



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
D'OLORON SAINTE
MARIE**

1, avenue fleming
64400 OLORON STE MARIE



Validé par la HAS en Décembre 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 – Décembre 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.	14
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	16
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	17
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	18
Chapitre 2 : Les équipes de soins	19
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	22
Objectif 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	23
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	25
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	27
Chapitre 3 : L'établissement	28
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	31
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	32
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	33
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	34
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	35
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	36
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	37
Table des Annexes	38
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	39
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	40
Annexe 3. Programme de visite	44
Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins	53

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

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

en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

| référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	
Adresse	1, avenue fleming 64400 OLORON STE MARIE FRANCE
Département / Région	Pyrénées-Atlantiques / Nouvelle-Aquitaine
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	640780821	CENTRE HOSPITALIER OLORON	1, avenue fleming 64400 OLORON STE MARIE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

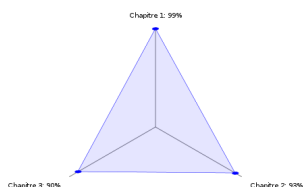
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
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 de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, [118](#) critères lui sont applicables

Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

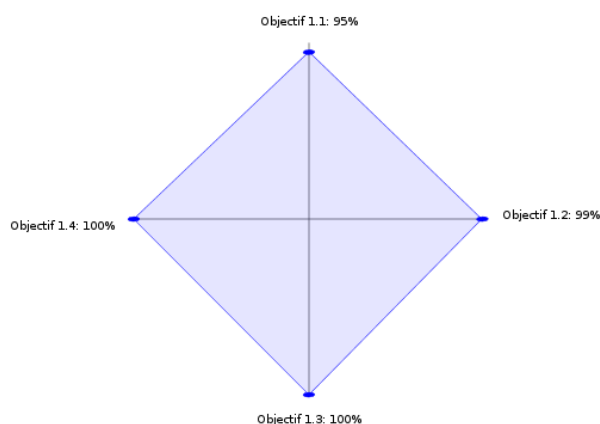
93.89%

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

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	94%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	96%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	100%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	93%
2.4-06	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list.	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	100%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	100%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	90%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	77%
3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	67%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	0%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	50%

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre

99%

du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les soins qui lui sont prodigués, les hypothèses et confirmation diagnostiques et son projet de soins sur lequel il exprime son consentement ; l'évaluation bénéfice/risque est très majoritairement retrouvée dans les dossiers des patients. L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur son projet de soins. On trouve dans l'établissement de nombreux supports d'information sur les messages de santé publique et les patients rencontrés bénéficient de messages spécifiques et adaptés visant à promouvoir sa santé et réduire ses risques. Le patient bénéficie d'actions visant à l'impliquer dans sa prise en charge et à le rendre acteur de sa santé. Le patient peut désigner une personne à prévenir et une personne de confiance de son choix. En prévision de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi post-opératoires ou post-thérapeutiques pour sa prise en charge. Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes appropriées. Il est également informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés. En ambulatoire, le patient reçoit toutes les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge. Le patient est informé dans la plupart des cas sur son droit à rédiger les directives anticipées. Le patient a la possibilité en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs ; la personne de confiance lorsqu'elle est désignée est systématiquement sollicitée. La grande majorité des patients est informé sur les représentants des usagers et associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile. Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction ; la majorité des patients sont informés des modalités pour soumettre une réclamation ; néanmoins aucun ne savait comment déclarer un évènement indésirable associé aux soins. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge ; néanmoins, les patients ne savent pas tous que l'équipe de soins alimente leur dossier médical Mon espace santé, qu'ils peuvent s'y opposer et qu'ils ne doivent pas communiquer via une messagerie non sécurisée. Le patient bénéficie du respect

de son intimité et de sa dignité. : conditions d'accueil et d'hébergement, pratiques respectueuses envers tout type de patientèle (patient vulnérable, non communicant, ou vivant avec un handicap). Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté (urgences, bloc, SSPI, chirurgie ambulatoire) ; cela se traduit notamment par une communication et une pratique adaptées des soignants tous formés (formation des professionnels à la prise en charge des mineurs des IADE, des IDE et AS et des brancardiers), des circuits et modalités d'hébergement spécifiques. Une réflexion est en cours pour améliorer la localisation des chambres en hospitalisation complète de chirurgie pour les très rares cas de prise en charge de mineurs. Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de sa prise en charge. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale et fait l'objet d'une surveillance et d'une réévaluation très régulière tracée dans le dossier du patient. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires même en situation de tensions d'activité. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur, dès l'entrée dans l'établissement ; les prescriptions et réévaluations régulières se retrouvent systématiquement dans le dossier du patient. Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et les aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins ; une attention particulière est accordée aux familles en USLD. La présence, voire l'hébergement le cas échéant, des proches et aidants est facilitée en dehors des heures de visite lorsque la situation le nécessite (exemples : aux urgences, en USC, en HDJ de médecine ou en soins palliatifs). Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates (PASS et service social très actifs) ; le patient vivant avec un handicap- ou ses proches et aidants- exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins. Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation et éducatives adaptées à sa situation. En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie ; par exemple, en SMR et en USLD, l'ergothérapeute et l'APA sont impliqués dans l'évaluation des conditions environnementales et physiques des patients au décours de leur hospitalisation ou pour préparer le retour à domicile.

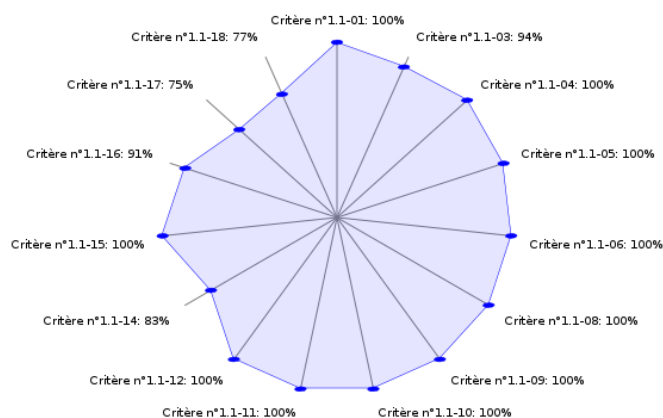
Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

aucune observation

Réponse de la HAS

Accepter

Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.

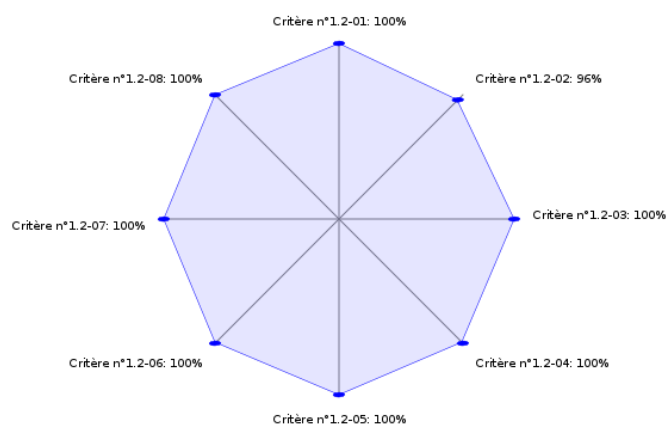


Score de l'objectif
95%

Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	100%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	94%
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	100%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.1-10	Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	100%
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés	100%
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	100%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	83%
1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	100%
1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	91%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	75%

1.1-18	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge	77%
--------	---	-----

Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de
l'objectif
99%

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	96%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	100%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	100%
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Critère n°1.3-01: 100%



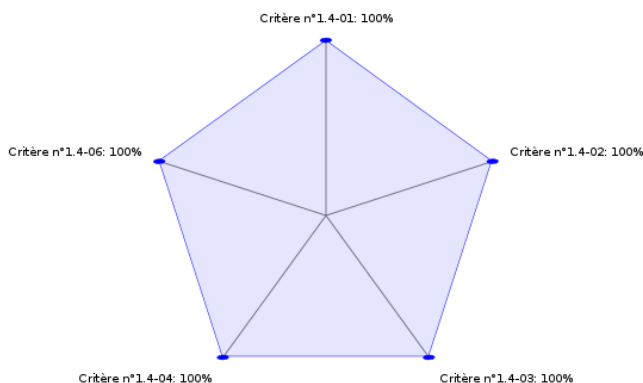
Critère n°1.3-03: 100%

Score de l'objectif

100%

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	100%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	100%

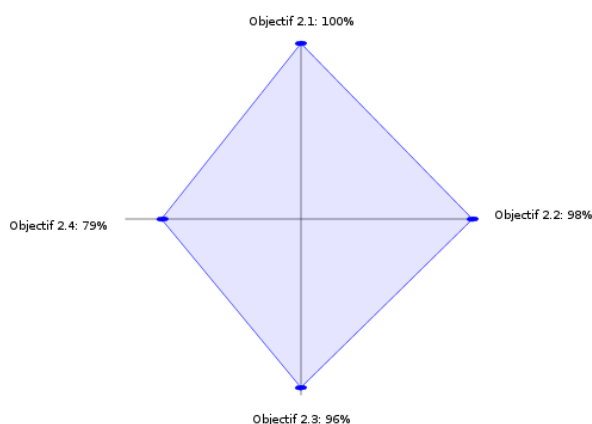
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge



Score de l'objectif
100%

Critères		
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-03	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	100%
1.4-04	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre

93%

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	79%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe (staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires dans tous les services, participation aux RCP oncologie des spécialistes). La pertinence des parcours depuis les urgences et l'USC font l'objet d'une concertation avec les services d'aval. L'orientation du patient au décours de la prise en charge par le SMUR est argumentée. La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée, réévaluée entre la 24ème et la 72ème heure et tracée dans le dossier du patient. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est argumentée et le taux de destruction des poches suivi. Le dossier médical préhospitalier du SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient ; une analyse régulière des dossiers est réalisée et donne lieu à des actions d'amélioration. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge (IAO formés, poursuite de la prise en charge médicale par le médecin du SMUR, spécialistes rapidement disponibles, etc). Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information leur permettant de tracer toutes les informations utiles ; cependant l'ergonomie du système d'information ne permet pas à tous les professionnels un accès simultané facile à l'ensemble du dossier patient (dossier préhospitalier papier, appels contextuels, etc). Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins (nombreux staffs pluridisciplinaires dans tous les services, projet de soins prenant en compte les besoins et préférences du patient, dispositif PRADO en orthopédie, RCP avec le CH de Pau). La conciliation des traitements médicamenteux a débuté avec une population cible (court séjour gériatrique). Les équipes se coordonnent dans le cas rare où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'expertise ou de recours, soit avec le CH de Pau, soit avec le CHU de Bordeaux soit en interne avec les équipes mobiles (EMG, EMSP, référent antibiothérapie). Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent (commission de programmation élargie aux cadres de santé de chirurgie) et tiennent compte de la

priorisation des urgences (présence régulière des spécialistes chirurgicaux aux urgences). Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient ; les équipes de chirurgie et anesthésie analysent les écarts de programmation sauf en chirurgie ambulatoire. Au bloc et en endoscopie, la check List « sécurité du patient » est utilisée globalement de manière efficace. Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical Mon espace santé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie. Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin ; néanmoins elle n'est pas toujours remise avec les explications nécessaires et pas toujours avec le jour de la sortie. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescriptions et de dispensation des médicaments (formation des nouveaux praticiens par exemple); néanmoins l'analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique du patient. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque (circuit et stockage identifiés, listes adaptées aux services, formation des professionnels). L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques (localisation aisée des lieux de dotations des médicaments en cas de dépannage, détermination d'un stock minimum par médicament déclenchant la commande, etc). Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie ; le bilan thérapeutique est retrouvé majoritairement. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle ; pour autant tous les professionnels ne connaissent pas les protocoles relatifs aux complications éventuelles. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard dont l'hygiène des mains (nombreux audits réalisés) et complémentaires (prescriptions complètes des précautions complémentaires). Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs (protocoles actualisés, audits réguliers). Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables ainsi qu'à la pose des dispositifs invasifs. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires. Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène ; la plupart des patients ou de leur proche sont informés de ce risque. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé (promotion des vaccinations recommandées, facilité de vaccination) ; les taux de couverture vaccinale des professionnels de chaque unité ne sont pas diffusés à l'encadrement. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est valisée par le score de Chung. Le transport des patients en intra hospitalier est maîtrisé. Certaines équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques, sont en capacité de présenter une démarche d'évaluation sur un échantillon de patients et de mettre en place un plan d'actions. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction du patient, pas toutes sur l'expérience du patient ; par ailleurs les représentants des usagers sont informés des résultats des campagnes de recueil de la satisfaction du patient mais ne participent pas à la campagne. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs, notamment les indicateurs qualité et sécurité des soins. Elles améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins (augmentation du nombre de déclarations et du nombre d'analyses approfondies, y compris des presque-accidents); néanmoins seuls deux médecins sont accrédités et certains ne connaissent pas le dispositif d'accréditation malgré l'information donnée notamment en CME. Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients (suivi d'indicateurs, registre de refus d'admission, etc) ; pour autant elles ne suivent pas les taux de ré hospitalisation à 48/72 heures. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats de biologie médicale et anatomopathologie sont mises en œuvre. Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check List (résultats partagés en conseil de bloc, suivi des GO/NO GO, actions de correction en cours). Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en œuvre ; cependant la diversité des structures d'imagerie auxquelles l'établissement fait appel ainsi que

l'organisation du service d'imagerie rendent difficile le respect des délais de rendez-vous, de réalisation des examens en lien avec les objectifs de l'établissement (consultants externes versus hospitalisés, envoi des comptes-rendus aux prescripteurs); par ailleurs les imageurs participent peu aux RCP. Les informations sur le don d'organes sont disponibles ; les équipes de soins critiques savent contacter les coordinations de prélèvement mais tous les patients déclarés en mort encéphalique ne font pas l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organes.

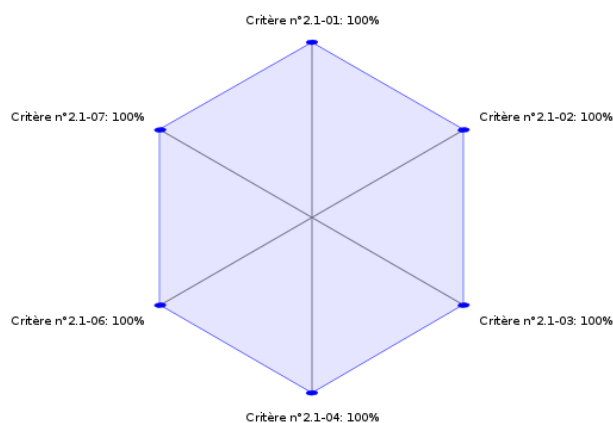
Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

aucune observation

Réponse de la HAS

Accepter

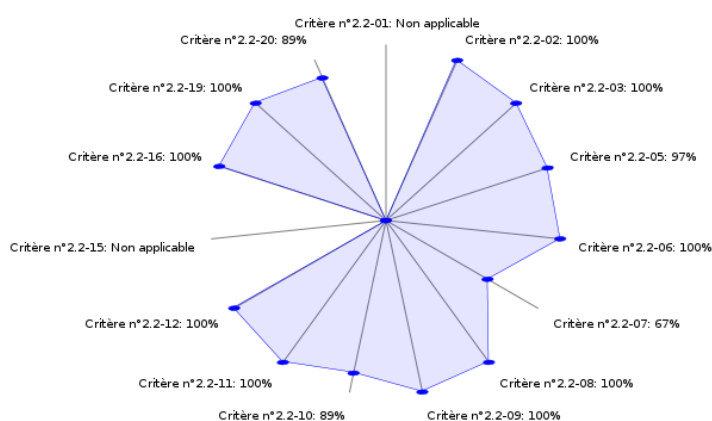
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de l'objectif
100%

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-02	La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval	100%
2.1-03	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	100%
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles (PSL) est argumentée	100%

Objectif 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

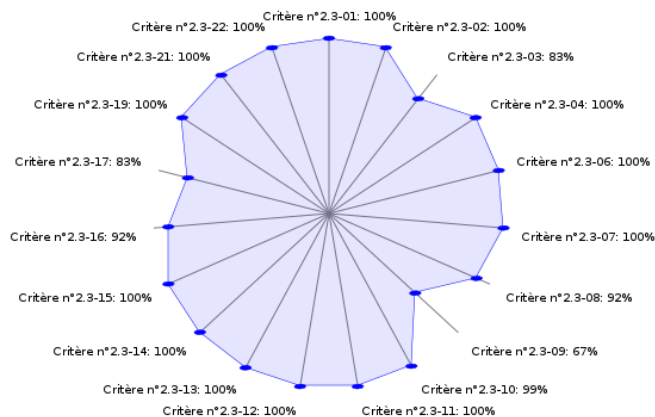


Score de l'objectif
98%

Critères		
2.2-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	Non Applicable
2.2-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.2-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	100%
2.2-05	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté.	97%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	67%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	100%
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	100%
2.2-10	Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	89%
2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	100%
	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est	

2.2-12	utilisée de manière efficace	100%
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	Non Applicable
2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical de Mon espace santé (DMP), sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	100%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	100%
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin	89%

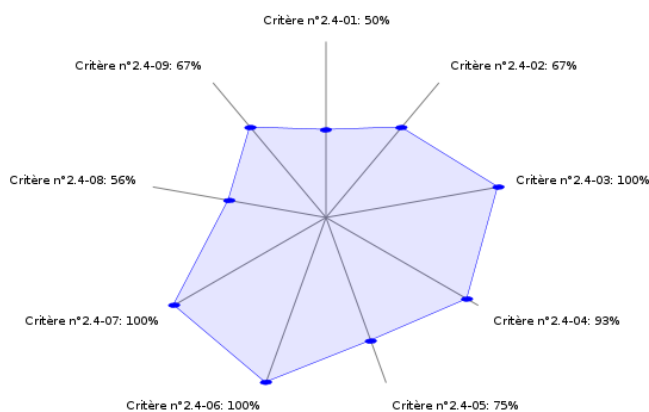
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	100%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	83%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	100%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	100%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	92%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	67%
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	99%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs	100%
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	100%
	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les	

2.3-15	bonnes pratiques per-opératoires	100%
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	92%
2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	83%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	100%
2.3-21	L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	100%
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	100%

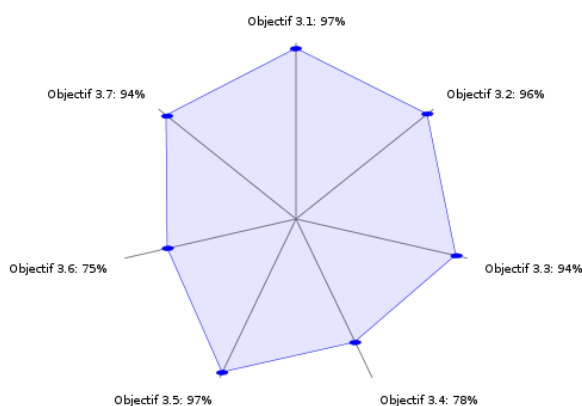
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle



Score de l'objectif
79%

Critères		
2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques.	50%
2.4-02	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients.	67%
2.4-03	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins.	100%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	93%
2.4-05	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	75%
2.4-06	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list.	100%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	100%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	56%
2.4-09	Les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	67%

Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre
90%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	97%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	97%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	75%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours au sein du GHT et au sein de la direction commune avec le centre hospitalier de Pau (détermination et cartographie de nombreux parcours). Il a établi également des partenariats soutenus avec l'H.A.D., la médecine de ville, la CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), les maisons de santé pluriprofessionnelles et les établissements médico-sociaux nombreux sur son territoire. Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide soit avec le CH de Pau soit avec le CHU de Bordeaux (UNV, ISIC, coronarographie, réanimation, etc). L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences (filière gériatrique directe pour certains patients, intervention de l'équipe mobile de gériatrie hors de l'hôpital, hotline gériatrique). Les modalités de communication permettent aux usagers et aux professionnels de ville de contacter aisément l'établissement ; pour autant tous les professionnels ne connaissent pas les types de documents du dossier patient reversé au DMP. L'établissement promeut la recherche clinique en lien avec ses partenaires (CHU de Bordeaux et CH de Pau notamment) ; une IDE de parcours participe à la recherche clinique notamment en cardiologie. L'établissement promeut différentes formes de recueil de l'expression du patient : e-satis, questionnaires de satisfaction papier, PREMS. Les professionnels connaissent le plus souvent les résultats des enquêtes de satisfaction ; l'établissement n'a pas pour le moment mis en place de questionnaires type PROMS. L'établissement a une communication centrée sur le patient (nombreuses formations à la communication non violente, à l'hypnose relationnelle, etc). L'établissement veille à la bienveillance (forte

mobilisation des professionnels et nombreuses formations sur cette thématique, groupe de travail permanent, charte, audits croisés), participe au repérage et à la prise en charge des situations de maltraitance subies par les patients (protocole d'aide au repérage, cahier de déclaration aux urgences, présence de l'unité médico-judiciaire un jour par semaine) et lutte contre la maltraitance en son sein. L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables (PASS, service social actif). L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier (suivi des délais de remise, information de la CDU) ; cependant l'établissement n'informe pas les patients qu'ils peuvent s'opposer à l'alimentation de son DMP. L'établissement favorise l'accès aux innovations pour les patients (inclusion dans des essais cliniques en oncologie). L'établissement implique les représentants des usagers et les associations de patients en son sein, dans les instances et dans la vie institutionnelle : CDU active, présence des représentants des usagers dans les services et auprès des patients, participation aux sous-commissions de la CME, aux groupes de travail tel que celui sur la bientraitance et au comité d'éthique projet des usagers adossé au projet d'établissement. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins : implication des instances, PAQSS décliné dans les services et connus des professionnels. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins et s'engage dans des actions du programme qualité/sécurité ; pour autant la culture sécurité des soins n'a pas été évaluée (en projet pour 2024-2025). La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge (mise en œuvre de règles connues et appliquées pour sécuriser les prises en charge lors de manque de ressources humaines, remplaçants disposant de supports d'information). Les responsables d'équipe bénéficient de formations en management. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe ; cependant les professionnels sont peu sensibilisés au travail en équipe sous forme de mise en situation ou de CMR santé par exemple ; certains services ont entrepris un travail sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux (médecine polyvalente, court séjour gériatrique en cours). Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées ; cependant il n'y a pas de programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences. L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs (comité d'éthique, intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs, recours à l'espace éthique régional) ; la plupart des professionnels savent identifier les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés. La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail basée sur une enquête réalisée en 2022 (plan d'actions en lien avec les instances représentatives du personnel, travail sur l'accueil des professionnels, dispositifs de soutien à la recherche de solutions d'amélioration de l'organisation du travail). Elle met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits (accompagnement par un psychologue possible, recours à la médiation). La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (plan blanc à jour, cellule de crise opérationnelle, équipements et matériels disponibles, connaissance des professionnels des modalités de l'alerte) ; cependant il n'y a pas d'exercice ou entraînement réalisés au moins une fois par an (exercices prévus le 30 septembre 2024 et début novembre 2024). La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée (plan de sécurisation actualisé avec la convention santé/police/justice) ; une majorité de patients connaissent les règles de sécurité établies et les solutions de sécurisation de leurs objets personnels. Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés (diagnostics énergétiques, travail sur les déchets notamment les DASRI, groupe de travail développement durable, plan d'actions avec l'ANAP, politique responsabilité sociétale des entreprises et référent RSE). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (numéro d'appel unique, matériels vérifiés et faciles d'accès, RETEX systématique) ; les formations AFGSU et les exercices de simulation se poursuivent ; il n'a pas eu pour le moment d'évaluation de l'ensemble du dispositif. La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques (implication des instances, gestion documentaire active). L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité ; cependant les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience des patients ne sont pas toujours connues des professionnels, de même que les recommandations et avis émis par la CDU. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins (connaissance des professionnels des IQSS et suivi dans les services). De même il analyse, exploite et communique la survenue

d'évènements indésirables liées aux soins (nombre de fiches de déclaration en augmentation, de même que les analyses approfondies y compris des presque accidents). L'établissement améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours de qualité et sécurisé. 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 : Finaliser la sécurisation transfusionnelle (connaissance de tous les professionnels des protocoles relatifs aux complications éventuelles). Finaliser la sécurisation de l'urgence vitale (poursuite des formations et des exercices de mise en situation, évaluation du dispositif). Développer l'évaluation des pratiques (résultats cliniques, écarts de programmations en chirurgie ambulatoire et expérience patient).

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Concernant les SSE :

Nous souhaitons vous informer que, comme indiqué lors de la visite, nous avons bien réalisé l'exercice de gestion de crise (AMAVI) programmé le 30/09 avec la nouvelle direction.

Nous avons également fait un exercice de gestion de crise (cyber attaque) le 18/09 avec la société ADVENS.

Un autre exercice grande ampleur (AMAVI) est également programmé début novembre avec rappel des professionnels, fausses victimes, implication du SDIS et du responsable du CESU 64B.

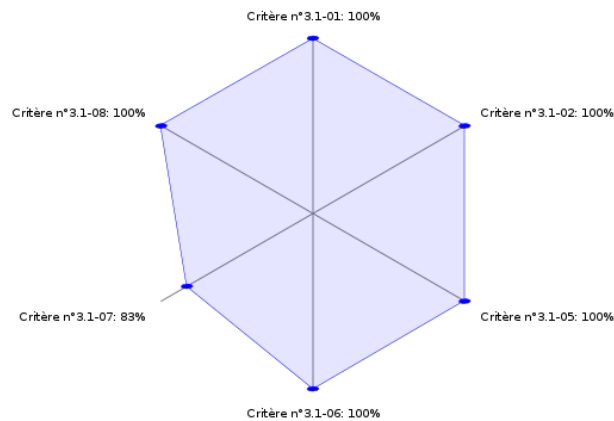
Je transmets les 2 rapports d'exercice, par mail à notre chef de projet Mme BOURGNEUF.

Bien cordialement

Réponse de la HAS

Accepter

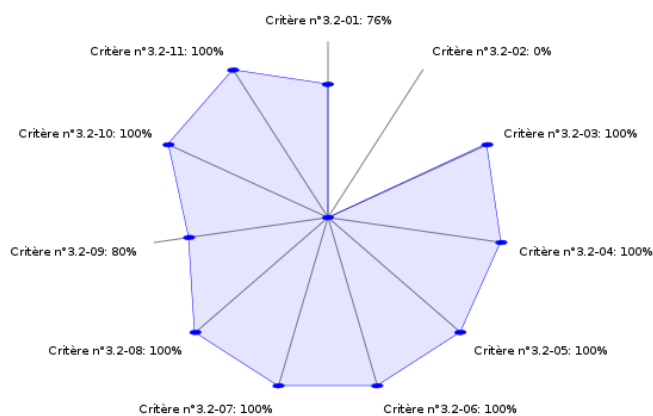
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire



Score de l'objectif
97%

Critères		
3.1-01	L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours	100%
3.1-05	Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	100%
3.1-06	L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	100%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	83%
3.1-08	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%

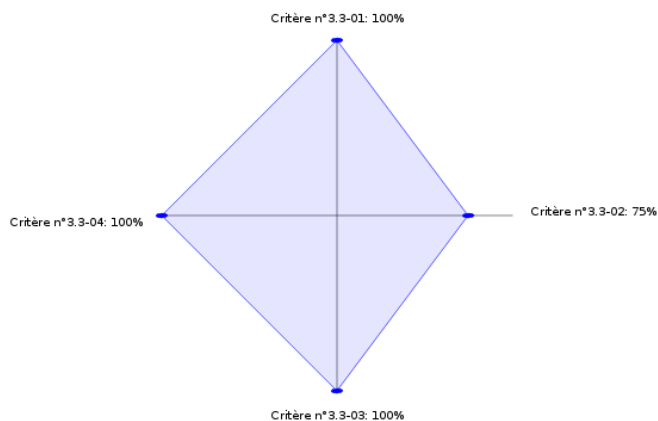
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement



Score de l'objectif
96%

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	76%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	0%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	100%
3.2-04	L'établissement veille à la bienveillance	100%
3.2-05	L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	100%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	100%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
3.2-09	L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	80%
3.2-10	L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients	100%
3.2-11	L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	100%

Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership

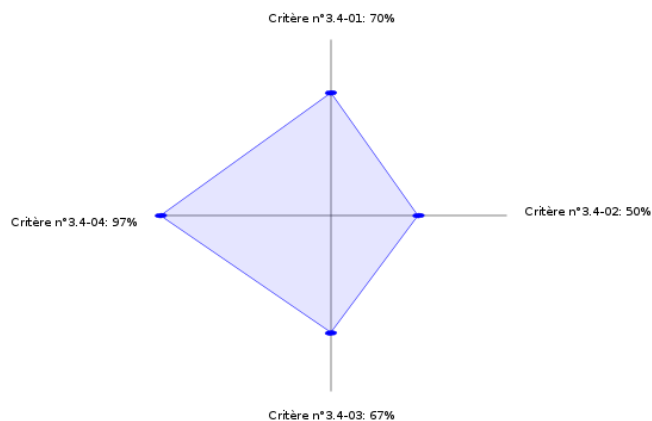


Score de l'objectif

94%

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	100%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	75%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	100%

Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de l'objectif
78%

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	70%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	67%
3.4-04	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	97%

Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère n°3.5-01: 100%



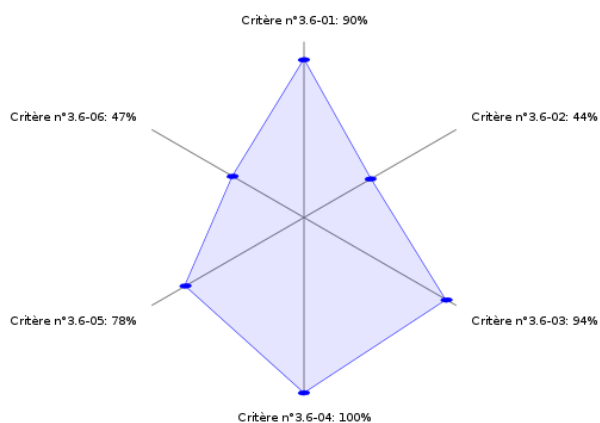
Critère n°3.5-02: 94%

Score de l'objectif

97%

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
3.5-02	La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits	94%

Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté

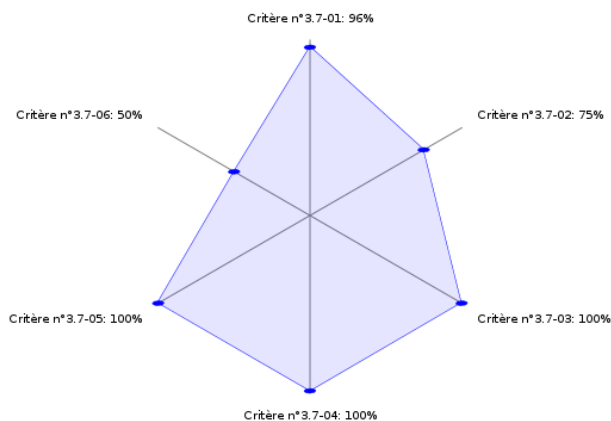


Score de l'objectif

75%

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	90%
3.6-02	Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	44%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	94%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	78%
3.6-06	L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée.	47%

Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



Score de l'objectif

94%

Critères		
3.7-01	La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques	96%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	75%
3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	100%
3.7-04	L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liées aux soins.	100%
3.7-05	L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité	100%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	50%

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 4. Fiches Anomalies
- Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	640780821	CENTRE HOSPITALIER OLORON	1, avenue fleming 64400 OLRON STE MARIE FRANCE
Établissement principal	640000410	CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	1, avenue fleming 64400 OLRON STE MARIE FRANCE
Établissement géographique	640792016	SERVICE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER D'OLORON.	Av dr fleming Centre hospitalier 64400 Oloron-Sainte-Marie

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	Oui
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)	Oui
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	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	Oui
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	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	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	14,822
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	63
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	26

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	6
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	10
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	936
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	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	6
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	2
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	17
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	50
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)	4
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	Parcours traceur		Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Dynamique d'amélioration		
4	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Soins critiques Hospitalisation complète	

7			Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement	
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
9	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR - Urgences
10	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os
12	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
14	Audit système	Représentants des usagers		
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)

		aux soins		
16	Audit système	Engagement patient		
17	Audit système	Coordination territoriale		
18	Audit système	QVT & Travail en équipe		
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport interne assis ou couché
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Audit système	Maitrise des risques		
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
26	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation	

27			Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
28	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
29	Audit système			
30	Traceur ciblé			Prescription PSL
31	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
32	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
33	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Traceur			El critique

34	ciblé			
35	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
36	Patient traceur		<p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
37	Traceur ciblé			Prescription PSL
38	Parcours traceur		<p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
39	Patient traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
40	Patient traceur		<p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Audit système			
44	Traceur ciblé			SMUR
45	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
46	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
47	Audit système			
48	Audit système			
49	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable + un antibiotique
50	Audit système			

51	Audit système			
52	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
53	Audit système			
54	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
55	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un médicament à risque et un antibiotique per os ou injectable
56	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
57	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
58	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
59	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os + un antibiotique
60	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

61	Audit système			
62	Audit système			
63	Audit système			
64	Audit système			
65	Audit système			
66	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
67	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
68	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
69	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
70	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
71	Audit système			

72	Audit système			
73	Audit système			
74	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
75	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
76	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	

Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=100 Intervalle de confiance=100-100 Evolution=NA)

Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=1 Intervalle de confiance=0-7 Evolution=NA)

Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=99 Intervalle de confiance=93-99 Evolution=NA)

Évaluation du patient pour la sortie de la structure (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=94 Intervalle de confiance=86-98 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=82 Intervalle de confiance=77-86 Evolution=NA)

Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=98 Intervalle de confiance=91-99 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=40 Intervalle de confiance=31-49 Evolution=NA)

Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA_SMR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=98 Intervalle de confiance=91-99 Evolution=NA)

Projet de soins, projet de vie en SMR (DPA_SMR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=84 Intervalle de confiance=82-86 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA_SMR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=56 Intervalle de confiance=47-65 Evolution=NA)

Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=76.17 (N=46) Evolution=NC)

Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=76.49 (N=47))

e-Satis48h : score brut de la dimension accueil (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=74.56 (N=47))

e-Satis48h : score brut de la dimension chambre (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=65.56 (N=47))

e-Satis48h : score brut de la dimension chambre et repas (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=64.45 (N=47))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=87.02 (N=47))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge infirmière/aide-soignant (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=86.18 (N=47))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge médecin/chirurgien (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=87.91 (N=47))

e-Satis48h : score brut de la dimension repas (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=61.96 (N=46))

e-Satis48h : score brut de la dimension sortie (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=69.49 (N=47))

Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=82.6 (N=139) Evolution=NA)

Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=81.83 (N=148))

e-SatisCA : score brut de la dimension accueil du patient (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=84.08 (N=148))

e-SatisCA : score brut de la dimension organisation avant l'hospitalisation (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=85.14 (N=148))

e-SatisCA : score brut de la dimension chambre et collation (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=71.96 (N=148))

e-SatisCA : score brut de la dimension organisation de la sortie et retour à domicile (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=79.32 (N=148))

e-SatisCA : score brut de la dimension prise en charge du patient (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=86.19 (N=148))

Ratio standardisé du nombre de TVP et/ou d'EP* observé sur attendu après une pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors fracture) ou de genou (PTG).*TVP: thrombose veineuse profonde- EP: embolie pulmonaire (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	0 (N=131 Résultat non statistiquement différent de la référence)

Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTG (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	0‰ (N_ptg=77)

Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTH (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	0‰ (N_pth=54)

Consommation de produits hydro-alcooliques version 3 (Bilan_IAS)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON SAINTE MARIE	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=52)

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

