



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# HOPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE

Boulevard vancauwenberghe  
59123 Zuydcoote



Validé par la HAS en Avril 2024

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Avril 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	21
Annexe 3. Programme de visite	25

# 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 sous conditions de l'établissement.

# Présentation

HOPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE	
Adresse	Boulevard vancauwenberghe 59123 Zuydcoote FRANCE
Département / Région	Nord / Hauts-de-France
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	590784245	HOPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE	Boulevard vancauwenberghe 59123 Zuydcoote 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
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, 100 critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

De nombreux dispositifs permettent au patient d'être informé. Il en témoigne. Des affichages sont présents dans l'ensemble des services. On retrouve ainsi la charte de la personne hospitalisée, la charte de la personne vivant avec un handicap par exemple. Le patient est informé sur l'existence des représentants des usagers, comment les joindre et leurs missions. Cela fait également partie des affiches retrouvées dans tous les services de soins. Pour autant, le patient témoigne plus difficilement sur ce sujet. De nombreux messages d'information sont également affichés en des points stratégiques de rencontre entre patients comme au niveau du distributeur de glace du service locomoteur ou disponibles dans des flyers à disposition des patients. On citera par exemple des informations très variées comme celle sur la vaccination, celle sur l'activité physique, celle sur l'utilisation des vêtements compressifs en service des brûlés/EVC, celle sur l'accompagnement après le décès d'un proche ou encore celle sur la violence intra familiale. L'établissement met à disposition des fiches informatives concernant les droits des patients. Ainsi, il est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et une personne à prévenir et en a compris le sens. Ces informations sont retrouvées dans le dossier du patient. L'établissement met en place des actions afin d'informer les patients de leurs droits à rédiger leurs directives anticipées comme dans le livret d'accueil remis au patient. Cependant, en visite de certification, peu de patient en ont témoigné. Aucun n'avait rédigé ses directives, ne permettant pas de vérifier leur présence dans le dossier patient. A noter que tout patient hospitalisé peut avoir recours à des soins palliatifs même s'il n'est pas pris en charge dans le service ad hoc. Le patient, y compris l'enfant, est ainsi invité à s'impliquer dans sa prise en charge. Il est écouté sur ses préférences et ses choix. Cependant, la traçabilité des informations données au patient n'est pas systématiquement réalisée dans le dossier du patient. Concernant le risque suicidaire, l'usage veut que le patient soit évalué par la psychologue sur demande lorsque des signes laissent à penser qu'il y a un risque en la matière. Cette évaluation n'est donc pas réalisée systématiquement a priori à l'entrée. En cours de visite, le président de CME a informé l'équipe d'experts visiteurs que le risque suicidaire chez l'adulte serait désormais évalué à l'admission par un soignant selon une grille simplifiée avec orientation secondairement vers un psychologue ou le médecin référent. Le patient est invité à s'exprimer. Outre le recueil national de la satisfaction via le dispositif e-Satis, un questionnaire interne de sortie est à sa disposition. D'autres questionnaires à thème comme celui sur la restauration complètent le recueil de l'expression patient. On notera également des initiatives de recueil de l'expérience patient comme celle sur l'hygiène des mains perçue par les patients. Néanmoins la plupart des patients rencontrés ne connaissaient pas les modalités de déclaration des événements indésirables associés aux soins. De nombreuses prises en charge en ambulatoire complètent l'offre de soins d'hospitalisation complète comme sur le pôle d'addictologie ou encore celui des enfants et adolescents. Le patient en connaît les modalités de fonctionnement et de prise en charge. Au moment de la sortie, les professionnels s'assurent de la bonne compréhension du patient sur son traitement. Le patient témoigne du respect qu'on lui porte. Les professionnels sont attentifs et bienveillants. Les locaux sont agréables. Les portes des chambres sont maintenues ouvertes uniquement si le patient le demande. L'information est tracée dans le dossier patient. Les professionnels frappent aux portes avant d'entrer et se présentent. Les soins sont réalisés dans le respect de l'intimité et de la dignité. La sécurité des mineurs est assurée. L'autonomisation des patients est une préoccupation quotidienne dans la perspective de l'après hospitalisation. La confidentialité des informations relatives aux données nominatives est la règle. Ainsi les ordinateurs sur les chariots de soins dans les couloirs sont « claviers rabattus », les dossiers papiers sont rangés dans des placards ou chariots fermés. Autre exemple, en addictologie, dans la salle de soins, il n'est pas possible de voir le nom des patients présents sauf à ouvrir expressément un tableau mural. Cependant, en service de soins palliatifs, les bénévoles de l'association « Aujourd'hui la vie » assistent aux réunions

pluridisciplinaires au cours desquelles sont débattues la prise en charge de tous les patients hospitalisés. Ils prennent ainsi connaissance de l'ensemble des données médicales et soignantes. Non seulement des patients qui les ont sollicités mais peut-être au-delà des confidences qu'ils auraient reçues et des patients qui ne les ont pas sollicités en qualité de bénévole. Ce sujet a été débattu avec l'établissement qui a convenu que cette pratique devait cesser et que s'il fallait transmettre des informations à l'équipe soignante, cela devait se faire dans le cadre d'un dialogue singulier, avec l'accord du patient concerné et dans le respect du secret médical. Pendant la visite de certification, aucun patient n'avait besoin d'une contention mécanique ne permettant pas d'évaluer cet aspect du point de vue d'un patient contentonné. Les équipes de SMR gériatrique et SMR polyvalent par exemple ont néanmoins présenté le protocole sur lequel elles s'appuient pour la surveillance et la réévaluation de l'indication des contentions mécaniques. Les besoins élémentaires sont toujours assurés. Les patients rencontrés témoignent d'une évaluation régulière de la douleur. Cependant, la traçabilité de la réévaluation n'est pas systématiquement retrouvée et les prescriptions d'antalgique en « si besoin » ne sont pas toujours associées à un score lui-même associé à une échelle d'évaluation de la douleur. Lorsque la pathologie et le projet thérapeutique le permettent, les visites sont généralement autorisées de 14H00 à 20H00 ce qui permet aux familles et à l'entourage d'être présents le plus possible. Les services peuvent définir des horaires qui leur sont propres. Les bâtiments sont fermés à 22H00. Si l'état de santé du patient le nécessite et après avis médical, un proche peut être hébergé dans sa chambre. Des espaces pour les familles sont présents leur permettant de se ressourcer et/ou de se restaurer sur place. En service de soins palliatifs, une zone a été aménagée pour divertir les enfants qui accompagneraient des adultes en visite. En situation de précarité, les équipes prennent en charge le patient au-delà de son motif d'admission pour améliorer globalement son état de santé. Par exemple, il peut bénéficier de soins dentaires ou de consultations spécialisées (cardiologie, gastro-entérologie par exemple). Du point de vue du patient rencontré, ses conditions de vie et de lien social sont préservées, ses préférences sont intégrées à son projet de soins et ses habitudes de vie sont recueillies dans le cadre de la préparation de sa sortie. A cet effet, une visite au domicile en amont de la sortie peut être organisée avec l'assistante sociale et/ou l'ergothérapeute par exemple. Pour les enfants, la scolarisation est maintenue pendant l'hospitalisation.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Toutes les admissions sont réfléchies avec les partenaires d'amont pour s'assurer que le service de l'Hôpital Maritime de Zuydcoote constitue la meilleure offre de soins pour le patient. L'outil Via Trajectoire est utilisé permettant de faciliter et fluidifier l'orientation des patients tout au long de leur parcours de soins. Le maintien en hospitalisation (ou des évolutions dans le parcours et ses modalités de prise en charge) est réévalué tout au long du séjour. L'orientation vers une HAD est envisagée comme mode de sortie dès lors que cela est compatible avec la poursuite de la prise en charge. Des liens étroits existent avec la HAD de Flandre Maritime – Mutualité Française. Concernant l'usage des antibiotiques, les prescriptions sont toutes réalisées sur le système d'information de l'établissement. Les médecins ont à leur disposition un guide de prescription d'anti-infectieux : ANTIBIOGILAR qui regroupe les recommandations d'antibiotiques du Centre Hospitalier de Tourcoing. Ils disposent également de préconisations de prescription en première, deuxième et troisième intention selon la pathologie infectieuse. Elles sont embarquées dans le logiciel de prescription. Les prescripteurs peuvent enfin s'appuyer sur les avis spécialisés en infectiologie sur le Centre Hospitalier de Dunkerque ou celui de Tourcoing. Les médecins argumentent leur demande via un formulaire intégré au logiciel de prescription. Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique au fil de l'eau pour toutes les prescriptions, antibiotiques compris. Ils sont délivrés pour la période restant à courir jusqu'à la prochaine dispensation hebdomadaire du service. Les prescripteurs reçoivent une alerte à 48 / 72 heures et tous les sept jours pour les inciter à réévaluer leur prescription. Les pharmaciens réalisent un bilan trimestriel des réévaluations, global et par service transmis aux services et présentés aux instances comme la COMEDIMS qui englobe la commission des anti-infectieux. Des formations à l'utilisation des antibiotiques étaient délivrées aux prescripteurs, notamment par le CEPIAS, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Le dossier patient est majoritairement informatisé dans les services. En addictologie par exemple, il reste en version papier et seules des données souvent d'ordre administratives sont intégrées au dossier patient informatisé. Dans les services, le dossier, qu'il soit numérisé ou pas, n'est pas toujours complet. En effet, certains professionnels n'intègrent pas leurs données et rédigent des notes personnelles, à part, non accessibles aux membres de l'équipe. Ils partagent alors les informations en leur possession et uniquement celles qu'ils jugent utiles, au moment des synthèses collectives. Au sein des services, les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins avec une réévaluation systématique de tous les patients, dans le cadre d'un staff pluri professionnel et dont les conclusions sont tracées dans le dossier du patient. Ces staffs sont organisés, quotidienne ou hebdomadaire, comme celui médico/soignant/administratif afin de statuer collectivement sur l'évolution du projet de soins à proposer. Le médecin s'entretient également avec le patient pour lui expliciter les choix possibles et recueillir ses besoins et ses préférences. La mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée date de quelques mois, en lien avec les objectifs du CAQES. Les critères d'éligibilité ont été définis : patients âgés de plus de 60 ans, patients venant du domicile et patient en dialyse péritonéale. Le process est structuré, formalisé et validé. A noter qu'un pharmacien a été recruté pour la déployer et qu'un logiciel de soins pharmaceutique a été acquis pour produire le bilan médicamenteux pharmaceutique. Compte tenu de la spécialisation et technicité des services, il est extrêmement rare que les patients soient orientés par défaut dans un service qui ne correspond pas à la spécialité dont ils relèvent. Cela peut arriver que des patients qui nécessiteraient des soins palliatifs soient admis en service polyvalent ou gériatrique. Dans ce cas, ce sont les médecins de soins palliatifs qui assurent la prise en charge médicale. Les équipes peuvent s'appuyer sur un réseau d'expert. En interne, sur l'équipe opérationnelle en hygiène par exemple. En externe, sur toutes les spécialités présentes au Centre Hospitalier de Dunkerque, comme en diabétologie ou en cardiologie. Elles travaillent également avec la médecine libérale comme avec les gastro-entérologues ou les dentistes. La

téléconsultation rend service en dermatologie. Pour les enfants, le carnet de santé est complété pendant l'hospitalisation et le passage en service d'adulte, lorsque cela est nécessaire, est organisé. L'équipe de soins palliatifs met également ses compétences et ressources au besoin des autres services. Le courrier de fin d'hospitalisation est produit au moment de la sortie. Un exemplaire est transmis au médecin traitant. Un autre exemplaire, qui peut être adapté, est remis au patient. Au moment de la visite, les pratiques visant à maîtriser le risque d'erreur d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge n'étaient pas harmonisées entre les services. Certains avaient mis en place le port systématique d'un bracelet dès l'admission. D'autres avaient opté pour une photographie du patient à insérer dans le dossier et uniquement si le patient l'acceptait. Aucun autre dispositif de fiabilisation des identifications des patients n'avait été mis en place si ce n'est la déclinaison de leur identité au moment des soins. Il a donc été considéré que l'organisation actuelle ne permettait pas de sécuriser les données de santé de l'ensemble des patients, tout au long de leur prise en charge. L'établissement a compris les enjeux et risques encourus et s'est montré très réactif en imposant, en cours de visite, le port d'un bracelet d'identification pour tout patient hospitalisé. Les équipes maîtrisent en grande partie la mise en application des vigilances sanitaires. Le processus de prise en charge médicamenteuse est maîtrisé. Les médecins prescrivent sur le logiciel dédié et les prescriptions arrivent à la pharmacie à usage intérieur. Elle est ouverte du lundi au vendredi de 8H30 à 12H00 et de 13H00 à 17H06 hors Week-end et jours fériés. Il n'y a pas d'astreinte pharmaceutique mais les services disposent d'une dotation de service dans leur salle de soins et d'une dotation d'établissement pour besoins urgents au niveau des soins de suite polyvalents. Ce local reste sous la responsabilité de la pharmacie à usage intérieur. Il est accessible par digicode et l'armoire renfermant la dotation est fermée à clé. Seul le médecin de garde et les cadres de proximité disposent de la clé et peuvent se dépanner à partir d'une prescription médicale. L'équipe pharmaceutique réalise l'inventaire tous les vendredis, lundis et veilles de jour férié. En dernier recours, l'établissement indique qu'un patient nécessitant un traitement non disponible, serait transféré dans un autre établissement en l'absence de pharmacien. A réception des ordonnances, le pharmacien réalise l'analyse pharmaceutique. Elle n'intègre pas encore les informations du dossier pharmaceutique du patient. Il peut donner des avis pharmaceutiques, pris en compte par les médecins. Les médicaments sont préparés nominativement pour sept jours. Un reconditionnement et sur conditionnement est réalisé maintenant ainsi l'identification du médicament jusqu'à l'administration. Le transport est sécurisé et la chaîne du froid est respectée le cas échéant. La réception est acquittée dans le service de soins. Le stockage des médicaments dans la salle de soins est sécurisé avec plusieurs armoires et coffres sécurisés à disposition. Les médicaments thermosensibles sont stockés dans des enceintes réfrigérées avec contrôle visuel externe de la température et report d'alarme en cas d'écart aux attendus. La gestion des périmés est à la charge du service et l'équipe pharmaceutique réalise des audits de conformité des armoires de stockage. Les piluliers sont préparés dans le service par l'infirmière de nuit au vu de la prescription médicale qui alimente son plan de soins. Les bonnes pratiques d'administration sont respectées. Concernant la particularité des médicaments à risque (requalifiés de médicaments à haut risque dans l'établissement), la maîtrise est complète. Chaque service dispose de la liste, adaptée à ses besoins qui est affichée dans la salle de soins. Les médicaments sont identifiés par un pictogramme distinct jusque dans les piluliers. A noter que le chlorure de potassium hypertonique injectable bénéficie d'un autre pictogramme pour attirer l'attention des équipes. Depuis 2020, des formations externalisées autour de la prévention des erreurs médicaments sont réalisées. Des outils pédagogiques innovants sont utilisés comme l'utilisation d'un casque virtuel. A départ du patient, le courrier de sortie présente un comparatif sur ce qui a été modifié dans le traitement et pourquoi. Les équipes maîtrisent le risque infectieux. L'équipe opérationnelle en hygiène est composée d'un temps de pharmacien et d'une infirmière à temps plein qui sont diplômés. Un réseau de correspondants (infirmier, aide-soignant, agent de service, ergothérapeute et kinésithérapeute) assure le relai sur le terrain. Ils ont suivi la formation : « hygiène des soignants » dispensée par l'équipe d'hygiène et s'engagent pour une période de trois ans minimum au regard d'une fiche de missions. Les équipes témoignent de l'implication de l'équipe d'hygiène sur le terrain. Une formation est mise en œuvre pour tout nouvel arrivant. Des rappels sur les bonnes pratiques sont réalisés au moment des transmissions dans les services. Pour la

promotion de l'hygiène des mains, des quizz sont réalisés et le caisson pédagogique peut être mis à disposition des équipes comme c'est le cas en addictologie qui s'en sert aussi dans le cadre de l'éducation des patients. Un audit intitulé « zéro bijou » a également été mené. L'indicateur national ICSHA est suivi avec une analyse, un rendu trimestriel global et par service et des objectifs de résultat à la clé. Cependant, dans la moitié des observations réalisées, les pré-requis à l'hygiène des mains n'étaient pas respectés. Les médecins ont donné délégation à l'équipe opérationnelle en hygiène pour la prescription des précautions complémentaires (et leur levée). Au-delà de la prescription, l'équipe opérationnelle en hygiène rédige des conduites à tenir dans le dossier patient informatisé à destination de l'équipe. Des chevalets avec les équipements adaptés sont positionnés devant les portes des chambres des patients en précautions complémentaires. Des affiches sont apposées sur la porte indiquant le type de précaution à prendre. Tous les équipements de protection individuelle nécessaires sont disponibles et les équipes respectent leur bon usage. Des ateliers ludiques autour des précautions complémentaires ont été réalisés pour permettre aux équipes de comprendre et retenir les bonnes pratiques en la matière. De nombreux audits sont réalisés comme celui sur la gestion des excréta dans les services qui disposent de lave-bassin, celui sur le bionettoyage, celui sur l'hygiène des mains lors de la pose d'un cathéter veineux périphérique (étude « CleanHand4 »). Des formulaires sont intégrés ou en cours d'intégration dans le logiciel de gestion du dossier patient comme celui sur les cathéters ou les sondes urinaires. Le risque de dépendance iatrogénie médicamenteuse est pris en compte. L'établissement facilite la vaccination antigrippale des agents. Une campagne de communication est réalisée avec affichage à l'appui. Le professionnel qui souhaite se faire vacciner contre le COVID est invité à se tourner vers la ville. Les équipes ne sont pas dans une démarche active d'évaluation de leurs pratiques particulièrement en ce qui concerne les pratiques cliniques. Les équipes rencontrées n'ont pas présenté de démarche d'évaluation des résultats cliniques de leurs patients sur une prise en charge pour laquelle elles auraient identifié un potentiel d'amélioration. Cet élément contribuant à l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins n'a pas été maintenu depuis la dernière visite de certification. Seul le recueil de l'indicateur national sur l'AVC constitue une évaluation en la matière. Les équipes ont témoigné leur volonté de reprendre le sujet. Concernant l'expression du patient, les équipes recueillent analysent et exploitent le recueil de la satisfaction patient. C'est moins le cas avec l'expérience patient qui est encore balbutiante comme pour les plaintes et réclamations qui sont, du point de vue des équipes, inexistantes. A noter que les représentants des usagers sont informés des résultats de l'expression du patient mais ne participent pas à la campagne de recueil. Ils organisent néanmoins des permanences au sein des services de soins afin de recueillir l'expression des usagers. Les équipes améliorent leurs pratiques suite à l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dès lors qu'ils sont suivis par l'équipe qualité. Le dispositif de déclaration des événements indésirables actuel repose sur une déclaration papier, transmise à l'équipe qualité qui l'instruit. L'acculturation de la sécurité des soins par le biais de ces déclarations est inégale d'un service à l'autre. Certains déclarent un peu et d'autres pas du tout indiquant n'avoir aucun événement indésirable. Sept analyses ont été réalisées dans l'année, toutes autour de la prise en charge médicamenteuse. A compter de janvier 2024, le logiciel métier qualité-gestion des risques sera étendu à la gestion des événements indésirables, facilitant les déclarations. La biologie médicale est traitée sur le Centre Hospitalier de Dunkerque. La prestation fournie correspond aux attentes. Les équipes soulignent l'absence d'interfaçage avec le logiciel patient. Les résultats sont néanmoins consultables séparément. La prestation fournie en imagerie médicale correspond également aux attentes. Les délais de rendez-vous sont compatibles avec les besoins des patients.

## Chapitre 3 : L'établissement

L'Hôpital Maritime de Zuydcoote constitue une offre de proximité en soins médicaux et de rééducation (SMR). Il est organisé autour de quatre pôles de soins : SMR rééducation adultes, SMR enfants-Adolescents, SMR addictologie et SMR polyopathie adultes. Au moment de la visite, le service de pneumologie était fermé faute de médecin. La balnéothérapie était également fermée depuis 2019 pour des raisons techniques. L'établissement fait partie du GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois. Le Centre Hospitalier de Dunkerque, établissement support, constitue le principal partenaire de l'Hôpital Maritime de Zuydcoote. Quatre filières prioritaires ont été identifiées en 2022 à l'installation de la commission médicale de groupement et pour lesquelles l'Hôpital Maritime de Zuydcoote s'est associé. Par exemple, un médecin est déjà formé pour réaliser les bilans urodynamiques au niveau du plateau technique du Centre Hospitalier de Dunkerque. Début 2023, d'autres filières ont été identifiées comme la filière de chirurgie vasculaire pour laquelle l'Hôpital Maritime de Zuydcoote s'engage dans la prise en charge des patients amputés. D'autres partenariats sont conclus, comme avec la Polyclinique de Grande Synthe qui accueille les patients pour leur sevrage avant leur prise en charge par le service d'addictologie de l'Hôpital Maritime de Zuydcoote. La filière gériatrique de territoire bénéficie d'une convention constitutive depuis 2009. Elle est labélisée par l'ARS depuis 2023 et une convention a été conclue avec les EHPAD du territoire. L'Hôpital Maritime de Zuydcoote participe aux réunions du comité de filière. L'équipe mobile de gériatrie du Centre Hospitalier de Dunkerque organise des staffs médico-sociaux pour passer en revue les situations sociales complexes. Les assistantes sociales et les cadres de santé des hôpitaux du territoire, les représentants du centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) et ceux des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), le département et les services d'aide à domicile sont invités. L'Hôpital Maritime de Zuydcoote y contribue. Dans le cadre du projet hospitalier du dunkerquois, le Centre Hospitalier de Dunkerque, la Polyclinique de Grande Synthe et l'Hôpital Maritime de Zuydcoote apportent leur complémentarité pour structurer les parcours patients. L'établissement peut bénéficier d'expertises externes comme en infectiologie avec le Centre Hospitalier de Tourcoing. Il travaille en étroite collaboration avec la CPTS Bourbourg Bergues Hondskoote et celle du Littoral en Nord. Ces dernières ont d'ailleurs contribué aux groupes de travail sur l'élaboration du projet d'établissement et se sont présentées en commission médicale d'établissement en septembre 2023. Les médecins partenaires et les usagers peuvent facilement contacter l'établissement et les équipes : accueil standard H24, secrétariat médical, contact direct de médecin à médecin, numéros directs, coordonnées dans le livret d'accueil et courriers de sortie. Du point de vue des professionnels, le dossier médical partagé "Mon Espace Santé" ne fait pas encore l'objet de promotion. En l'absence d'interne et au vu des effectifs médicaux, l'établissement indique ne pas pouvoir s'engager actuellement dans la promotion de la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire. On soulignera néanmoins une réponse à un appel à projet en soins palliatifs. L'établissement s'engage dans le recueil de l'expression du patient : par e-Satis, de nombreuses enquêtes spécifiques comme celles sur la restauration, l'hôtellerie ou encore sur les droits des patients. L'expérience patient sur l'hygiène des mains a été recueillie en 2023. L'expertise patient est en développement et constitue un axe de la politique des droits des patients. Lors de la journée AVC du 19 octobre 2023, un ancien patient a apporté son témoignage à l'auditoire. Un ancien patient brûlé pris en charge à l'Hôpital Maritime de Zuydcoote et membre de l'association des brûlés de France vient régulièrement à la rencontre de patients en cours de prise en charge. La communication centrée sur le patient est acquise. La promotion de la bientraitance fait partie des engagements de la gouvernance avec une traduction concrète sur le terrain. Une charte est affichée dans les services. Une sensibilisation est réalisée lors de la journée mondiale de lutte contre la maltraitance. De nombreuses formations sont proposées comme celle développée par un des représentants des usagers

(formation AAA : Accueil, Accompagnement et Accessibilité). Les recommandations de bonnes pratiques et outils de repérage, signalement et de conduite à tenir en cas de maltraitance sont en place et suivis. Il n'y a pas encore d'évaluation annuelle de l'effectivité du repérage des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients vulnérables avant leur prise en charge par le biais du PMSI. Les locaux sont accessibles aux patients atteint d'un handicap physique. Cependant, l'accessibilité reste à parfaire pour les patients atteint d'un handicap sensoriel ou psychique. L'établissement indique qu'il y a un projet de refonte de la signalétique. L'établissement est organisé pour permettre au patient la consultation de son dossier. En 2022, il y a eu 25 demandes. Les délais sont suivis et un point est réalisé à chaque commission des usagers. Les usagers sont très impliqués dans l'institution. Ils participent à de nombreuses instances et sont proches des patients dans les services, contribuant à l'amélioration de leurs prises en charge ou conditions d'accueil. La présidence de la commission des usagers est portée par un représentant des usagers. Ils ont élaboré un projet des usagers en 2022. La politique qualité sécurité des soins 2022-2025 s'articule autour de quatre thèmes : la culture de la qualité et de la sécurité des soins, les usagers et les aidants co-acteurs de la démarche qualité, la maîtrise des risques et la coordination territoriale. Elle se décline en un plan d'action institutionnel mais les professionnels rencontrés ont peu connaissance des actions planifiées de leur service. La culture de la sécurité est promue par l'établissement. Une première enquête de mesure de la culture de sécurité des soins a été menée en 2023 avec un taux faible de participation. Une analyse a été menée et des axes d'amélioration identifiés. Depuis plus de dix ans, l'établissement participe à la semaine de sécurité des patients. La gouvernance soutient et impulse des projets qualité comme la dispensation nominative, la modernisation du plateau technique ou encore le recours à un organisme de formation proposant des formations de type réalité virtuelle sur le circuit du médicament, le risque infectieux, la bientraitance, l'identitovigilance... Les ressources humaines sont pilotées et assurent l'adéquation entre ressources et activités. L'établissement prend les mesures qui s'imposent lorsque les conditions ne sont plus réunies. C'est ainsi que pour des raisons d'effectif médical, le service de médecine et de réadaptation de gériatrie a été fermé de mi-avril à fin septembre 2023. Pour les mêmes raisons, le service de médecine et de réadaptation polyvalent a fermé quinze lits sur la même période. Le recours à l'interim est à la marge et encadré. Les professionnels sont accompagnés dans leur fonction managériale : formation à la gestion de projet, au management, à la gestion des conflits, formation cadre, accompagnement aux fonctions de présidence et vice-présidence de commission médicale d'établissement. L'établissement promeut globalement le travail en équipe par le biais de temps de partage entre médecins et soignants, de réunions de service, de réunions hebdomadaires de l'encadrement ou encore d'analyses collectives des dysfonctionnements constatés. Pour l'instant, il n'y a pas encore d'engagement dans un programme d'amélioration continue du travail en équipe. Le questionnement éthique est en cours de structuration. Un comité éthique vient de se mettre en place en octobre 2023. Ses missions sont définies. Les situations éthiques aiguës sont débattues dans le service mais il n'a pas encore recensé les sujets éthiques qu'il pourrait rencontrer de manière à y travailler a priori. La formation régulière aux questionnements éthiques est à développer. Un groupe de travail sur la qualité de vie au travail (QVT) est en place depuis 2020 en réponse à une enquête de satisfaction réalisée auprès des personnels. Cette enquête est renouvelée tous les trois ans. Un audit externe a également été réalisé en soins médicaux et de rééducation gériatrique ainsi qu'en soins médicaux et de rééducation polyvalent. De nombreuses actions sont développées en faveur des personnels comme la présence d'une crèche, la possibilité d'avoir accès aux salles de sport avec un professionnel d'activité physique adaptée ou encore la prime de rappel. Un plan d'action relatif à l'égalité professionnelle femme/homme est en cours. De nombreux dispositifs de soutien aux personnels sont déployés avec l'appui de la médecine de santé au travail. Une assistante sociale et une psychologue sont à disposition si besoin. Les professionnels réintégrés disposent d'une fiche dite de tâches pour permettre une meilleure reprise. Une semaine complète QVCT a été organisée en juin 2023 autour d'ateliers et de présentations des mesures et avantages proposées. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles apporte une réponse aux dangers auxquels l'établissement peut être confronté. Il a été actualisé en novembre 2023. La crise sanitaire COVID a donné lieu à un retour d'expérience en interne. Néanmoins, l'établissement

ne procède pas encore à des exercices réguliers de déclenchement quelle que soit la nature de la crise. La prévention des risques numériques se consolide depuis quelques années. Une charte utilisateur a été élaborée. Le DPO et RSSI sont positionnés sur l'ensemble du GHT. En 2022, la politique de mot de passe a été renforcée et des sensibilisations régulières sont faites aux personnels. Un audit a été mené avec l'agence nationale de la sécurité des systèmes d'information et deux exercices de cybersécurité ont été réalisés en 2023 ainsi qu'une campagne de sensibilisation à l'hameçonnage. Le volet numérique intégré au plan blanc est prévu pour 2024. L'accès au site ainsi que les locaux sont sécurisés et les personnels connaissent les règles de sécurisation. Toutes les situations à risque pour les patients ne sont pas systématiquement répertoriées à l'image du risque suicidaire qui ne fait pas partie des évaluations a priori à l'admission. L'établissement s'est engagé à modifier ses pratiques. La maîtrise des risques environnementaux et enjeux du développement durable est en deçà des attendus. Des actions sont menées, notamment autour des déchets, de leur tri et valorisation, autour de la consommation d'eau et d'électricité, autour de l'acquisition de véhicules électriques et hybrides ou encore le remplacement de l'utilisation des produits ménagers au profit de bionettoyeurs vapeur. Un référent développement durable est identifié. Cependant, l'établissement n'a pas encore véritablement structuré sa démarche en termes de diagnostic complet initial, stratégie et plan d'action. De nombreux travaux ont été menés en 2023 pour la prise en charge des urgences vitales. Un document a été créé autour de la prise en charge des urgences en distinguant l'urgence vitale de l'urgence relative. Une affiche en salle de soins rappelle la conduite à tenir. Des équipements sont positionnés aux endroits stratégiques, accessibles et contrôlés (chariot et défibrillateur). Le numéro unique pour contacter une équipe médicale en cas de détresse vitale est le 15. Un renfort médical est sollicité sur place au sein du service ou dans le cadre de l'astreinte ou de la garde (un médecin est de garde H24). Ce dispositif ne fait pas encore l'objet d'exercice de simulation auprès des équipes permettant de s'assurer de l'efficacité de l'organisation définie et des moyens mis en place. Les équipes sont mobilisées dans la maîtrise des bonnes pratiques en ce qui concerne la gestion documentaire. En effet, les recommandations de bonnes pratiques sont accessibles dans le logiciel métier de qualité et de gestion des risques qui vient d'être changé depuis septembre 2023. L'actualisation de la base documentaire est en cours. En revanche, l'établissement n'a pas encore développé de revues de pertinence des admissions et des séjours dans ses services de soins médicaux et de réadaptation afin d'améliorer la prise en charge des patients par le repérage des journées non pertinentes, la recherche des causes et la mise en place de plans d'action. Le point de vue du patient est pris en compte dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins même si les professionnels ne les connaissent pas. L'établissement précise qu'en 2024, la fonctionnalité PAQSS du logiciel métier qualité devrait être déployée. Les indicateurs de qualité et sécurité des soins, notamment nationaux sont recueillis, exploités et communiqués dans les instances ainsi qu'auprès des équipes. Dans les services qui déclarent, les professionnels savent présenter des situations affectant le parcours des patients. Globalement, l'institution se saisit des événements indésirables dont elle a connaissance. Des analyses de causes ont été menées collectivement, assorties d'actions d'amélioration et les représentants des usagers sont informés. La méthodologie employée reste cependant à consolider. Elle ne prend pas en compte la séquence de soins dans sa totalité, les causes immédiates, les barrières de sécurité, celles d'identification de l'erreur ou encore l'expérience patient. Une présentation est réalisée en comité de direction qui se réunit toutes les semaines. Bien que le nombre de déclarations ait progressé passant d'une centaine en 2022 à 170 en 2023 à date de la visite, cela reste très faible au regard du nombre de lits et places et activités différentes. Parmi ces 170 déclarations, moins de 25 concernent des événements indésirables associés aux soins. La direction et la présidence de CME ont conscience de cette faiblesse. Le président de la CME présente désormais un événement à chaque réunion de CME. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :  
Systématiser la réévaluation de la douleur et la corrélation d'un score aux prescriptions médicales en si besoin pour la douleur  
Systématiser la traçabilité des transmissions par les professionnels dans le dossier de soins  
Former les professionnels sur les antibiotiques  
Sécuriser l'identitovigilance des patients  
Sécuriser la confidentialité des informations patient en USP  
Développer la

démarche qualité et de son appropriation par les professionnels Développer le questionnement éthique  
Favoriser l'appropriation de la déclaration des évènements indésirables par les professionnels

# 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	590784245	HOPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE	Boulevard vancauwenberghe 59123 Zuydcoote FRANCE
Établissement principal	590001442	HOPITAL MARITIME DE ZUYDCOOTE	Boulevard vancauwenberghe 59123 Zuydcoote FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	218
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	46
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	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Traceur ciblé			EI ou EIG selon la liste fourni par l'ES
3	Traceur ciblé			PSL
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Traceur ciblé			précautions standards et/ou complémentaires
10	Traceur ciblé			précautions standards et/ou complémentaires
11	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Médecine	

12	traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé			Médicaments à risque et/ou antibiotique injectable
15	Patient traceur			
16	Audit système			
17	Traceur ciblé			SMR > plateau technique > SMR
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

21	Parcours traceur			
22	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Audit système			
25	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Audit système			

28	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Audit système			
30	Traceur ciblé			Médicaments à risque et/ou antibiotique per os
31	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

