A ce jour, l'établissement n'est pas engagé dans le cadre d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

L'expression du patient est recherchée dans les différents actes de sa prise en charge. L'établissement travaille en synergie avec les acteurs locaux afin d'assurer autant que possible des entrées directes limitant ainsi le recours aux services d'urgences.

La recherche clinique est promue et à titre d'exemple, durant la crise COVID, un patient était inclus dans un essai thérapeutique initié avant son arrivée, il a pu continuer cet essai durant son séjour.

Le recueil de l'expression des patients est recherché et à ce titre, les représentants des usagers sont très implantés au sein de la structure disposant d'un endroit identifié et connu des patients pour tenir des permanences toutes les 2 semaines. Dans ce contexte, ils ont engagé un travail de soutien des patients souhaitant être accompagnés pour renseigner le questionnaire de sortie, contribuant ainsi à obtenir un taux de retour de 63%, et des résultats exploitables.

L'établissement a mis en place des formations centrées sur les modes de communications à l'adresse des patients. L'animateur a dédié un panneau d'affichage contenant grands nombres d'informations à destination de ces derniers.

Par ailleurs, sur des thématiques identifiées comme essentielles, notamment pendant la période COVID (gestes barrières, vaccination), des flyers sont

réalisés et distribués sur les plateaux repas afin que les patients puissent en prendre connaissance mais également conserver l'information et/ou pour que les familles en soient informées à leur tour.

Un groupe bientraitance est constitué, depuis les certifications précédentes. A ce titre, durant la période COVID des échanges ont eu lieu avec 2 écoles locales permettant ainsi aux enfants d'adresser des dessins aux patients isolés en raison du COVID. Cette expérience se poursuit encore à ce jour.

Dans le cadre de la semaine bleue, les représentants des usagers disposaient d'un stand dans le hall de l'établissement afin de promouvoir la bientraitance. Des cartes postales sont mises à disposition des usagers à l'accueil afin de permettre aux patients de pouvoir transmettre leur ressenti.

L'implication des représentants des usagers de l'établissement est à souligner.

L'intégration de l'expertise des patients est initialisée au niveau du top management, elle reste à déployer dans les unités de soins.

La direction et la CME manage l'établissement en priorisant la qualité et la sécurité des soins. Le projet qualité et sa mise en œuvre en témoignent.

La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. L'encadrement bénéficie de formation en management, dans le cadre de la formation continue de l'association. Ainsi tout le personnel d'encadrement reçoit la même formation.

Un travail sur la qualité de vie au travail a été mené, initié dans le cadre de projet PACTE, donnant lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration des conditions de travail. Ces travaux se sont poursuivis par un travail de réorganisation portant notamment sur la redéfinition des horaires, évaluations des charges de travail avec augmentation des effectifs, mise en place d'un guide des nouveaux arrivants, décloisonnement des équipes, travail en binôme. Ce travail ainsi mené a permis de réinternaliser la fonction « agent de service » qui avait été externalisée depuis plusieurs années.

La direction d'établissement décline sa politique Qualité en s'appuyant sur une analyse globale des données existantes : cartographies des risques, CREX (comité de retour d'expérience), EIAS déclarés (événements indésirables associés aux soins), indicateurs IQSS ...). Toutefois, dans un contexte de connaissance des risques auxquels il peut être confronté, l'établissement n'a pas dédié de numéro unique en cas de survenue d'une urgence vitale.

Par ailleurs, les patients d'hôpital de jour ne disposent pas de vestiaires afin d'y déposer leur effet personnel durant leurs soins. L'établissement en a conscience et l'explique par le fait qu'il est dans l'attente d'une reconfiguration de ses locaux comme indiqué dans le projet d'établissement en cours.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	440001501	ASSOCIATION LE BODIO	Le bodio 44160 Pont-Chateau FRANCE
Établissement principal	440002459	CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION LE BODIO	Le bodio 44160 Pont-Chateau FRANCE
Établissement principal	440002459	CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION LE BODIO	Le bodio 44160 Pont-Chateau FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	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	80
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	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	QVT & Travail en équipe		
2	Audit système	Leadership		
3	Audit système	Maitrise des risques		
4	Audit système	Engagement patient		
5	Audit système	Dynamique d'amélioration		
6	Audit système	Coordination territoriale		
7	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Non applicable
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
10	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		A définir
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Soins de suite et réadaptation Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
16	Audit système	Représentants des usagers		
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
21	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Non applicable

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

