



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOPITAL EUROPEEN / SAS EUROMED CARDIO

6 rue desirée clary
13331 MARSEILLE 03



Validé par la HAS en Mars 2023

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 – Mars 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	27
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	28
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	29
Annexe 3. Programme de visite	33

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

HOPITAL EUROPEEN / SAS EUROMED CARDIO	
Adresse	6 rue desiree clary 13331 MARSEILLE 03 FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	130002157	INFIRMERIE PROTESTANTE DE MARSEILLE HOPITAL AMBROISE PARE	6, rue désirée clary 13003 MARSEILLE 03 Cedex 6 FRANCE
Établissement juridique	130041262	EUROMED CARDIO	6 rue désirée clary 13003 MARSEILLE 03 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

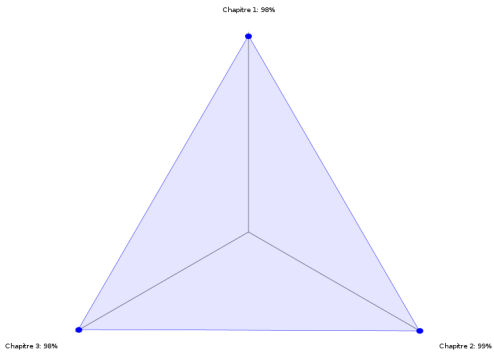
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Soins critiques
Tout l'établissement
Urgences

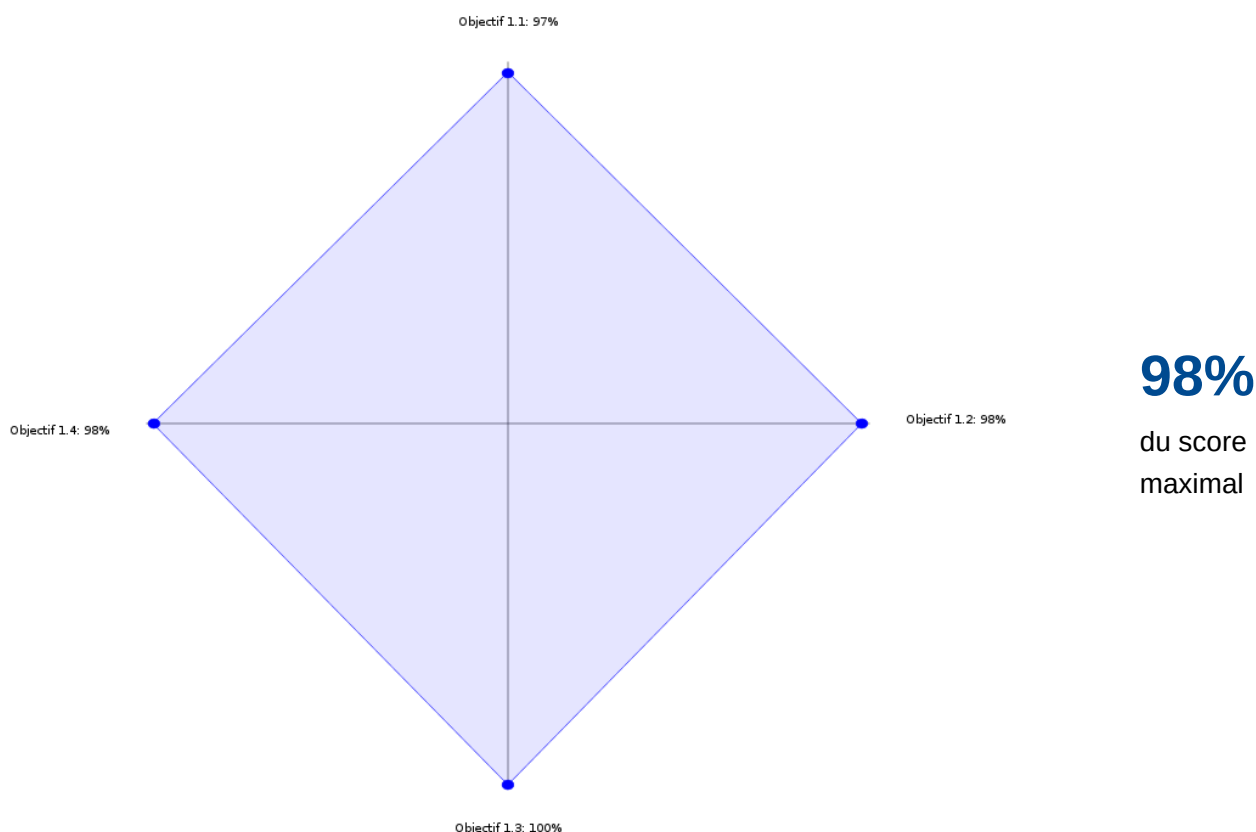
Au regard du profil de l'établissement,[112](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



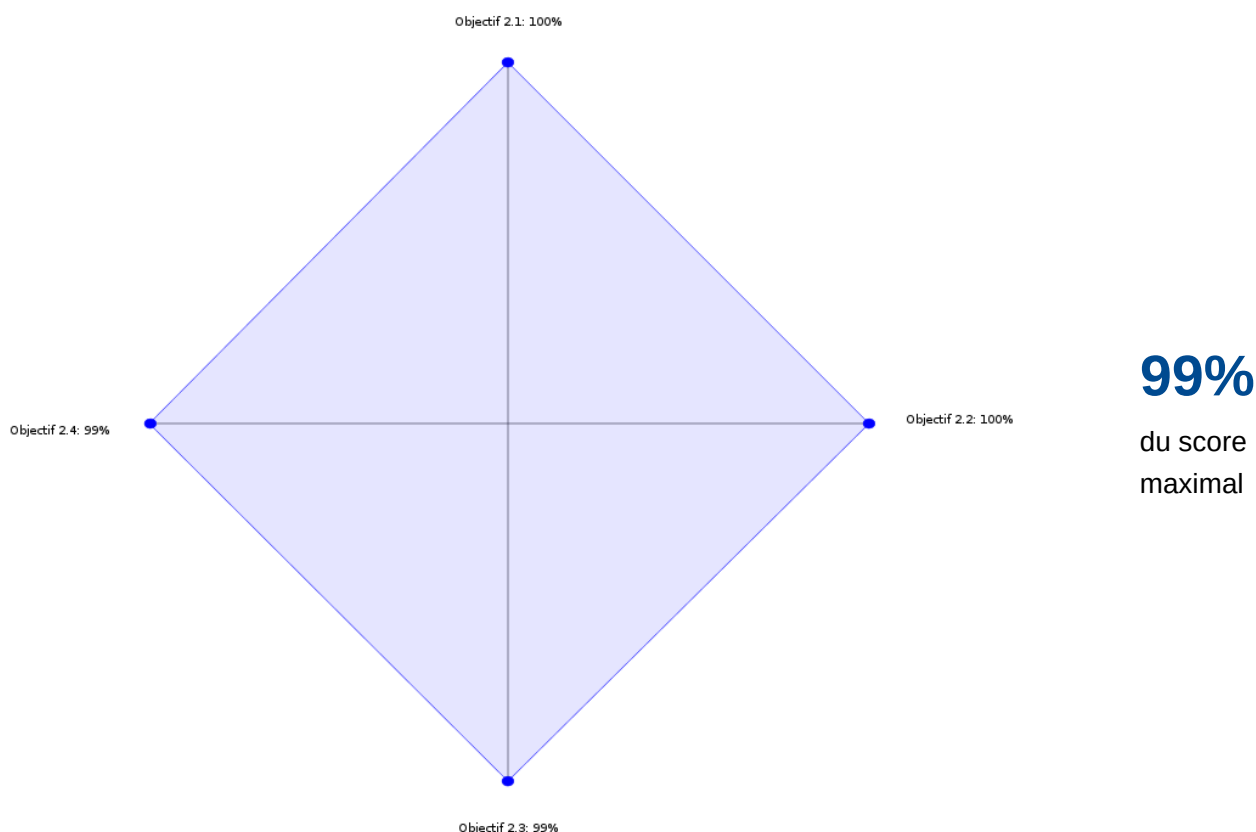
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	98%

Le patient et/ou son entourage bénéficie des informations nécessaires et adaptées à sa compréhension ce qui facilite son implication et/ou celle de ses proches. Pour les situations complexes, (notamment les personnes âgées, vulnérables, les mineurs, intégrées au programme récupération améliorée après chirurgie, en situation de précarité) le patient bénéficie, après les consultations médicales déterminant l'hospitalisation, d'une consultation infirmière « de parcours ». Cette consultation lui donne informations pertinentes, facilite son séjour hospitalier et le retour à domicile. Lors de l'accueil infirmier, le patient bénéficie, si besoin, de compléments d'information. Le recueil de son consentement libre et éclairé est systématique et tracé. Le patient bénéficie d'une aide au recueil des directives anticipées ; en plus de l'aide des personnels du secteur d'hébergement, il peut solliciter l'intervention d'un des référents, d'une juriste, d'une psychologue, d'un professionnel de l'équipe

mobile de soins palliatifs selon le cas, à cet effet. Il peut solliciter de l'aide en dehors de son séjour (messaging spécifique). En secteur de soins critiques le patient est interrogé dès que possible pour exprimer son consentement aux soins d'urgence. Les dispositions exprimées sont tracées (fiche de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives). Le patient peut solliciter les professionnels de l'équipe mobile de soins palliatifs qui interviennent tant auprès des professionnels que des patients pour accompagner une situation de fin de vie. Des indicateurs suivent l'évolution du recueil des directives anticipées au sein de l'établissement. Le patient est informé des dispositifs médicaux implantés au cours du séjour, son consentement est recueilli avant l'administration de produits sanguins labiles ou de médicaments dérivés du sang. Il dispose de nombreux documents élaborés avec l'appui des représentants des usagers complétant son information notamment pour ce qui concerne les actions de prévention en santé. Plusieurs associations d'usagers interviennent régulièrement. Le patient qui le nécessite est orienté vers une activité d'éducation thérapeutique (ETP) soit au sein de l'établissement (4 programmes labellisés) ou au sein d'une autre structure disposant d'un programme adapté à ses besoins. Le patient rencontre des patients experts qui participent aux séances. Malgré l'implication forte des représentants d'usagers et les informations disponibles (affichage dans les services, livret d'accueil dont le taux de remise est de 86% en 2021, journées d'informations, site internet, réseaux sociaux) la plupart des patients rencontrés méconnaissaient le rôle des représentants d'usagers (RU) ainsi que les dispositions relatives à la déclaration d'un événement indésirable grave ou d'une plainte. La satisfaction des patients et son expérience sont mesurés au travers de l'analyse des questionnaires de sortie, d'enquêtes de satisfaction spécifiques aux services d'urgence, d'imagerie, d'oncologie, dans le service post réanimation, de consultations externes, enquêtes diététiques trimestrielles, des enquêtes E-Satis. Un des quatre représentants d'utilisateur, patient expert, contribue au développement des démarches d'expérience et d'expertise des patients. Le patient bénéficie du respect de ses droits et notamment du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité. L'attention portée à ce sujet est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement en lien avec les représentants des usagers. L'intimité des patients est préservée : installation de séparateurs amovibles dans les chambres à deux lits, salons de confidentialité, stores occultants, vitrophanie... Les constats des experts visiteurs confirment que les pratiques des professionnels sont respectueuses et bienveillantes tout au long du parcours et notamment lors des transports internes. Le patient mineur est accueilli dans un environnement adapté (hébergement avec un parent en chambre individuelle, espace spécifique en salle de soins post interventionnelle). Sa prise en charge est organisée lors d'une consultation infirmière de parcours. Les parents ont la possibilité d'accompagner les enfants de moins de 11 ans jusqu'à l'entrée du bloc et accompagnent systématiquement un personnel infirmier pour chercher l'enfant à la porte de la SSPI. Pour chaque enfant ou personne en situation de handicap, l'accompagnement jusqu'en salle d'opération est possible. Tous les soignants qui interviennent auprès des enfants sont formés à leur prise en charge et à la gestion de l'urgence pédiatrique. Le patient en situation de handicap bénéficie d'actions et d'installations adaptées (par exemple, chambres avec rails de transfert, consultation infirmière de parcours). Les patients âgés bénéficient d'une prise en charge spécifique avec le soutien de professionnels formés (notamment infirmière de gériatrie aux urgences, gériatre et IDE de l'équipe mobile de gériatrie). Le taux de passage de personnes de plus de 80 ans était de 7,1% en 2021 et de 7,4% sur les neufs premiers mois de 2022. La contention est prescrite, tracée et réévaluée. Les pratiques de privation de liberté (mise en isolement, contention) sont rares. Une patiente rencontrée lors d'un patient traceur, a signalé remonter seule les demi-barrières de lit la nuit sans que cela ait été tracé par les personnels de l'unité. Dès l'entrée le patient est interrogé sur l'existence d'un état douloureux. Sa douleur est évaluée, soulagée. Le comité de lutte contre la douleur, les dispositifs techniques, le suivi d'indicateurs déclinés au sein de chaque secteur contribuent à optimiser la prévention et la prise en charge des phénomènes douloureux. Les patients rencontrés ont témoigné de leur satisfaction à ce sujet et les plaintes et doléances à ce sujet sont quasi inexistantes. Une des patientes rencontrées a signalé un délai trop long entre l'expression de sa douleur et la réponse apportée au niveau du service des urgences. Un comité de réflexion éthique dans lequel siège un représentant des usagers a pour mission l'organisation de temps de réflexion éthique, la sensibilisation et la formation des professionnels,

l'organisation d'un accès à des ressources en matière d'éthique pour les professionnels. Les patients et leurs proches bénéficient des avantages liés à la conception récente de l'établissement. Les professionnels associent le patient et/ou ses proches ou personne de confiance à la mise en œuvre du projet de soins et adaptent leurs pratiques à la diversité des situations. Par exemple, dans des situations particulières (réanimation), l'évaluation du patient à être en capacité de participer à sa prise en charge est réalisée. Dès qu'il est en mesure de participer à son projet de soins, l'équipe soignante lui délivre les informations nécessaires dans le but de recueillir son consentement. Le patient peut disposer, même en permanence de la présence d'un proche, et, pour les personnes en difficulté sociale ou vulnérables, sans facturation de supplément. Les familles et proches disposent d'espaces y compris en secteur de soins critiques. Les proches sont associés notamment lorsqu'une difficulté de compréhension est identifiée. Les patients et proches bénéficient de l'intervention préalable d'une « infirmière de parcours » qui facilite la mise en œuvre du projet de soins. Les personnes vulnérables et notamment en situation de précarité bénéficient d'une attention particulière soit lors de la préparation d'un séjour programmé ou lors d'un passage en service d'urgence. Les personnes âgées bénéficient de l'action de l'équipe mobile de gériatrie interne. Ces dispositions sont activées quotidiennement (service social...) l'hôpital se situant au cœur d'une zone urbaine dense, dont les indices de précarité sont plus élevés que la moyenne départementale. Le patient est préparé à sa sortie dès la préparation de son admission voire même lors d'une admission en urgence (par exemple prévision d'une prise en charge en SSR en cas de fracture osseuse). Une information orale est dispensée au patient et/ou à ses proches notamment sur le traitement de sortie, les consultations de suivi, les soins paramédicaux, le régime alimentaire.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	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	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	99%

Les professionnels évaluent régulièrement la pertinence de leurs activités. Ces évaluations concernent notamment la pertinence des actes transfusionnels, de prescription d'antibiothérapie, le suivi des recommandations de bonnes pratiques d'antibioprophylaxie, la tenue des RCP en oncologie... Les professionnels assurent la coordination de la prise en charge des personnes soignées tout au long de leur parcours. Diverses dispositions sont mises en œuvre et ce, en amont de l'admission ou lors d'un accueil en urgence. L'activité des « infirmières de parcours », de l'IGU (infirmière de gériatrie aux urgences), des équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs, nutrition, de l'infectiologue, des radiologues, biologistes, des assistantes sociales, des psychologues renforcent la concertation multidisciplinaire et pluri professionnelle. Les professionnels veillent à l'exhaustivité et la mise à jour des informations médicales et paramédicales dans le

dossier patient informatisé. Il est accessible à partir de tous les postes de l'établissement et des cabinets extérieurs grâce à des identifiants personnels selon le profil attribué conformément à la procédure d'habilitation des accès. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment l'attention portée à la sécurisation des données. Les informations disponibles facilitent la coordination des parcours notamment entre les professionnels des secteurs interventionnels et d'hébergement. Les professionnels ont accès, par conventions établies avec les établissements, les réseaux et structures d'appui, aux compétences externes et aux offres de soins d'aval. Ils ont défini des parcours spécifiques notamment aux urgences (AVC, prise en charge des mineurs), en réanimation, en chirurgie (foie, pancréas, SOS main, dents...) en cardiologie (infarctus du myocarde) et en cancérologie. Ils organisent des staffs multi catégoriels dans toutes les unités et participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie et en infectiologie. En cancérologie, les investigations réalisées ont constaté la prise en charge rapide entre le diagnostic, la RCP et la 1ère cure de chimiothérapie ainsi que la mise en œuvre du programme d'accompagnement social, psychologique, diététique et des soins de support dès la consultation d'annonce. Les professionnels proposent un programme de suivi post-thérapeutique (programme post-care dans le cadre d'une étude pilote en lien avec l'ARS). La concertation entre les professionnels permet de recourir facilement aux avis des médecins spécialistes en interne (spécialistes d'organe, gériatre, oncopsychologue, infectiologue, internistes...), ou en externe si besoin. Le patient ne pouvant être hospitalisé dans l'unité adaptée à ses besoins est suivi dans l'unité d'accueil par le médecin référent. Si besoin des professionnels paramédicaux complètent le suivi en lien avec leurs collègues. Les professionnels planifient des temps de réunion pour compléter la coordination de leurs actions. Les professionnels ont identifié des catégories de patients à risque (personnes âgées, traitements de chimiothérapie orale, immunothérapie) pour lesquelles ils réalisent la conciliation des traitements médicamenteux. Ils s'organisent pour développer cette activité pour renforcer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. Les professionnels du service d'urgence sont étroitement associés à l'organisation des parcours de soins. Un suivi continu des délais de prise en charge est assuré, des actions d'améliorations sont mises en œuvre si besoin. Les professionnels intègrent le délai de prise en charge en imagerie aux indicateurs de prise en charge dans le service ; un parcours prioritaire est réservé et un brancardier dédié réalise le transport. Ils ont défini des parcours spécifiques diminuant les délais de prise en charge. Le logiciel d'analyse de l'occupation des lits (disponibilité des lits en temps réel) et les trois réunions journalières de la cellule de gestion des lits leur permettent de gérer les hospitalisations avec fluidité. L'interfaçage entre le service des urgences et les différents secteurs d'activité (réanimation, bloc opératoire, cardiologie) est opérationnel et un « Axe rouge » optimise la prise en charge des urgences vitales et les admissions directes dans les services (cardiologie interventionnelle, USIC, réanimation). L'interfaçage avec les divers services est organisé en particulier avec, l'imagerie et le laboratoire. Les médecins d'astreinte/et ou de garde assurent la continuité de la prise en charge des patients. Les experts visiteurs ont constaté la fluidité de l'organisation pour une activité accueillant une centaine de patients par jour et de 15 à 20 hospitalisations. Une attention particulière est assurée à la prise en charge des personnes âgées pour diminuer le temps de passage aux urgences ou assurer un accueil direct dans l'unité. La campagne nationale d'indicateurs IQSS 2022 concernant la qualité de la coordination des prises en charge a été réalisée. Certains indicateurs sont en progression, d'autres stables ou en régression. Un plan d'actions ciblant les critères péjorant les scores globaux a été élaboré et est en cours de mise en œuvre. Les professionnels utilisent la check-list pour sécuriser la prise en charge au sein des secteurs interventionnels (bloc opératoire, cardiologie interventionnelle, endoscopie). Ils évaluent régulièrement son utilisation. L'audit observationnel réalisé en mars 2022 relève un taux de conformité global de 96% au bloc opératoire et de 86% en cardiologie interventionnelle (l'apposition d'initiales à la place de la signature diminue la conformité). L'audit prospectif de la check-list dans 30 dossiers patients (fin mars 2022) relève un taux de conformité global de la check-list en cardiologie interventionnelle de 100% (vs 85% en 2020) et de 95% au bloc opératoire. Les professionnels ont été informés des actions de progrès restant à mettre en œuvre. Les professionnels accordent une attention particulière aux situations de fin de vie. Ils disposent en interne des compétences d'une équipe mobile de soins palliatifs. Ils établissent collégialement, lors de l'admission du

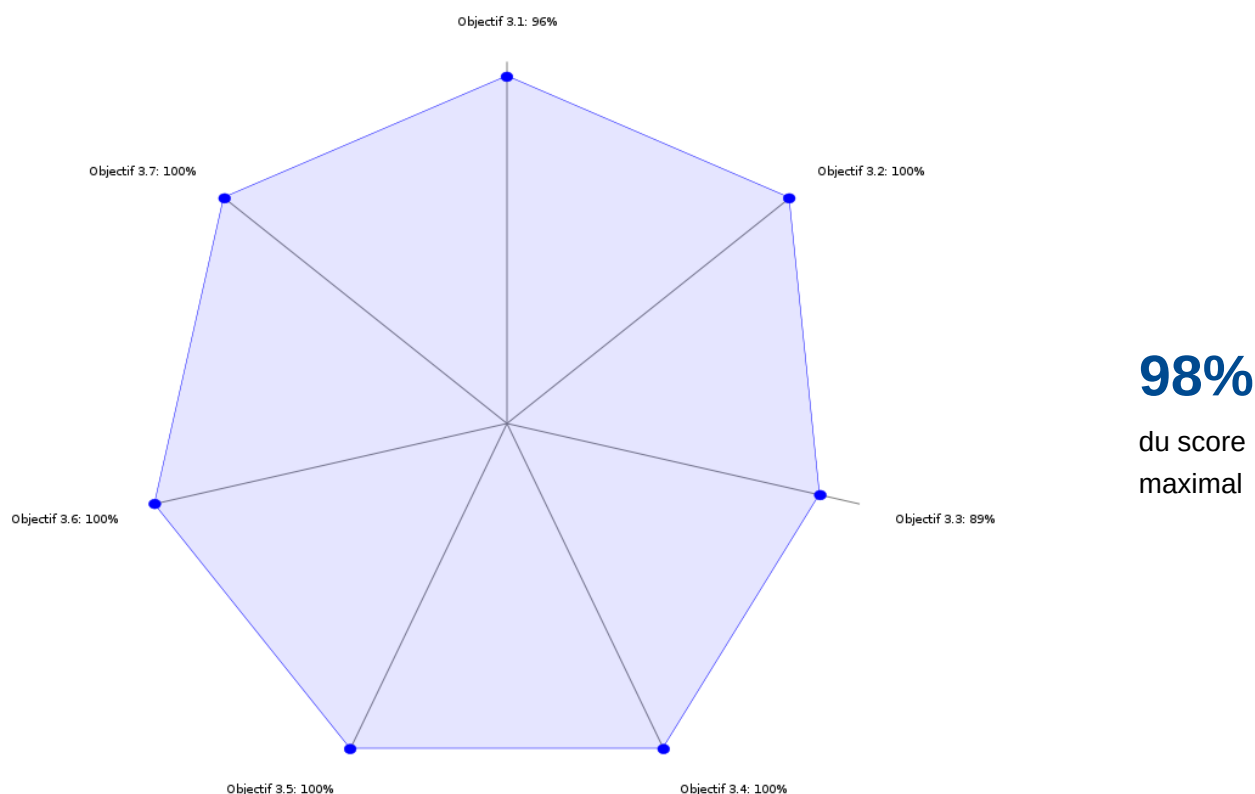
patient, un statut réanimatoire (identifiant quatre stades), défini pour l'hospitalisation en cours ; sa réévaluation hebdomadaire prend en compte l'avis du patient et/ou de la personne de confiance. Les professionnels actualisent les données du carnet de santé de l'enfant avant sa sortie. Un courrier de sortie et/ou de liaison est remis quasi systématiquement au patient dans tous les secteurs, hormis en hospitalisation de jour de médecine (transmis par voie postale). Cette situation partagée lors de la visite est connue des professionnels qui ont prévu d'y remédier en 2023. Le suivi des indicateurs spécifiques montre que le score global de la qualité de la lettre de liaison est susceptible d'améliorations pour l'hôpital européen (62%) alors qu'il est de 91% pour l'entité de cardiologie. Deux critères contribuant au score global sont inférieurs à 50% (identification et envoi au médecin traitant, identification du signataire) et péjorent le score global. Dans les services de chirurgie ambulatoire et d'endoscopie, son autorisation de sortie est validée et prend en compte la réalisation de scores de sortie (Chung...). Une check-list de sortie a été formalisée afin d'éviter toute omission lors de la sortie. La pertinence de l'orientation à la sortie est suivie. Les professionnels sont formés à l'utilisation du logiciel dossier patient et aux règles d'identitovigilance dans le cadre du parcours d'intégration du nouvel embauché. Les membres du comité d'identito vigilance supervisent toute les démarches. Ils disposent d'une adresse de messagerie spécifique facilitant le signalement de toute difficulté, une juriste leur apporte un soutien en cas de difficulté. Ils ont élaboré une affiche à destination du public sur les pratiques visant à éviter les erreurs d'identité, et obtenu le premier prix lors d'un concours régional. Les professionnels d'accueil administratifs et les soignants connaissent et mettent en œuvre les modalités de vérification des identités. Aux urgences ils prennent en compte les dispositions décrites par la charte d'identitovigilance et notamment pour les risques liés à l'usurpation d'identité. Ils identifient les patients à risque particulier avec un bracelet de couleur (rouge= allergie au latex, orange = patient fugeur...). Un référent identito vigilance contribue à la diffusion des bonnes pratiques dans chaque service. Les personnels du département d'information médicale recherchent les doublons d'identité en lien avec ceux de la cellule qualité. Les professionnels maîtrisent les pratiques de vigilance sanitaire dans tous les domaines. Les responsables des différentes vigilances disposent de référents relais dans chaque service. La permanence des dispositifs de réception et de déclaration est en place. Les professionnels respectent les bonnes pratiques relatives au circuit du médicament. Ils mettent en œuvre divers dispositifs à cet effet ; l'analyse pharmaceutique avec intervention pharmaceutique concerne 100% des lits d'hospitalisation, tout comme la dispensation journalière nominative (réanimation comprise) facilitée par un automate de préparation. La fourniture d'un produit est facilitée par l'utilisation d'un pneumatique. Les pharmaciens s'impliquent fortement dans la formation des personnels et mettent à leur disposition des documents pratiques. Une attention particulière est portée au traitement des sujets âgés (liste de Larroche). En 2022, la présence de l'infirmière gériatrique aux urgences a permis de mettre en place pour les patients âgés polymédiqués et/ou identifiés « chuteurs » un bilan thérapeutique communiqué au médecin traitant et/ou à la structure d'aval, intégrant les recommandations du pharmacien. Les pharmaciens réalisent, sur demande ou ciblage lors de l'analyse pharmaceutique, des bilans médicamenteux. Ils réalisent des conciliations de traitements médicamenteux notamment en cancérologie (chimiothérapies par voie orale, immunothérapie). Les professionnels veillent particulièrement aux bonnes pratiques relatives aux médicaments à risque. Des médecins généralistes réalisent en chirurgie et médecine, la prescription des traitements personnels des patients programmés lors de vacations journalières à partir de l'ordonnance du patient scannée. Ces traitements sont réactivés en post opératoire, par l'anesthésiste. Pour les autres patients les médecins spécialistes, référents réalisent cette prescription. Les audits réalisés ont confirmé l'attention des professionnels au respect des règles assurant la sécurité du circuit du médicament tant pour les pratiques (prescription, dispensation, administration, gestion des traitements personnels, médicaments identifiés à risque...) que pour les matériels et les locaux (armoires de stockage, coffres à toxiques fermés à clef, réfrigérateurs dédiés avec suivi quotidien de la température, zones dédiées à la préparation des injectables administrés extemporanément, piluliers complets préparés quotidiennement par la pharmacie...). Au cours de la visite quelques dysfonctionnements partagés avec les professionnels ont fait l'objet d'actions correctives immédiates (étiquetage manuscrit de sachets de stockage d'ampoules dans certains chariots d'urgence, quelques

péréceptions très récentes, porte ouverte d'un réfrigérateur au bloc opératoire avec élévation de température à 14°C, mélange d'ampoules de deux molécules différentes dans un même contenant). Les déclarations d'évènements indésirables ont été réalisées avec actions immédiates (séquestration des médicaments du réfrigérateur, modification de l'étiquetage) et réflexions sur des évolutions à apporter (mise sous alarme des réfrigérateurs qui n'en disposent pas...). Pour ce qui concerne l'identification de médicaments à risque dans les chariots d'urgence, les professionnels (pharmaciens, réanimateurs, cadres de santé, CME) ont validé en concertation, de ne pas le faire, l'utilisation urgente des substances ne permettant pas un double contrôle. Ils ont précisé ne pas avoir connaissance d'évènement indésirable lié à cette organisation. Les équipes veillent à la continuité du traitement médicamenteux à la sortie du patient ; ils informent le patient et/ou ses proches et le médecin traitant des modifications apportées et des conseils pharmaceutiques lui sont apportés si besoin. Les valeurs du critère concernant les traitements médicamenteux à la sortie sont en amélioration. Les améliorations à apporter ont été ciblées et diffusées aux professionnels. Les professionnels assurent le respect des bonnes pratiques transfusionnelles. Deux infirmières « hémovigilance » collectent et saisissent les données, le logiciel utilisé n'étant pas encore interfacé avec le site local de l'établissement français du sang (EFS). L'équipe médicale prend en compte l'éloignement de l'EFS pour les délais de livraison, un dépôt de sang permet de répondre à l'urgence. Les professionnels cherchent à limiter les actes transfusionnels, le taux de destruction est < à 1%. Le patient est informé, son consentement est tracé. Les professionnels déploient de nombreux dispositifs en vue de maîtriser le risque infectieux et sont soutenus par la gouvernance, le CLIN et la CME qui valide la politique définie. Une équipe opérationnelle d'hygiène accompagne la formation, la mise en œuvre et le suivi des démarches. Un correspondant en hygiène identifié et formé dans chaque service, l'équipe mobile d'infectiologie et les travaux de la commission des anti infectieux soutiennent les professionnels. Les professionnels de l'équipe d'infectiologie aident à la prescription des antibiotiques lors de la prescription initiale, lors de l'évaluation entre 24 et 72 heures, ou lors des traitements de plus de 7 jours. Un antibio-guide et des guides de prescription, par syndrome, sont accessibles « en ligne » ; et actualisés selon l'évolution des recommandations de bonnes pratiques. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie dans les secteurs interventionnels. Les nouveaux arrivants sont systématiquement formés en interne (EOH) et la disponibilité de l'équipe qui mène des actions de sensibilisation et d'évaluation a été confirmée par les professionnels rencontrés. L'EOH a élaboré des outils numériques facilitant l'information des personnels (vidéos didactiques visionnables par QR code pour prescription et réévaluation de l'antibiothérapie ou procédure de branchement sur chambre implantable percutanée). Les professionnels ont élaboré des documents d'information à destination des patients et des familles pour faciliter leur compréhension quant aux contraintes mises en œuvre (isolement pour statut infectieux BHRé, BMR, séquestration des effets pour infestation parasitaire...). L'EOH organise des tournées « caravane de l'hygiène » dans les unités. L'accès aux solutions hydroalcooliques est généralisé ; les dispositions ont dû être prises pour contrevenir au vol de ces solutions. Les personnels veillent au respect des précautions standard permettant de maîtriser le risque infectieux (bionettoyage, hygiène des mains, tenues, lavage des mains, port d'équipements de protection individuels, circuit du linge, des déchets ...). Ils sont tous formés y compris pour ce qui concerne la conduite à tenir face aux parasites. Ils connaissent et mettent en application les bonnes pratiques d'isolement du patient. Chaque unité dispose d'une chambre équipée d'un sas. Une « gouvernante » encadre l'activité des agents d'entretien des locaux en lien avec l'EOH. Les professionnels utilisent des solutions alternatives (vapeur) et élaborent un projet prévoyant la diminution d'utilisation de produits détergents et désinfectants pour l'entretien des sols. Les professionnels connaissent les procédures et conduites à tenir pour prévenir le risque infectieux relatif aux dispositifs médicaux invasifs, réutilisables et appliquent les bonnes pratiques pré per et post interventionnelles à ce sujet. Les investigations réalisées ont constaté leur connaissance des mesures d'atténuation ou de réponse à certains risques spécifiques (hyperthermie maligne, installation patient, décompensation, ATNC, risque AES...). Dans le secteur d'endoscopie implanté en 2021 dans de nouveaux espaces regroupant l'hébergement ambulatoire et le secteur interventionnel, l'ensemble des procédures respecte toutes les recommandations. L'association des professionnels au projet de relocalisation (conception

des locaux, organisation du fonctionnement et l'antériorité (2015) de la démarche d'accréditation en équipe dans ce secteur contribuent à la sécurité et qualité de prise en charge. Il reste toutefois à organiser une évaluation du respect des bonnes pratiques d'antibioprophylaxie et à faciliter l'identification des professionnels par les patients au sein du secteur interventionnel. Cependant, si les tenues ne permettent pas d'emblée l'identification, il a été constaté que les professionnels se présentent systématiquement au patient. Malgré l'attention soutenue des professionnels certains constats immédiatement partagés avec les professionnels ont identifié quelques dysfonctionnements (moins d'une dizaine pendant toute la visite) : port de montre, alliance, bague, vernis, bracelets par des professionnels non administratifs ; port d'EPI dans les couloirs. La modification des pratiques a été constatée dès le 2ème jour de visite pour ce qui concerne le respect des bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les professionnels des secteurs interventionnels sont très attentifs à la maîtrise du risque infectieux. Cela a été constaté notamment en endoscopie, cardiologie. Toutefois, au bloc opératoire il a été constaté l'absence d'une dalle de plafond dans un local de stockage de matériel d'installation pouvant générer un risque de contamination de l'air ou des surfaces. La réactivité pour y remédier a été constatée. Les professionnels respectent les obligations vaccinales. Pour ce qui concerne les recommandations vaccinales une politique de promotion a été constatée : campagne annuelle d'information y compris pour les personnes soignées, accès facile et gratuit à la vaccination, identification d'un référent-promoteur dans chaque service, suivi du taux de vaccination antigrippale par service, centralisé au niveau de la direction des ressources humaines, partagé avec les instances et connu des responsables d'unité. Les taux de couverture sont variables ; des actions ciblées sont menées. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'utilisation des rayonnements ionisants. Une personne compétente en radioprotection et deux adjoints pilotent les processus, veillent à la formation des professionnels en lien avec les cadres de santé de l'imagerie, de la cardiologie interventionnelle, de l'endoscopie et du bloc. La gouvernance a organisé le suivi des recommandations formulées suite à la dernière inspection de l'autorité de sûreté nucléaire (ASN), en 2021. Les professionnels sont formés, disposent et utilisent les dispositifs de protection individuels et de dosimétrie (active et passive). Le report des doses de rayons au sein des dossiers patients est réalisé au sein des secteurs interventionnels, les IRM et scanners, mais pas encore pour la radiologie conventionnelle. Les personnels en charge du brancardage sont formés aux respect des droits du patient (intimité, confidentialité...), des règles de prévention du risque infectieux, à la gestion des risques et aux gestes d'urgence. Les observations réalisées lors de la visite confirment que les conditions de transport et de bien être du patient sont conformes à son degré d'autonomie et à son ressenti. L'accompagnement dans les secteurs interventionnels en format « patient debout » est déployé. L'établissement et les professionnels libéraux et salariés promeuvent et organisent l'évaluation des pratiques et intègrent les actions d'amélioration qui en résultent dans les dispositifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité (PAQSS). Un programme d'évaluation de pratiques professionnelles (EPP) est mis en œuvre. Les équipes analysent collectivement les résultats au sein des secteurs d'activité avec le soutien des professionnels du département qualité. Les membres des comités concernés par exemple CHST, CLUD, CLIN, COMEDIMS, CME, connaissent les résultats et les consultent sur Intranet. Diverses évaluations de pratiques professionnelles bénéficient d'une 2ème évaluation pour s'assurer des effets. La CME est investie dans la démarche d'évaluation en lien étroit avec le comité qualité risques-sécurité des soins (CQRSS). L'évaluation des pratiques est particulièrement développée pour ce qui concerne le circuit du médicament, les unités de soins critiques (réanimation, USIC, soins continus de chirurgie) les secteurs interventionnels (cardiologie interventionnelle, endoscopie, bloc opératoire) et les activités de cancérologie (Centre de Cancérologie Hôpital Européen CARE). Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, intégrées au PAQSS général et suivies (indicateurs, reconduction d'audits). Les constats réalisés ont identifié l'absence d'un registre des refus d'admission en soins critiques de cardiologie. Les professionnels du secteur ont signalé toute absence de refus de prise en charge mais se sont engagés à formaliser cette donnée. Les professionnels mettent en œuvre depuis plusieurs années une démarche « d'expérience patients » structurée leur permettant de disposer d'avis pertinents enrichissant le plan d'action d'amélioration du service rendu aux personnes soignées. Toutes les données résultant des démarches d'évaluation sont analysées

collectivement en équipe terrain, au sein des instances spécifiques (CQRSS, CLIN, CLUD, COMEDIMS, CHST...) et/ou au sein de la direction qualité. Les professionnels de cette direction apportent leur soutien méthodologique et pratique à la mise en œuvre des démarches d'évaluation. Des temps de secrétariat sont alloués (par exemple au niveau de la gastro entérologie pour la démarche d'accréditation en équipe). Toute les données sont diffusées aux instances. Les professionnels sont mobilisés pour déclarés les évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Un médecin interniste assure la mission de coordinateur de la gestion des risques associés aux soins, en lien avec les personnels de la cellule de gestion des risques, et toutes les instances. Les professionnels sont tous formés, dès leur embauche et sensibilisés périodiquement. Ils déclarent aux autorités compétentes les évènements indésirables graves (5 signalements en 2021), utilisent la méthode ALARM pour les analyser en comité de retour d'expérience et/ou réunion de morbi mortalité (48 CREX, 13 RMM en 2021). Les actions et programmes d'amélioration qui en découlent sont intégrés aux divers plans d'amélioration centralisés dans le PAQSS de l'hôpital (Programme d'amélioration de la qualité – sécurité des soins). L'ensemble des données est diffusé aux instances dont le conseil d'administration, la CME, la CDU et disponibles à travers l'Intranet. Les professionnels des activités d'imagerie (entité juridiques spécifique) et de biologie (laboratoire privé) participent aux actions d'évaluation notamment pour le suivi des délais de rendu des résultats. Des modifications d'organisation sont mises en place si besoin.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	96%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	89%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement est issu de la réunion de deux institutions qui ont regroupé leurs activités en 2013 au sein de nouveaux bâtiments. Ses orientations stratégiques sont mises en œuvre en cohérence avec les besoins de santé du territoire et les valeurs humanistes des fondateurs. Son implantation au cœur d'un quartier en développement caractérisé par une population dense, en croissance, avec un taux de précarité important

remédie partiellement au déficit de l'offre de soins identifiée par le schéma régional d'organisation des soins (SROS) pour cette zone de l'agglomération marseillaise. Le nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale d'État (AME) est doublé par rapport à la moyenne départementale. Les indicateurs de santé identifient une surmortalité significative par rapport aux indices régionaux, pour de multiples causes de décès. Il dispose de missions de service public, son offre de soins s'étend au-delà de son bassin d'implantation pour certaines activités de recours ou de pointe. Il développe une offre médicale intégrant des praticiens salariés et libéraux avec l'objectif de tendre vers un reste à charge zéro pour les patients. La structure développe de multiples partenariats avec d'autres acteurs de la santé, privés ou publics du territoire. A titre d'exemple il accueille sur le site une activité privée de dialyse (12 postes Diaverum), une activité de soins de suite et de réadaptation (60 lits et 40 places de l'Ugecam) et un laboratoire de biologie médicale (Alphabio). Il développe une importante activité de consultations externes spécialisées ou non sur place ou par téléconsultations en secteur conventionné secteur 1. Il dispose d'autorisations de traitement des cancers et travaille en collaboration avec le réseau régional (ONCOPACA-Corse, 3C12). Il a joué un rôle important dans la prise en charge du COVID-19 dans les quartiers populaires centraux de Marseille. Il tient une place importante dans la coordination des parcours sur et au-delà de son territoire. A travers le service d'accueil des urgences (plus de 40000 passages, près de 20% d'hospitalisations) les professionnels de l'établissement ont organisé des filières spécialisées de prise en charge rapide (notamment en cardiologie, SOS main). Il existe un contact direct entre praticiens, pour assurer une hospitalisation directe dans un service pouvant éviter un passage aux urgences. Les praticiens de ville disposent d'un annuaire leur permettant de joindre directement un médecin urgentiste ou un spécialiste. Les professionnels ont mis en œuvre des filières de soins avec accès rapide (urgences pancréas, foie avec secrétariat, lignes téléphonique et messagerie dédiés) permettant de confirmer rapidement les hypothèses diagnostiques et de proposer une prise en charge adaptée avec les rendez-vous adéquats. Un système d'évaluation et de suivi des délais d'attente aux urgences permet de visualiser le nombre de personnes et la gravité des pathologies (selon la classification CCMU), sous forme de code couleur. Les indicateurs relatifs à l'activité d'urgence sont examinés lors des réunions de la commission des urgences. Les professionnels s'organisent pour assurer une prise en charge rapide des personnes âgées aux urgences. La présence d'une infirmière de gériatrie (suite appel à projet ARS) et l'avis de l'équipe mobile de gériatrie permettent d'accélérer le bilan et l'établissement du projet de soins. L'hospitalisation directe en unité de médecine polyvalente est pratiquée dans certaines situations. L'établissement souhaite se doter d'une unité de médecine gériatrique. Lors de la sortie les patients sont informés des coordonnées téléphoniques leur permettant de joindre les professionnels si besoin. Les patients intégrés à des parcours nécessitant des prises en charge répétitives (chimiothérapie) disposent d'un carnet de bord « parcours de soins » identifiant les coordonnées téléphoniques des personnes pouvant être contactées. Des messageries spécifiques sont en place pour la gestion de certains parcours. A date il n'existe pas encore de messagerie sécurisée généralisée ; le dispositif technique a été retenu, la mise en œuvre est planifiée pour 2023, l'établissement s'inscrit dans le projet régional en cours. L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique sera mis en place au décours de cette évolution. L'établissement a organisé l'activité de recherche à travers une direction de la recherche clinique auprès de laquelle est placé un Conseil Scientifique (CHSE). Il favorise la qualité dans la conduite des essais cliniques qu'ils soient à promotion interne ou externe. Il travaille en étroite collaboration avec le Comité d'Éthique – Droits des Patients. Ses membres se réunissent trimestriellement afin d'étudier les projets en cours ou à venir, de les encadrer, et de statuer sur les démarches à entreprendre. Ces réunions sont également l'occasion d'échanger sur des avancées marquantes en recherche clinique au sein de l'établissement. Des attachés de recherche clinique (ARC) accompagnent le patient pendant sa participation à l'essai clinique, lui expliquent toutes les étapes relatives à la conduite de cet essai. Les patients sont informés de la possibilité de refus de participation notamment pour ce qui concerne les recherches à partir des données issues du PMSI. Des activités de recherche sont en cours dans diverses spécialités (cancérologie, réanimation, pneumologie, infectiologie, médecine interne, cardiologie, ORL, chirurgie digestive). La collaboration avec les autres acteurs du territoire investis dans ce domaine est effective ; plusieurs ARC travaillent à temps partagé.

Les constats issus de la visite identifient la recherche affirmée de l'engagement des patients. L'établissement a créé un « comité d'expérience patient » intégrant des professionnels médicaux, paramédicaux, de la direction et des représentants des usagers. Une vingtaine de professionnels cadres de proximité et représentants des usagers ont été formés aux méthodes de recueil et notamment par entretien direct en binôme. Des entretiens ont été menés dans différents secteurs d'activité pour des patients en ciblant les personnes admises en hospitalisation complète de médecine et de chirurgie, après passage aux urgences. De nombreuses données issues des questionnaires de sortie, d'enquêtes de satisfaction spécifiques (services d'urgence, d'imagerie, post réanimation, consultations externes), d'enquêtes diététiques trimestrielles, des enquêtes E-Satis alimentent le PAQSS. Les personnes formées diffusent leur savoir faire dans tous les services. Les résultats sont communiqués auprès des équipes et des usagers (affichage et réseaux sociaux). La mise en place de synthèses trimestrielles par service, à partir des données extraites de la plateforme E-Satis permet à l'encadrement d'identifier des pistes d'amélioration à la fois sur la valeur et l'évolution de l'indicateur mais aussi sur les verbatims des patients. Un personnel administratif "Chargé des Relations avec les Usagers" est joignable par téléphone ou messagerie. Un des représentants des usagers a validé la formation de « patient expert » et participe aux actions d'éducation thérapeutique. Quatre programmes sont validés : VIH, asthme/BPCO, diabète type 2, pathologies auto-immunes (Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, rhumatismes inflammatoires chroniques, Lupus, sclérodermie...). Des patients experts participent à ces activités notamment en oncologie. L'établissement veille à centrer sa communication sur le patient en recourant à l'avis des représentants d'usagers et en tenant compte du verbatim recueilli lors des entretiens directs. Pour les patients porteurs de maladies chroniques les professionnels des urgences sollicitent les équipes d'ETP pour les patients qui le nécessitent. Les professionnels sont formés sur les droits des patients : formations pour les nouveaux arrivants et continue, (bientraitance, information et consentement, confidentialité, restriction libertés, annonce dommage liés aux soins...), journées de sensibilisation et soirées thématiques. Les professionnels sont particulièrement sensibilisés à la détection des cas de maltraitance et notamment au service des urgences qui bénéficie des compétences d'une assistante sociale. Une juriste apporte son soutien sur le plan de la protection et des relations avec les autorités judiciaires. Elle assure également la coordination du programme de formation bientraitance. Les professionnels des urgences ont signalé la détection quasi quotidienne de situations de maltraitance. La présence d'un « médiateur de rue » au service des urgences facilite la communication avec les personnes accueillies. Il est mis à disposition 26 heures par semaine (hors week-end) par convention avec l'association médiation sociale (AMS). Il est placé sous la responsabilité du cadre des urgences afin d'adapter ses interventions aux besoins du service. Ce dispositif ayant fait la preuve de son efficacité à l'occasion de la gestion de la crise sanitaire COVID, en 2021 un deuxième médiateur (5j/7 de 9h à 16h) a été positionné au niveau de l'accueil de l'établissement. Ses missions sont : la gestion des conflits, l'aide au check point COVID, l'orientation des patients, des interventions ponctuelles dans les salles d'attente. Les professionnels réalisent de nombreuses EPP concernant les droits des patients et notamment : l'évaluation des pratiques concernant le respect du consentement des patients, la mise en œuvre du dispositif LATA en réanimation, la qualité de la prise en charge des patients en lits de soins palliatifs et la politique de lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance. Les locaux récents sont adaptés à l'accueil et la prise en charge des personnes porteuses de handicap. Dans chaque service deux chambres d'hospitalisation sont équipées de rails facilitant la mobilisation des patients. L'établissement accueille de nombreuses personnes vulnérables de par son implantation dans une zone dont les indicateurs sociaux et médicaux sont très défavorables. Il participe (avec l'ARS et les collectivités territoriales) et héberge les actions du projet ASSAb en faveur de l'accès aux droits et aux soins des personnes sans abri à Marseille. Depuis août 2022, l'hôpital a ouvert, à destination des ressortissants ukrainiens, un bureau d'accueil d'information et d'accès aux soins. 360 rendez vous ont été tenus et plus de 250 patients accompagnés en consultation ou dans des démarches administratives. Il existe une « PASS médicament » au service des urgences. Le médecin directeur de l'information médicale supervise l'accès par le patient, à son dossier selon la réglementation en vigueur. Les indicateurs (volume, type, délais d'accès) sont suivis et communiqués à la commission des usagers. Les

représentants des usagers (RU) sont très impliqués de par la place qui leur est accordée par l'établissement. Un des RU est président de la commission des usagers. Ils se répartissent la participation aux instances ; deux RU siègent au conseil d'administration avec voix consultative, 1 personne siège au sein des autres instances : comité qualité risque Sécurité des Soins (CQRSS), Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD), Comité éthique droits des patients, Comité de pilotage Expérience Patient, Commission des menus. Depuis 2020, la direction qualité a mis en place, en complément des réunions trimestrielles de la Commission des Usagers, trois réunions « Inter-CDU ». Elles sont l'occasion de renforcer les échanges, de préparer les réunions plénières de la CDU et notamment d'analyser les nombreuses données disponibles (satisfactions des usagers, plaintes et réclamations, gestion des risques etc.). Les RU disposent de moyens. Des formations en interne leur sont proposées chaque année, ils peuvent proposer des thèmes. Leurs avis, observations, recommandations sont pris en compte. Un des RU a été désigné « référent culte », il est l'interlocuteur privilégié des représentants des cultes et apporte des solutions pour améliorer le service rendu aux patients (mise à jour de l'affichage, remise en service de l'espace éthique, activation badge, actualisation du livret rites et religions...). Pour certaines doléances et/ou plaintes, après analyse des différents rapports, la personne chargée des relations avec les usagers peut, après validation du directeur qualité, proposer un entretien médié au patient ou à la famille s'il estime qu'un défaut de communication est à l'origine de la plainte. L'objectif de cet entretien vise à rétablir le lien de confiance « soigné- soignant ». Ces entretiens se différencient de la médiation dans le cadre de la Commission des Usagers. L'établissement met à disposition des associations de bénévoles une « maison des usagers » située dans le hall. Des bénévoles de huit associations assurent des permanences d'informations, d'écoute et d'entraide ouvert aux patients, proches et aux professionnels. Les investigations réalisées tout au long de la visite de certification ont mis en exergue la bientraitance des professionnels envers les personnes soignées. Leurs pratiques sont en adéquation avec les valeurs humanistes prônées par l'établissement. L'activité de recherche clinique développée au sein de l'hôpital contribue à l'accès aux innovations in situ ou avec d'autres établissements partenaires notamment en cancérologie. Cette activité bénéficie également aux malades non hospitalisés du territoire. Le projet CorHESan porté par l'établissement, en partenariat avec l'association Prospective et Coopération et les Unités de recherche et services hospitaliers de Santé Publique (SESSTIM / BioSTIC) et le financement conjoint de l'ARS et de santé publique France, illustre la politique « d'aller vers » et de « ramener vers ». Initiée dans le cadre de l'épidémie Covid des équipes mobiles de médiateurs et d'IDE rencontrent les populations « vulnérables et précaires » dans le cadre du dépistage et du rattrapage vaccinal Covid. L'action a été étendue au dépistage des cancers (sein, col de l'utérus, colon) et à l'accès aux droits. L'action permet de coordonner les acteurs du soin, de santé publique, de l'action sociale et de la recherche, notamment en santé publique dans le cadre de l'accompagnement médico-social au profit des populations des 1er, 2ème et 3ème arrondissements de Marseille. Le management de la qualité et de la sécurité des soins est un des fondements du projet d'établissement validé par les instances. Un comité de pilotage piloté par la direction générale et la présidence de la CME, supervise la mise en œuvre des axes définis. La culture de la sécurité des soins est une réalité constatée lors des investigations dans tous les secteurs d'activité. Elle est basée sur la cartographie des risques, le recueil et l'analyse collective des événements indésirables, les démarches EPP, l'expérience patients, les enquêtes culture sécurité, les échanges au sein des équipes. Des ressources humaines et matérielles sont affectées à cette politique au sein de la direction qualité-gestion des risques. Le programme d'actions est suivi trimestriellement, un bilan annuel est élaboré, validé par les instances et largement diffusé. Le suivi et la diffusion des indicateurs qualité est réalisé via les instances et groupes de travail mais aussi au travers d'autres supports spécifiques (tableaux de bord par service, newsletter qualité trimestrielle et les réseaux sociaux. Le suivi des visites de sécurité (incendie...) et inspections est assuré et vise à mettre en œuvre les recommandations émises. Les recommandations concernant la prise en charge anesthésique émises en 2017 ne sont pas encore toutes effectives. Le renouvellement de l'équipe d'encadrement du bloc opératoire fait l'objet d'attentions particulières justifiées au regard de la taille de ce secteur (22 salles), de la diversité et de la complexité des activités réalisées et de l'effectifs de personnels. Si le logiciel de bloc permet la planification opératoire des

interventions, le paramétrage actuel nécessite d'y consacrer un temps très important et ne facilite pas la tâche des cadres de bloc. Cette situation connue fait l'objet d'une réflexion en vue de la modifier. L'établissement organise annuellement une vingtaine de manifestations relatives à la santé à l'occasion des journées internationales, européennes ou nationales permettant de sensibiliser le public et les professionnels à l'amélioration continue de la qualité-sécurité et aux actions de prévention en santé. La direction et les personnels d'encadrement veillent à l'adéquation des ressources humaines aux activités. Pour ce qui concerne la prise en charge anesthésique l'adéquation n'est pas toujours garantie ; les effectifs sont ajustés progressivement. La polyvalence est recherchée par exemple au niveau des services d'urgence et du service de réanimation. L'établissement soutient la promotion interne. Une application numérique facilite la sollicitation des personnels pour pourvoir aux absences imprévues ; elle est également utilisable dans le cadre d'un déclenchement de plan de crise (plan blanc). L'établissement accompagne les personnels d'encadrement en matière de formation diplômante, continue et accompagne les nouveaux cadres embauchés dans l'acquisition des compétences métier ou managériales utiles à l'exercice de leurs missions. Les professionnels réalisent des EPP dans le cadre des démarches d'accréditation en équipe (endoscopie, urologie, anesthésie). Elles portent également sur les parcours (prise en charge de l'infarctus du myocarde, des endoscopies en urgence...) Ces actions sont porteuses d'amélioration identifiées et à titre d'exemple au niveau de l'épargne sanguine, le taux de destruction des produits est inférieur à 1%, le volume de produits transfusés est en baisse sans corrélation avec l'activité. Les équipes sont engagées dans le dispositif d'accréditation en équipe : gastroentérologues (reconnaissance en 2016), anesthésistes (reconnaissance en 2018), l'équipe de Cardiologie avec la reconnaissance du Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe « PACTE » (mai 2021), les radiologues et imagerie médicale (reconnaissance 01/04/2021), les chirurgiens-urologues (reconnaissance 25/11/2021). L'établissement soutient ces démarches. Ces démarches sont intégrées aux actions d'amélioration de la qualité-sécurité notamment pour ce qui concerne les évaluations et le suivi d'indicateurs. Les professionnels bénéficient d'une politique active de formation. Tous les nouveaux embauchés suivent un programme d'intégration dont la réalisation est suivie. Des habilitations sont requises pour réaliser certains actes de soins (transfusion, chimiothérapie, désinfection des endoscopes, utilisation des pompes à morphine...). Les personnels bénéficient d'une période de doublure, variable selon l'expérience antérieure lors de la prise de poste. Des ressources internes sont mobilisées ce qui permet d'augmenter le nombre d'actions (AFGSU, hygiène, droit des patients, sécurité transfusionnelle, circuit du médicament...) les médecins organisent pour les personnels des formations relatives à leurs spécialités respectives et développent une activité de formation et d'information à destination des médecins correspondants et paramédicaux. Les formateurs internes interviennent auprès des personnels travaillant la nuit pour faciliter l'acquisition et le maintien de leurs compétences. L'engagement des professionnels de l'établissement dans ces démarches est corroboré par les constats et les observations effectués durant la visite. Le travail et la coordination entre les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux est une réalité du fonctionnement au quotidien. La gouvernance est très soucieuse de la qualité de vie au travail (QVT) et cela d'autant plus que la démographie des professionnels paramédicaux ne correspond pas aux besoins de recrutement et que la crise sanitaire a accentué les difficultés. Les représentants du personnel sont associés aux démarches mises en œuvre. La gouvernance suit les résultats des enquêtes portant sur les risques psycho sociaux (la dernière en 2021). Les réunions d'équipe, l'analyse des déclarations d'événements indésirables, les entretiens d'évaluation contribuent à l'identification de pistes d'actions pour améliorer la QVT. Un plan d'action est établi, des actions concrètes sont menées en réponse aux demandes exprimées. Le document unique des risques professionnels rassemble tous les risques identifiés au sein de l'hôpital. Les professionnels sont associés aux projets de transformation des locaux tant dans l'élaboration de l'avant-projet que dans le choix des matériels (par exemple nouvelle localisation du secteur d'endoscopie). Les réunions de « groupes de parole » ont été interrompues pendant la crise sanitaire, les professionnels souhaitent les reconduire. Un projet de « jardin détente » est en cours de réalisation. Les observations réalisées ont identifié la taille inadaptée, insuffisante au regard de l'activité, de la salle de soins dans le service d'hospitalisation de jour de médecine. Cette situation, potentiellement porteuse de risques et

qui nuit à la QVT dans ce secteur est connue et devrait être résolue par le transfert de l'unité dans les prochains mois. Les professionnels bénéficient d'un programme de prévention des violences hospitalières depuis 2015. Il fait l'objet de réévaluations en lien avec l'enquête portant sur les risques psycho-sociaux. Des actions concrètes ont été mises en œuvre (présence permanente d'agents de sécurité, de médiateurs urbains, bouton d'appel d'urgence déclenchant l'arrivée des agents de sécurité sur chaque téléphone sans fil). Les personnels bénéficient du soutien de la juriste pour toute déclaration relative à une atteinte à leur sécurité, les déclarations sont réalisées auprès de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). Les professionnels rencontrés de jour comme de nuit ont exprimé leur sentiment de travailler en sécurité. Les professionnels ont accès au soutien de l'encadrement et d'une psychologue pour gérer une relation conflictuelle qui pourrait survenir. Les professionnels de l'établissement participent activement à la gestion des tensions hospitalières de son territoire en étroite relation avec les autres établissements. Cette situation a été accentuée lors de la crise sanitaire et de la crise estivale des urgences. Les organisations mises en place ont répondu aux objectifs de partage des contraintes du territoire et contribué à maintenir une offre de qualité. L'engagement des professionnels reste effectif à travers la poursuite de visio conférences hebdomadaires. Les professionnels disposent d'un guide de poche « Neurone plan blanc » qui rappelle les conduites à tenir en cas de déclenchement d'un plan de crise. L'établissement est catégorisée en seconde ligne mais assure régulièrement une mission d'établissement de première ligne. Le service des urgences dispose de dispositifs de triage en cas de besoin. Les professionnels veillent à la sécurité numérique (changement mots de passe, données sécurisées...). L'établissement dispose d'un plan de reprise d'activité et de plusieurs data center hébergeant les données du dossier patient dont un dans un bâtiment extérieur à l'hôpital. Il existe un plan de suivi et de maintenance de tout le parc informatique. Une astreinte informatique est effective 24/24. Le nouveau projet d'établissement en cours d'élaboration accorde une place importante à l'optimisation des outils numériques. La maintenance des installations techniques est réalisée en partenariat avec une société externe. Les opérations de maintenance peuvent être suivies par informatique et font l'objet d'une diffusion papier aux pilotes concernés (hygiène, chirurgie...). Elles comprennent également le contrôle de l'air et de l'eau. Des prélèvements d'environnement (air, eau, surfaces) et des dispositifs médicaux critiques (endoscopie) sont organisés avec des sociétés externes. Les dispositions nécessaires à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens sont effectives et concernent tant le public accueilli que les professionnels. L'établissement a intégré et promeut le développement de la démarche de responsabilité sociétale des entreprises (RSE) depuis la construction du bâtiment, socle d'une politique de réduction des impacts environnementaux. La certification « NF Haute Qualité Environnementale Bâtiments Tertiaires a été obtenue en 2014 ». Cela se traduit notamment par la production solaire de 80% de l'eau chaude, un éclairage naturel de tous les locaux avec présence humaine. Différents programmes d'actions à court, moyen et long terme sont mis en œuvre et à titre d'exemple : l'analyse permanente des consommations énergétiques, les achats éco-responsables, le recyclage des déchets, la diminution du gaspillage alimentaire, la réduction de l'usage de produits toxiques pour l'environnement (biocides, détergents, désinfectants). Il est, depuis 2017, établissement pilote d'une démarche développement durable en santé regroupant 23 établissements de la région. La prise en charge des urgences vitales est organisée sous la houlette des professionnels du service de réanimation. Une organisation, basée sur une réflexion systémique a été mise en œuvre depuis plusieurs années. Elle est basée sur un numéro unique aboutissant en unité de réanimation et déclenchant une arrivée très rapide d'un réanimateur et d'un soignant de l'unité. Les déplacements sont favorisés par l'existence de « l'axe rouge » exclusivement réservé aux interventions d'urgence. Les personnels vérifient les chariots d'urgence, des chariots spécifiques « enfants » sont disponibles dans les secteurs concernés. Les professionnels sont tous formés de manière régulière et participent aux simulations, mais la formation AFGSU n'est pas effective pour tous les médecins. Ce constat a été partagé avec la gouvernance et le président de CME. La présence permanente d'un médecin réanimateur, d'un cardiologue et d'un urgentiste renforcent la réponse à l'urgence vitale. La gouvernance de l'établissement promeut la politique qualité – gestion des risques intégrée au projet d'établissement. Elle est élaborée conjointement sous l'égide de la direction générale et de la CME. Elle définit les orientations stratégiques en

matière d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques associés aux soins. Elle a été validée par les instances internes (CA, CME, CRQSS, CDU...) et communiquée aux professionnels qui en connaissent les orientations et actions. Un comité de pilotage en suit la mise en œuvre déléguée à une direction spécifique dotée des ressources humaines et compétences nécessaires. Une charte qualité largement diffusée synthétise l'ensemble. Un PAQSS recense toutes les actions et en suit le déroulement. Les professionnels ont accès à tous les documents utiles à travers la gestion documentaire sur l'Intranet. Ils participent au traitement des données réalisé périodiquement et collectivement. Les données sont largement diffusées et les professionnels des secteurs d'activité disposent de tableaux de bord comportant les indicateurs spécifiques à leurs activités. La culture de déclaration des événements indésirables est réelle. Leur gestion attentive par des professionnels dédiés à cette tâche participe à l'amélioration continue des pratiques. L'accréditation des médecins et des équipes est largement déployée et soutenue par la gouvernance avec une antériorité de plusieurs années pour certains secteurs.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	130002157	INFIRMERIE PROTESTANTE DE MARSEILLE HOPITAL AMBROISE PARE	6, rue désirée clary 13003 MARSEILLE 03 Cedex 6 FRANCE
Établissement principal	130043664	HOPITAL EUROPEEN DE MARSEILLE	6 rue desiree clary 13331 MARSEILLE 03 FRANCE
Établissement géographique	130808843	USLD MARCEL PAGNOL	47 avenue des Trois Lucs 13012 MARSEILLE FRANCE
Établissement géographique	130041767	EUROMED CARDIO	6 rue désirée clary 13003 MARSEILLE 03 FRANCE
Établissement juridique	130041262	EUROMED CARDIO	6 rue désirée clary 13003 MARSEILLE 03 FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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 SSR 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	Oui
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)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	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	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,813
Nombre de passages aux urgences générales	39,201
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	212
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	229
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	34
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	8,229
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	6
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
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)	28
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		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
2	Audit système	Leadership		
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Parcours		Tout l'établissement	

8	traceur		Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins critiques Urgences Adulte Hospitalisation complète	
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Désinfection des endoscopes
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer	

12			Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
14	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NON APPLICABLE
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Programmé	
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Dynamique d'amélioration		

20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration
21	Audit système	QVT & Travail en équipe		
22	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Programmé	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
25	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
26	Audit système	Maitrise des risques		
27	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Chambre > Bloc
28	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
29	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Urgences > Service imagerie
30	Audit système	Entretien Professionnel		

31	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
32	Audit système	Entretien Professionnel		
33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
35	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie + Per opératoire
36	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
37	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
38	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	

40	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
41	Audit système	Entretien Professionnel		
42	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	
45	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins critiques	

			Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
46	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
47	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
48	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
49	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins critiques Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
50	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Hospitalisation complète Programmé	
51	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
52	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
53	Audit système	Coordination territoriale		
54	Audit système	Engagement patient		
55	Audit système	Représentants des usagers		
56	Patient traceur			

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

