



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CH TARBES LOURDES

Boulevard de l'atré de tassigny

Bp 1330

65013 Tarbes



Validé par la HAS en Janvier 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 – Janvier 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

- 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

CH TARBES LOURDES	
Adresse	Boulevard de l'atire de tassigny Bp 1330 65013 Tarbes Cedex 9 FRANCE
Département / Région	Hautes-Pyrénées / Occitanie
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	650783160	CH TARBES LOURDES	BOULEVARD DE LATTRE DE TASSIGNY 65000 Tarbes FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

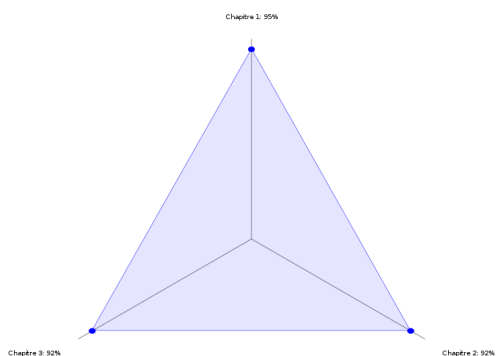
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

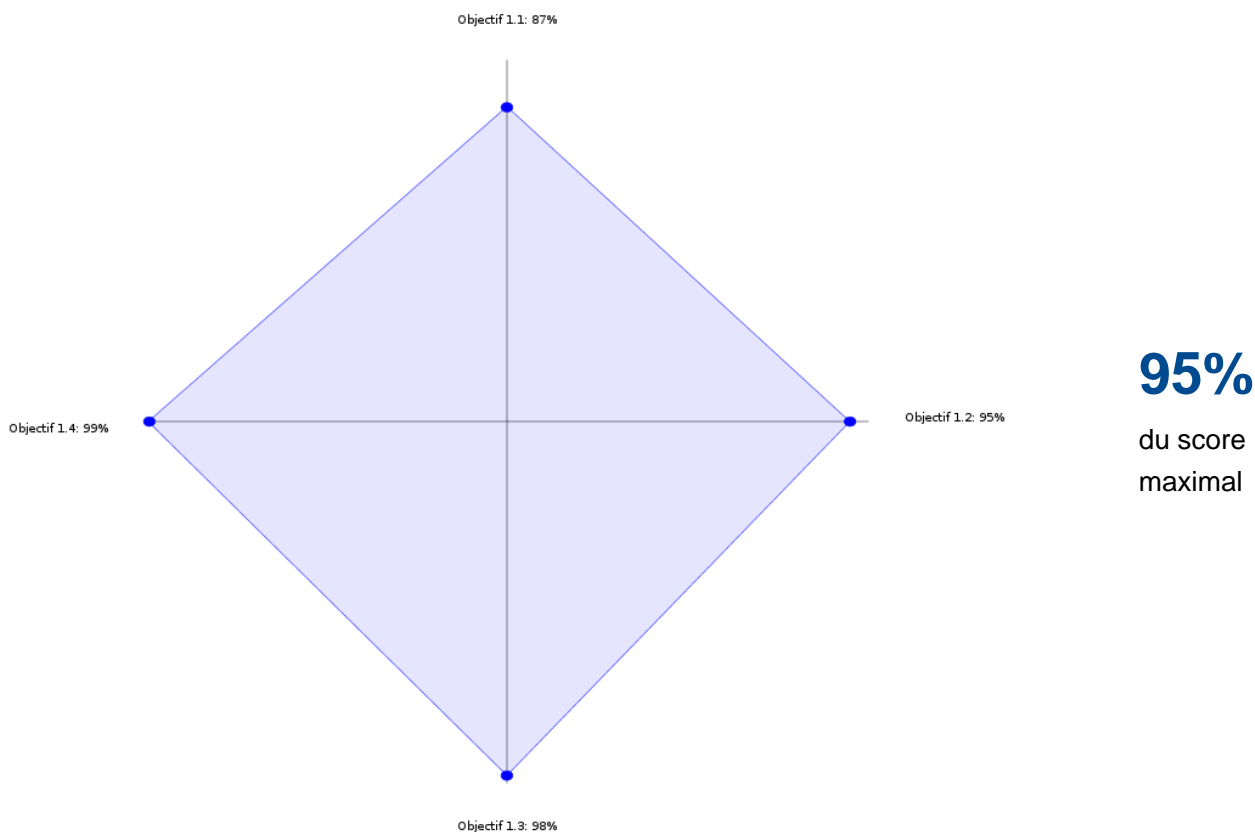
Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

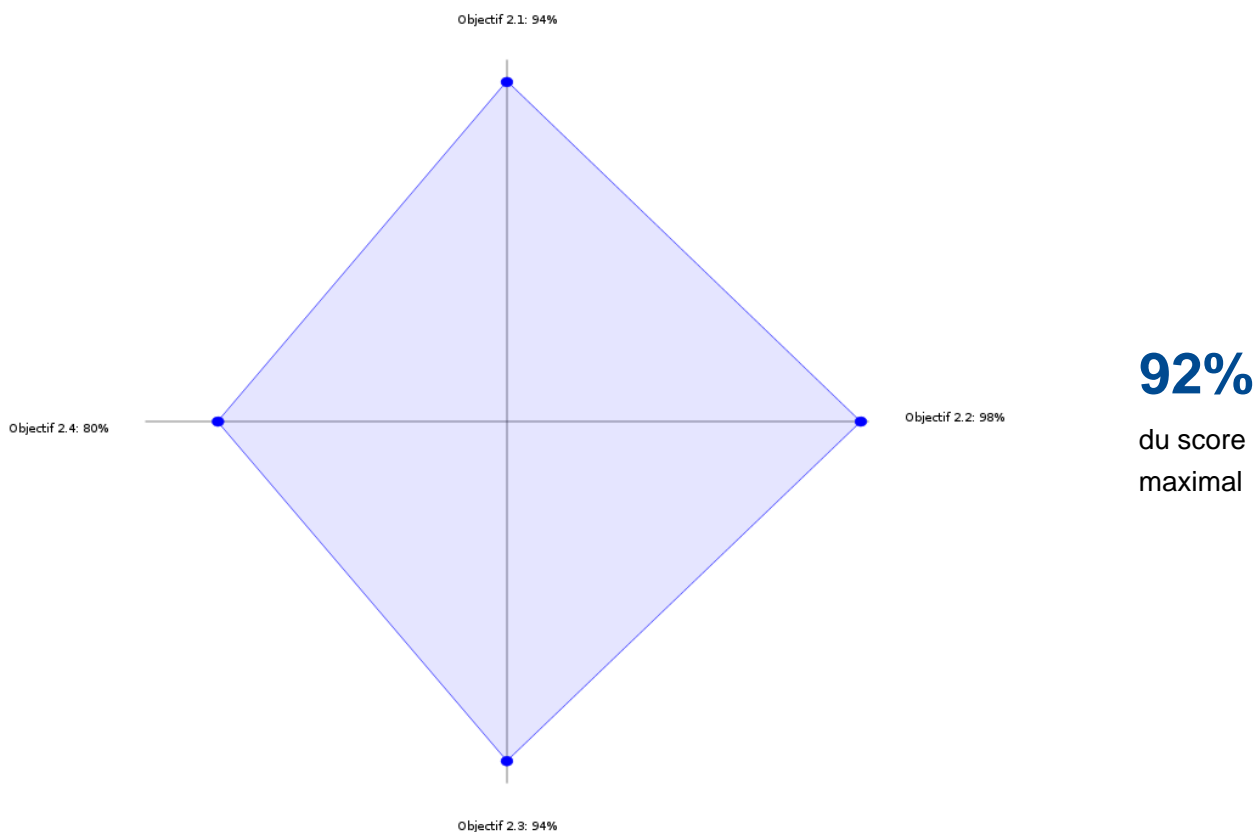


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	87%
1.2	Le patient est respecté.	95%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	98%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Les patients du Centre Hospitalier de Tarbes Lourdes reçoivent une information claire et adaptée à leur état de santé. La charte de la personne hospitalisée et la charte européenne des droits de l'enfant font l'objet d'un affichage. Pour des prises en charge spécifiques, la Charte Romain Jacob n'est pas affichée dans les services. Dans tous les services de court séjour, en soins de longue durée, et SMR les professionnels s'assurent de l'implication du patient aux différentes étapes de sa prise en charge. Ce dernier exprime librement son consentement sur son projet de soins. L'information sur le bénéfice/risque des actes thérapeutiques est assurée par une équipe pluridisciplinaire. Les équipes tracent dans le dossier les informations données au patient relatives à ses principaux facteurs de risque (IMC, troubles nutritionnels, antécédents, traitements ...). En maternité, un projet de naissance est en place. Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui

ont été administrés. Un travail de convergence entre les deux sites a été réalisé à la suite de la fusion au 1er janvier 2023 et présenté au Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance. En ambulatoire, le patient reçoit une information sur les modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge. L'information des patients sur leurs droits à désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix est assurée dans l'ensemble des services. Pour les directives anticipées, une information sur cette question fait l'objet d'un affichage dans l'établissement et d'une remise d'un formulaire aux patients par le biais du livret d'accueil. Toutefois, ces derniers déclarent ne pas être systématiquement informés sur ce sujet. Il en va de même concernant l'information sur les structures et les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent accompagner les patients (coordonnées, permanence), les déclarations d'événement indésirable associé aux soins (EIAS), les modalités pour soumettre une réclamation. Le niveau d'information des patients varie en effet sensiblement d'un service à un autre. Le Centre Hospitalier a déjà identifié cette difficulté lors des audits internes. L'important travail engagé depuis quelques mois avec la fusion des deux établissements va se poursuivre en demandant aux professionnels dans le cadre des hospitalisations, d'accompagner la remise du livret d'accueil par une information orale complémentaire. L'établissement participe au dispositif national de mesure de la satisfaction e-Satis. Parallèlement, les patients ont la possibilité de remplir en interne un questionnaire de satisfaction dont le recueil est assuré par les professionnels dans les services. Ces questionnaires font l'objet d'une exploitation par la Direction Qualité, Gestion des Risques et des relations avec les usagers. L'intimité, la confidentialité, la dignité sont respectées par les professionnels. Les patients mineurs bénéficient de locaux adaptés à une prise en charge sécurisée, y compris en médecine d'urgence. Toutefois, les locaux vétustes sur les sites principaux ainsi que dans les annexes (gériatrie) ne permettent pas toujours de respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité du patient. Le projet architectural avec la construction du nouvel hôpital et le projet de réhabilitation des sites annexes sur Tarbes, devraient permettre de répondre à terme à cette exigence. La contention mécanique fait l'objet d'une information auprès du patient et son recours relève d'une décision médicale. La réévaluation de la pertinence du maintien de la contention est réalisée dans les services. Le patient bénéficie de soins visant à soulager sa douleur avec une réévaluation à l'appui de différentes échelles. En cas de prescription d'un médicament « si besoin », les conditions ne sont pas précisées. L'appréciation de la douleur est laissée à l'initiative de l'IDE. L'établissement a pris la mesure de cette difficulté. Après une analyse du CLUD, l'établissement propose d'introduire dans le plan de soins du DPI un menu déroulant permettant de préciser les conditions nécessaires à la délivrance du médicament « si besoin ». L'IDE pourra alors tracer la douleur avant d'administrer le médicament « si besoin ». Avec l'accord du patient, des proches ou aidants peuvent être associés à sa prise en charge. La présence des proches est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite (fin de vie, maternité). Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement par une assistante sociale de l'établissement ou peut être orienté vers les services sociaux et associations adéquates. Le CH de Tarbes-Lourdes dispose d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) permettant de prendre en charge des personnes en situation de précarité. Les équipes questionnent les patients vivant avec un handicap quant à leurs attentes et leurs besoins. Pour les patients atteints de handicap, adultes et enfants, les besoins et préférences sont évalués et suivis durant son séjour. Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation. En soins de longue durée (SLD), les patients bénéficient d'un panel d'activités leur permettant de maintenir à la fois leur autonomie et un lien social et familial en faisant appel si besoin à des associations pour les sorties extérieures.

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	94%
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	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	80%

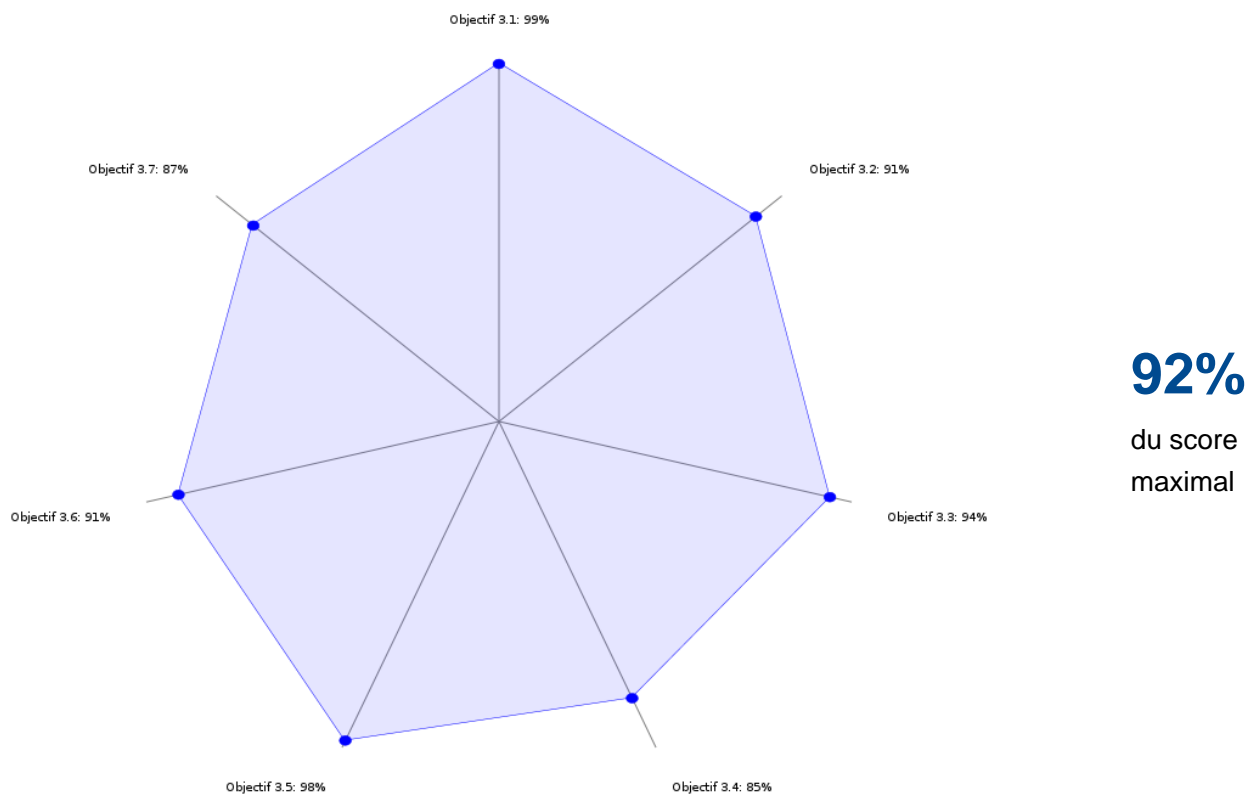
La pertinence des décisions de prise en charge des patients est argumentée dans le cadre d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire notamment pour les situations complexes en hospitalisation complète (oncologie, gynécologie, pneumologie, médecine ...) ou en hospitalisation de jour. Des staffs, des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont programmés et des réunions de service sont organisées à périodicité régulière. Ces réunions permettent de discuter des indications à visée diagnostique et thérapeutique, de réévaluer les prescriptions et les modalités de prise en charge. La prescription d'une HAD est, le plus souvent, envisagée lorsque les conditions le permettent. Les professionnels du SAMU connaissent et utilisent les filières d'admission directe des patients qui relèvent des services spécialisés et de leurs modalités d'admission. La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe. Les équipes

utilisent l'outil TRAJECTOIRE. Les prescriptions des traitements antibiotiques sont justifiées et réévaluées systématiquement entre la 24e et la 72e heure dans la plupart des services. La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée. L'analyse bénéfice/ risque est réalisée pour tout acte de transfusion. L'analyse de la pertinence des actes transfusionnels est réalisée de manière régulière. Sur le site de Tarbes, les appels au SAMU pour raison médicale sont traités sous la responsabilité d'un médecin et tracés. Le travail avec l'assistant de régulation médicale (ARM) est effectif. Les dossiers médicaux préhospitaliers sont complets. Dès l'accueil, les patients sont pris en charge par une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). Les urgences adultes et enfants sont différenciées sur les deux sites. Les équipes assurent au patient une orientation dans les circuits et des délais adaptés à la prise en charge (pédiatrie, syndrome coronarien, personnes âgées ...). Elles connaissent en temps réel les disponibilités en lits des services. L'établissement a récemment mis en place un « Bed Manager » qui assure auprès des services d'hospitalisation un travail de recensement afin de connaître le nombre de lits disponibles. Elle transmet ensuite le résultat pour chaque spécialité au service des urgences. Les équipes des urgences peuvent accéder aux données antérieures du patient ayant déjà séjourné dans l'établissement. Le dossier du patient informatisé (DPI) est complet et accessible aux professionnels sur les différents sites. Il n'y a pas d'uniformisation du support « dossier patient ». Dans plusieurs services, les experts visiteurs constatent la cohabitation d'un dossier papier et du DPI et l'existence de plusieurs logiciels métiers qui rendent difficile l'accès aux informations en temps utile. Il peut en résulter une discontinuité dans la prise en charge des patients. Pour répondre à ce besoin d'uniformisation du dossier patient, un schéma directeur informatique associé à un programme d'investissement a été élaboré par l'établissement. Un calendrier matérialise les étapes du déploiement de ce programme. Le projet de soins du patient est structuré et construit avec le patient en prenant en compte ses besoins, ses préférences et en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation. Une démarche de conciliation des traitements médicamenteux est initiée sur un des sites de l'établissement. Un protocole a été élaboré pour les patients dits « hébergés », à savoir les patients qui n'ont pas été orientés dans le service spécialisé faute de disponibilité en lits. Le médecin de la spécialité assure alors le suivi de ce patient hébergé. Les équipes de soins peuvent faire appel en interne à un réseau d'experts (soins palliatifs, plaies et cicatrisation, douleur, ...). Au niveau du bloc opératoire, les cas de déprogrammation sont encadrés et garantissent un délai raisonnable de reprogrammation pour tous les patients. Un conseil de bloc unique a été instauré et des staffs journaliers pluridisciplinaires sont organisés pour assurer la coordination des équipes et la priorisation des urgences. Des indicateurs d'activité font l'objet d'un suivi à partir de requêtes réalisées par le DIM (temps réel d'occupation des salles, taux d'occupation par vacation) avec une analyse qualitative pour l'activité de la chirurgie ambulatoire. L'analyse qualitative va se poursuivre pour l'activité de chirurgie complète avec la fusion des deux sites. Les équipes du secteur interventionnel et les équipes des services de soins se transmettent toutes les informations utiles pour sécuriser la prise en charge du patient. L'ensemble des blocs opératoires utilise la check-list « sécurité du patient » de manière systématique. Celle-ci n'est pas informatisée. Elle fait l'objet d'une évaluation sur le site de Tarbes. Elle est en cours de réactualisation sur le site de Lourdes. Les équipes peuvent avoir recours à une équipe mobile de soins palliatifs pour accompagner le patient en fin de vie. A la sortie du patient, une lettre de liaison est remise au patient. Elle est également adressée au médecin traitant par une messagerie sécurisée, dans certains services. Les lettres de liaison font l'objet d'un suivi régulier. Des modalités d'identification des patients sont en place à toutes les étapes de leur prise en charge : bracelets d'identification dans les différents services, aux urgences. Pour les vigilances sanitaires, les responsables sont identifiés, les modalités de transmissions définies. La liste des responsables est accessible aux professionnels. Elle fait l'objet d'un affichage avec une diffusion dans la gestion documentaire informatisée (GED) qui reste à uniformiser sur les deux sites. Pour les médicaments à risque, une liste globale a fait l'objet d'une diffusion générale avec un affichage dans l'ensemble des services des différents sites. Elle est affichée dans les salles de soins près des armoires de pharmacie. Cette affiche institutionnelle des médicaments à risque n'est pas adaptée à la spécificité de chaque service. En effet, les experts visiteurs (EV) font le constat dans l'ensemble des services investigués de la présence au sein des armoires à pharmacie, d'une seconde liste de médicaments où les médicaments à risque sont parfois surlignés

d'une certaine couleur ou écrits en petits caractères. De plus, il apparaît que la liste de la dotation est incomplète dans certains services. En outre, lorsque le traitement sort de l'armoire à pharmacie pour être dispensé il n'y a pas d'affichage particulier pour matérialiser son caractère « à risque » jusqu'à son administration. Ces anomalies peuvent générer un risque plus élevé de dommage au patient. Le Centre Hospitalier a pris la mesure de cette anomalie et a réagi immédiatement en élaborant, pour chaque service, une liste spécifique de médicaments à risque et en convoquant, durant la visite, un COMEDIMS pour valider ces dernières. Concernant l'identification des médicaments à risque jusqu'à leur administration, l'établissement a formulé deux actions durant la visite : Améliorer la lisibilité du logo de repérage des MHR dans les casiers des armoires à pharmacie (code couleur), Réétiqueter les blisters dans les piluliers jusqu'à leur administration. Ces actions ont été intégrées dans le PAQSS institutionnel. Sur la sécurisation du stockage, dans certains services, au sein des salles de soins sécurisées par un digicode, les clés des coffres à stupéfiants visibles et accessibles à tous. L'établissement a procédé immédiatement à un rappel des bonnes pratiques en la matière avec l'installation de boîtiers sécurisés dans les services identifiés. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Concernant les produits sanguins labiles (PSL), les transfusions sont réalisées majoritairement en journée. La traçabilité est assurée pour l'hémovigilance. Les équipes assurent la traçabilité dans le dossier du patient, de la prescription, de l'administration, des facteurs de risque et de surveillance, de la transfusion. Les professionnels sur les deux sites sont formés à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est unique pour les deux sites de l'établissement. Appuyée par les correspondants en hygiène des services de soins, elle veille au respect par les professionnels des bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les équipes sont formées et appliquent les précautions standard et complémentaires. Les équipes maîtrisent le plus souvent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs. Des protocoles sont présents dans la gestion documentaire. L'antibioprophylaxie est administrée dans le respect des délais. L'induction est tracée dans la check-list papier. Le temps entre l'administration et l'incision est respecté. Au niveau de l'endoscopie digestive, les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs avec des contrôles périodiques réalisés et tracés par l'équipe d'hygiène. Un « cahier de vie » informatisé permet de regrouper toutes les informations concernant les endoscopes (nettoyage, désinfection, maintenance, contrôle microbiologique ...). L'EOH suit les résultats bactériologiques. La maintenance des endoscopes est assurée par le service biomédical. Les professionnels sont formés à l'entretien des endoscopes et aux nouveaux endoscopes. Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène. Le patient, notamment âgé, ses proches et/ou aidants, sont globalement informés du risque de dépendance iatrogène lié à l'hospitalisation et à son évaluation. Il existe sur certains sites un affichage sur cette thématique et les équipes sont sensibilisées à ce risque. Le Centre Hospitalier assure la promotion des vaccinations recommandées et les professionnels sont sensibilisés à l'importance des vaccinations (grippe ...). La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail et au sein des services. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants. Une personne compétente en radioprotection est nommée et sur le tableau prévisionnel de la programmation du bloc il est rappelé aux professionnels la nécessité d'utiliser le dosimètre. Les professionnels utilisent les équipements de protection individuelle et les dosimètres. La traçabilité des rayonnements ionisants est effective sur le compte rendu opératoire et dans le dossier patient. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie est vérifié et conforme. En chirurgie ambulatoire. L'autorisation de sortie du patient est signée par le médecin. Les infirmiers, formés, établissent « l'aptitude à la rue » sur la base du score de Chung. Sur les différents sites de l'établissement de santé, le transport des patients en intra hospitalier est globalement maîtrisé. Les professionnels sont formés. Pour les transports des patients entre les différents sites, il existe pour le site de Lourdes, une équipe dédiée à cette mission. Pour le site de Tarbes, la demande de transport est assurée par l'intermédiaire d'une plateforme. Les équipes améliorent globalement leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques à l'appui des déclarations des événements indésirables associés aux soins (EIAS) régulièrement déclarés, des résultats des audits internes, des RMM, des CREX, les indicateurs qualité

et sécurité des soins (IQSS), des questionnaires relatifs à l'évaluation de la satisfaction (questionnaires e-Satis et questionnaires spécifiques). Ce travail d'analyse doit être cependant renforcé au niveau de l'analyse des résultats cliniques mais également, en prenant davantage en compte l'expérience patient (ex : programmes d'éducation thérapeutique) et en associant les représentants des usagers à la campagne de recueil de la satisfaction des patients. Au niveau des équipes de soins critiques, l'établissement, durant la visite, a généralisé le registre de refus des admissions sur le site de Lourdes. En revanche, sur les deux sites, il n'y pas de suivi des réhospitalisations à 48/72 heures. A la suite de ce constat, l'établissement a inscrit une action d'amélioration dans son PAQSS institutionnel.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	91%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	85%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	91%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	87%

Le Centre Hospitalier Tarbes-Lourdes est né de la fusion des établissements du CH de Bigorre (Tarbes) et de Lourdes depuis le 1er janvier 2023, après plusieurs années de gestion en direction commune. La nouvelle entité est constituée de cinq sites, trois sites pour le CH de Bigorre et 2 sites pour le CH de Lourdes. Le Centre Hospitalier Tarbes-Lourdes est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire des Hautes-

Pyrénées composé de cinq établissements de santé. Il est organisé en sept pôles d'activité et une fédération de gériatrie. Les orientations stratégiques pour la période 2023-2028 sont définies en cohérence avec le territoire de santé de référence et prennent en compte le projet majeur de reconstruction des deux hôpitaux de Tarbes et de Lourdes, sur un site commun sur la commune de Lanne. L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours avec plusieurs activités de référence (diabétologie, endocrinologie, cardiologie interventionnelle, centre de dialyse ...) et met en œuvre une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou médico-sociaux avec des équipes mobiles (gériatrie, soins personnes âgées, soins palliatifs), des consultations avancées (Bagnères, Lannemezan), de la téléconsultation et de la téléexpertise (plaies et cicatrisation, diabétologie, antibiothérapie ...). L'établissement établit des partenariats nécessaires à la fluidité des parcours. Des conventions de coopération sont en place au niveau des établissements partenaires du GHT, mais également hors territoire, avec des établissements publics (CH de Pau, CHU de Toulouse ...) ainsi que des structures privées à proximité. Il participe au développement de deux CPTS (Adour Madiran et Lourdes Pays de Gaves) et assure le suivi des délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie. En matière de santé mentale, le Centre Hospitalier de Tarbes-Lourdes s'inscrit dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) des Hautes-Pyrénées avec, un partenariat avec le Centre Hospitalier de Lannemezan. Une organisation est en place pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées. Un numéro d'astreinte départementale en diabétologie permet l'organisation des hospitalisations directes. Il en va de même en cardiologie et en gastro-entérologie. Pour les personnes âgées, l'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences. Les relations établies entre les médecins traitants et ceux du Centre Hospitalier, l'existence d'une IDE de nuit dans les EHPAD, l'équipe mobile de gériatrie, la télémédecine, ..., permettent d'éviter tout transfert immédiat du patient si son état le permet. Sur les différents sites, le Centre Hospitalier veille au maintien des liens avec la médecine de ville : contacts directs médecins hospitaliers/ médecins généralistes et de spécialités. Les sites internet actuels disposent d'un annuaire médical précisant le nom des médecins des spécialités et un numéro de téléphone. Les numéros d'appel téléphonique pour joindre directement l'unité de soins sont communiqués aux patients. Une permanence téléphonique permet de joindre les différents services hospitaliers 24h/24. Une messagerie sécurisée est en place. L'établissement soutient les démarches de recherche clinique. Des médecins participent à des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) avec la contribution des deux attachés de recherche clinique (ARC), en relation avec le CHU de Toulouse. Les résultats des questionnaires de satisfaction (e-Satis et questionnaires de satisfaction intra-hospitaliers) sont présentés et analysés en Commission Des Usagers (CDU). Ils sont portés à la connaissance des différentes instances de l'établissement dont la CME, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et des unités de soins. Les actions, qui peuvent en résulter, alimentent un PAQSS institutionnel qui vient d'être fusionné entre les entités de Tarbes et de Lourdes. Le CH n'a pas mis en place les questionnaires spécifiques sur l'expérience patient de type PREMS et PROMS. L'expertise des patients est plutôt mobilisée dans le cadre des sept programmes d'éducation thérapeutique développés sur les deux sites (insuffisance rénale, diabète de type 1 et 2, chirurgie de l'obésité). L'établissement a développé une communication centrée sur les patients. Des formations centrées sur la communication avec le patient sont proposées aux professionnels (« L'hypnose au service de la communication », « communication soins post-opératoires en pédiatrie », ...). Les plaintes et réclamations des patients sont communiquées en CDU. L'accès des patients à leur dossier est organisé afin de permettre une communication dans les délais requis. Un livret d'accueil du nouvel arrivant est en place avec la programmation de journées d'accueil pour les nouveaux arrivants. Le Centre Hospitalier Tarbes-Lourdes prône la bientraitance dans les orientations de son projet stratégique 2023-2028 (projet de soins infirmiers) et les conditions d'exercice des pratiques sont réunies pour assurer la bientraitance. L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein. Les professionnels connaissent les conduites à tenir pour signaler les situations de maltraitance avec « une conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance d'un adulte ou d'un mineur ». Concernant l'accessibilité aux locaux des personnes vivant avec un handicap, les accès extérieurs, les circulations, la signalétique ne sont pas adaptés à toutes les formes de handicap. Le projet de construction du nouvel hôpital

Tarbes-Lourdes validé le 24 mars 2022 pour les activités MCO devraient permettre d'améliorer l'accessibilité aux équipements et aux services de soins des patients et de leurs proches. Pour les sites annexes de gériatrie, l'établissement a déposé un dossier d'aide à l'investissement auprès de la Région Occitanie. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables. Une organisation commune entre les deux sites vient d'être finalisée avec une permanence d'accès aux soins (PASS) sur le site de Tarbes et une annexe sur le site de Lourdes. L'accès des patients à leur dossier est organisé afin de permettre une communication dans les délais requis. Les représentants des usagers sont impliqués au sein de l'établissement. Ils ont connaissance des plaintes et des réclamations, des événements indésirables graves, des résultats des questionnaires de satisfaction. Ils participent à certaines instances de l'établissement : Conseil de surveillance, Conseil Qualité et Gestion des Risques, Comité d'éthique ... et sont sollicités pour donner un avis sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (livret d'accueil) et sur les orientations stratégiques de l'établissement. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins 2023-2028 est le fruit d'un travail en commun réalisé par les équipes des deux établissements depuis la fusion. La construction d'un PAQSS institutionnel répond à cette même démarche avec un découpage en pôles d'activité. Le travail engagé depuis janvier 2023 se poursuit. Des référents qualité sont désignés par service. La détermination des objectifs partagés d'amélioration continue de la qualité s'appuie sur une collecte d'informations (RMM, CREX, audits). La Direction, la CME, la CSIRMT sont impliquées dans la politique qualité et gestion des risques et son déploiement sur l'ensemble des sites de l'établissement. Les professionnels participent à des actions dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement. La Direction qualité, gestion des risques et des relations avec les usagers met en avant les actions concrètes engagées au plus près des équipes depuis la fusion pour renforcer l'appropriation d'une culture qualité et sécurité des soins chez les professionnels : lettre qualité, réunions d'encadrement avec systématiquement un point sur la qualité, audits, parcours traceur, ... La Direction des Ressources Humaines, la Directrice des Affaires Médicales, la Coordinatrice Générale des Soins, les cadres de santé au niveau des services, s'assurent de l'adéquation des missions et des compétences des professionnels. Ces dernières sont régulièrement évaluées. Que ce soit pour le personnel médical ou non médical, le Centre Hospitalier développe un plan de formation continue favorisant les promotions professionnelles et l'accès à des diplômes universitaires dans de nombreuses disciplines. Dans le cadre de la fusion des établissements, les maquettes organisationnelles font l'objet d'une refonte service par service. Les compétences et la gestion du temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités sont maîtrisées dans l'ensemble des services. Durant les périodes d'absences des professionnels (arrêts de travail, mobilité, départs), il existe une possibilité de mobiliser un service de suppléance, de recourir aux heures supplémentaires ou plus ponctuellement, à des missions d'intérim, si besoin. L'encadrement bénéficie de formations en management. Ils partagent de façon régulière leur expérience, dans le cadre de réunions mensuelles sur les différents sites. Un séminaire annuel des cadres est également organisé. L'établissement favorise le travail en équipe. Il n'existe pas de programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, comme les programmes d'accréditation en équipes ou PACTE. Par ailleurs, de nombreux staffs et des réunions de services sont recensés. Sur le questionnement éthique, un cadre opérationnel permettant de prendre en compte des problématiques éthiques est en place. Un Comité d'Éthique inter-établissement a été créé avec une fiche de saisine du Comité d'Éthique figurant dans la gestion documentaire. Le Centre Hospitalier développe depuis plusieurs années une politique qualité de vie et conditions de travail (QVCT) sur les sites de Tarbes et de Lourdes et les lignes directrices de gestion sont communes. Un comité de pilotage QVCT est en place. En cas de difficultés interpersonnelles et de conflits, un médiateur a été désigné par l'établissement. Un soutien psychologique peut être apporté aux équipes par l'intermédiaire du service de santé au travail et plus spécifiquement par un psychologue du travail. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Le Centre Hospitalier de Tarbes-Lourdes dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confrontés. Le Centre Hospitalier vient de finaliser son plan blanc qui articule les deux sites de Tarbes et de Lourdes avec une cellule de crise principale à Tarbes et une cellule de

crise secondaire à Lourdes. Des procédures sont en place lorsque l'hôpital doit faire face à un afflux massif de patients aux urgences et à une saturation des places disponibles dans les services. Il répond à la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en conformité au plan ORSAN élaboré par l'ARS. Dans le cadre de cette nouvelle organisation sur deux sites, un exercice a été réalisé et un retour d'expérience en santé (RETEX) a été organisé avec le soutien du CHU de Toulouse. Concernant la maîtrise des risques numériques, une politique de sécurité du système d'information est élaborée pour les deux sites de Tarbes et de Lourdes. Au niveau du GHT, il existe une procédure de veille de la sécurité du système d'information de territoire. Sur le plan opérationnel, les incidents significatifs de sécurité sont déclarés à l'ANSSI. La gestion des mots de passe des personnels fait l'objet d'une procédure avec une mise à jour régulière. Les équipes connaissent la conduite à tenir en cas d'incident informatique, ainsi que la procédure dégradée et l'existence d'un plan de reprise d'activité. Une cellule de crise cyberattaque est en place. Un Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI) est nommé. Des campagnes de « phishing » sont réalisées pour anticiper les risques de cyberattaques. L'établissement mobilise les ressources du Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS e-sante Occitanie) pour préparer les équipes à faire face aux risques croissants de cybersécurité. Ces dernières peuvent s'appuyer par ailleurs, sur une astreinte informatique de 8h00 à 22h00, cinq jours sur sept, associée à une solution technique « Endpoint detection and response (EDR) » permettant de détecter les activités suspectes sur les terminaux. Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité et la sûreté est en place. Un plan d'action pluriannuel 2020-2023 explicite les mesures de sûreté à déployer sur les différents sites. L'établissement est doté d'un système de caméras de surveillance sur certains points particuliers des sites avec des extensions prévues dans les prochaines années. Les accès aux secteurs critiques sont sécurisés (digicodes). Les situations à risque pour les patients (actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides...) sont répertoriées. Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas d'intrusion ; avec des alarmes qui se déclenchent sur les deux sites principaux avec la possibilité de solliciter l'équipe sécurité de l'établissement. Le Centre Hospitalier contribue aux enjeux du développement durable. L'établissement a défini les modalités de pilotage de sa politique en matière de développement durable et un référent a été désigné. Les consommations (énergie et eau) sont connues. L'établissement a réalisé un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable. Il n'y a pas encore de plan d'actions arrêté. Plusieurs filières sont en place pour le traitement des déchets. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement. Les chariots d'urgence font l'objet d'un contrôle régulier dans les services de soins sur l'ensemble des trois sites. Le numéro d'appel pour les urgences vitales est connu dans les services de soins. Le recyclage des professionnels aux gestes et soins d'urgence est suivi en relation avec la Direction des Ressources Humaines et le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU). L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La gouvernance, notamment la CME et la coordination des soins, veillent à l'identification et à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et assurent la transmission de ces recommandations aux équipes. Il ressort toutefois de la plupart des échanges avec les professionnels, l'absence d'évaluation de la pertinence des admissions et des séjours sur la base de quelques indicateurs (exemple : durée moyenne des séjours, taux de transfert à 48h). L'expérience du patient est prise en compte dans le PAQSS. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont diffusés au niveau institutionnel et présentés à la CDU. Les équipes des services ne connaissent pas toujours les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers à mettre en place. La Direction qualité, gestion des risques et des relations avec les usagers, précise qu'elle a déjà pris la mesure de ce constat et ajoute que l'information des professionnels relative à d'éventuelles recommandations et actions d'amélioration fera l'objet d'une action ciblée. Les événements indésirables graves (EIG) sont systématiquement déclarés par les professionnels. Ils sont analysés au niveau de la direction qualité, gestion des risques et des relations avec les usagers en vue de la mise en œuvre d'un plan d'actions en liaison avec les professionnels des services. Ils sont portés à la connaissance des RU. La situation des lits occupés par des patients admis en urgences est régulièrement analysée par le « bed manager » à l'appui d'un recueil journalier des lits disponibles dans l'établissement. Il n'y

pas d'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les spécialités et activités dites « à risque ». La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

- Uniformiser le dossier patient
- Pérenniser la sécurisation des médicaments à risque
- Renforcer l'information des patients et s'assurer de leur compréhension (directives anticipées, présence et rôles des représentants des usagers, déclaration d'un évènement indésirable, ...)
- Permettre au patient de disposer de locaux respectant son intimité et sa dignité et accessibles à toutes les formes de handicap
- Renforcer la démarche qualité : appropriation par les professionnels, association des représentants des usagers, analyse et suivi des résultats cliniques.

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	650783160	CH TARBES LOURDES	BOULEVARD DE LATTRE DE TASSIGNY 65000 Tarbes FRANCE
Établissement géographique	650006638	SSR SITE LABASTIDE CH LOURDES	65107 Lourdes FRANCE
Établissement géographique	650785710	CH TARBES LOURDES LES ACACIAS SITE VIC	ROUTE DE PAU 65500 Vic-En-Bigorre FRANCE
Établissement géographique	650000045	CH TARBES LOURDES SITE LOURDES	2 avenue alexandre marqui Bp 710 65107 Lourdes FRANCE
Établissement géographique	650789761	CTRE PLANIF FAM CH TARBES LOURDES	Centre hospitalier general 2 avenue alexandre marqui 65100 LOURDES FRANCE
Établissement géographique	650786635	USLD CH TARBES LOURDES SITE LOURDES	Bd celestin romain Centre de labastide 65100 Lourdes FRANCE
Établissement principal	650000417	CH TARBES LOURDES GESPE SITE TARBES	Boulevard de lattre de tassigny Bp 1330 65013 Tarbes Cedex 9 FRANCE
Établissement géographique	650780182	CH TARBES LOURDES FOURCADE SITE VIC	65500 Vic-En-Bigorre FRANCE
Établissement géographique	650780141	CH TARBES LOURDES SITE AYGUEROTE	Rue de l'ayguerote 65000 Tarbes FRANCE
Établissement géographique	650785983	CTRE PLANIF FAM CH TARBES LOURDES	Rue de l'ayguerote 65013 Tarbes FRANCE
Établissement géographique	650787211	USLD CH TARBES LOURDES SITE VIC	Route de pau 65500 Vic-En-Bigorre FRANCE
Établissement géographique	650786684	USLD CH TARBES LOURDES SITE TARBES	Rue de l'ayguerote 65000 Tarbes 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	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	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	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
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	5,547
Nombre de passages aux urgences générales	41,909
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	56,112
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	240
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	57
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	26
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	8
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	8
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	2
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	14,699
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	18
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	6
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	29
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	2
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	4
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	83
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	148
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	12
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)	16
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	Patient traceur			
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
3	Traceur ciblé			Endoscopie
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			Circuit du médicament
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé	

			Hospitalisation complète Médecine	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
10	Audit système			
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
13	Audit système			
14	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
15	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
16	Traceur ciblé			Gestion des PSL

17	Traceur ciblé			Circuit du médicament PUI
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
21	Traceur ciblé			Per opératoire et antibioprophylaxie
22	Traceur ciblé			Chimiothérapie
23	Traceur ciblé			Endoscopie
24	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Chirurgie et interventionnel	

25	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
29	Patient traceur			
30	Traceur ciblé			Urgences générales
31	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	

32	Audit système			
33	Audit système			
34	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
35	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
37	Traceur ciblé			Urgences générales
38	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
39	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

40			Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
41	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
42	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
43	Audit système			
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
45	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
46	Traceur ciblé			EI
47	Audit système			
48	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	

49	Audit système			
50	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
51	Traceur ciblé			SMUR
52	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
53	Traceur ciblé			Per opératoire et antibioprophylaxie
54	Audit système			
55	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
56	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
57	Audit système			
	Parcours		Tout l'établissement	

58	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité Chirurgie et interventionnel	
59	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée Médecine	
60	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
61	Audit système			
62	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
63	Traceur ciblé			SAMU / SMUR

64	Audit système			
65	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
66	Traceur ciblé			Chimiothérapie
67	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicable
68	Audit système			
69	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicable
70	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins de longue durée	
71	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
72	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR	

73			Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
74	Traceur ciblé			Gestion des PSL
75	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Médecine	
76	Audit système			
77	Audit système			
78	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
79	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
	Patient		Tout l'établissement	

80	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
81	Audit système			
82	Audit système			
83	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
84	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins critiques Médecine	
85	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	

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

