



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CENTRE HOSPITALIER OUEST REUNION**

le grand pourpier sud  
5 impasses Plaine Chabrier  
97860 ST PAUL



Validé par la HAS en Novembre 2023

---

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Novembre 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	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	24
Annexe 3. Programme de visite	28

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

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

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

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

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER OUEST REUNION	
Adresse	le grand pourpier sud 5 impasses Plaine Chabrier 97860 ST PAUL FRANCE
Département / Région	La Réunion / La Réunion
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	970421038	CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN	Le grand pourpier sud 5 impasse Plaine Chabrier 97460 Saint Paul Cedex FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

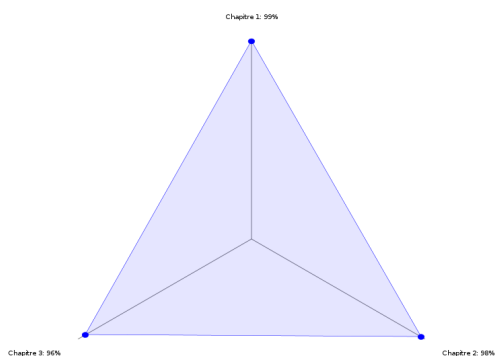


# Champs d'applicabilité

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

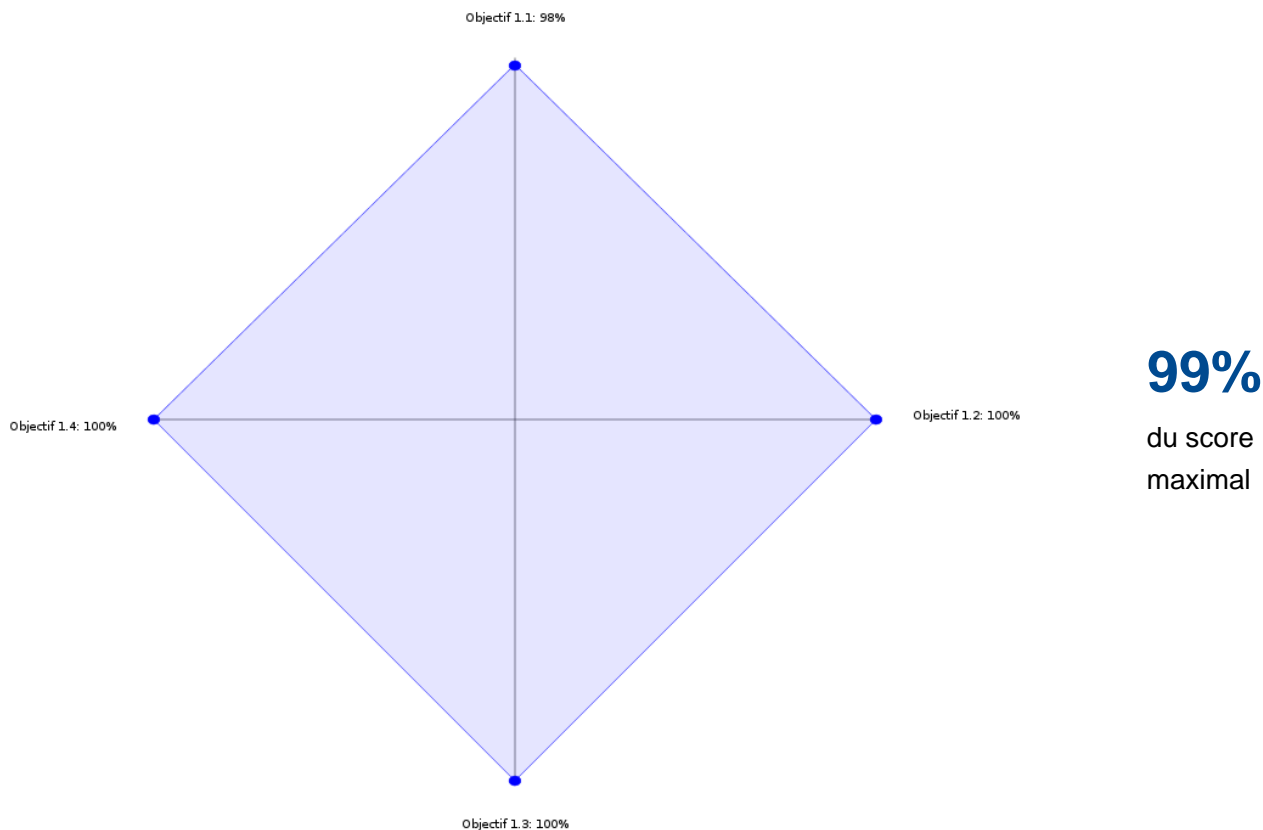
Au regard du profil de l'établissement, **118** critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



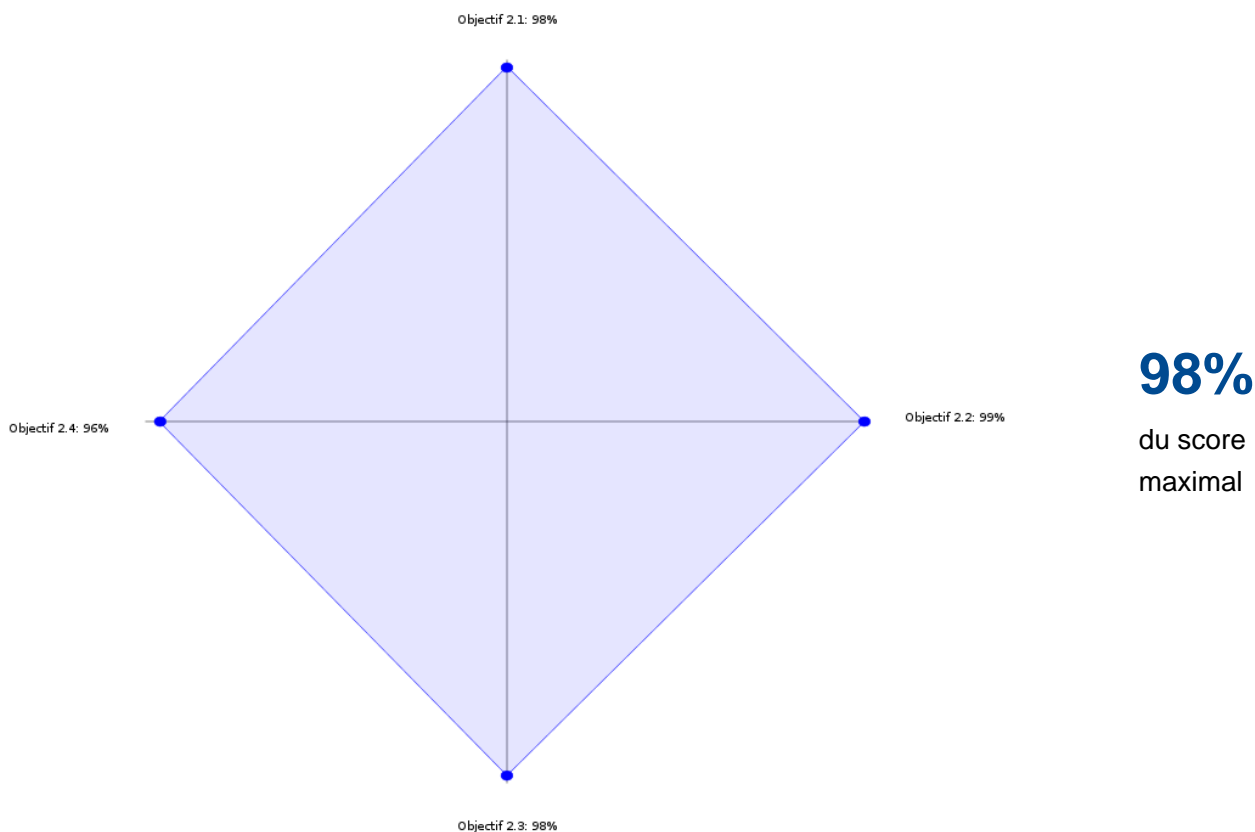
Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1,2	Le patient est respecté.	100%
1,3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte 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 hypothèses et confirmations diagnostiques. Ces explications conduisent à un projet de soins personnalisé. Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge, ce qui est tracé dans le DPI. Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités. L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins. L'enfant signe son consentement et un contrat est passé entre l'enfant et l'équipe en ce qui concerne les éléments qui peuvent avoir des marges acceptables (type de mesure, continue ou pique le doigt). L'avis sur le projet de soins et ses modalités de l'enfant et celui des parents, est documenté dans son dossier. Le patient bénéficie de messages adaptés à son âge, renforçant sa capacité à agir pour sa santé, d'une part par affichage, oralement

au cours de son séjour, ou à la sortie et à l'aide de fascicules, sur les actions de prévention (vaccination, ...), sur sa pathologie (activité sportive du diabétique) ou son traitement (anticoagulant, ...). L'équipe d'addictologie intervient à la demande pour une aide à l'arrêt du tabac. Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge : par exemple au cours du parcours bariatrique qui accompagne le patient au moins 6 mois, en orthopédie où le patient est acteur de sa récupération, en médecine adulte ou pédiatrique, où des contrats de prise en charge sont passés avec le patient avec des objectifs réalistes d'amélioration de sa santé incluant des messages de santé publique. L'hospitalisation peut être également l'opportunité pour le patient de réintégrer une filière de soins. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse, comme en témoigne un patient traceur. Le patient peut désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix. Cependant, la signature de cette dernière ne valide pas toujours le choix du patient, du fait de son absence au moment de l'admission par exemple. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits. Le patient est préalablement informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour. Une carte d'implant lui est remise dans certaines spécialités (ophtalmologie, oncologie, ...) et le type de dispositifs médicaux implantables avec ses références est systématiquement tracé dans le compte rendu opératoire et basculé dans la lettre de liaison à la sortie (gastro-entérologie, orthopédie, ...). Il reçoit les consignes de suivi appropriées. Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés. En ambulatoire, et pour toutes les formes de prise en charge, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge à travers un passeport pour la chirurgie ambulatoire où les signes d'alerte sont identifiés pour l'appel post-opératoire et expliqués. Lors de l'appel du lendemain, les signes d'alerte sont recherchés. Le patient est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées dans le livret d'accueil, mais celui-ci ne lui est pas toujours été expliqué par les professionnels. En ambulatoire, les équipes n'informent pas, volontairement, le patient sur son droit à rédiger ses 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. 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. Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction par e-Satis et/ou des questionnaires de satisfaction de l'établissement. Des questionnaires de satisfaction spécifiques sont réalisés par diverses équipes, par exemple sur la prise en charge bariatrique, ou celui de l'IHAB, en maternité et en néonatalogie. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité dans tous les secteurs visités, ce qui est confirmé par les patients traceurs. Aux Urgences, au Bloc opératoire (dont la SSPI spécifique pédiatrique), en Pédiatrie, en Maternité et en Néonatalogie, le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté et les professionnels sont formés à sa prise en charge. L'hospitalisation d'un patient mineur en secteur adulte ne concerne que des mineurs de plus de 15 ans. Dans ce cas, il bénéficie d'une chambre seule et de l'accompagnement de ses parents. Il est suivi par les pédiatres. Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour, y compris les handicaps psychiques. Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. L'aptitude du patient âgé fait l'objet d'une évaluation systématique de son autonomie cognitive ; une chaise est mise dans le couloir pour lui permettre de se reposer lorsqu'il sort de sa chambre. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Le système d'information hospitalier est sécurisé par des identifiants et des temps de mise en veille avec reconnexion. Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale. En cas de contention, le patient, et/ou sa personne de confiance, a reçu une information claire et explicite sur sa motivation. Par exemple, en pédiatrie, l'enfant ne porte pas de moufle systématique en cas de sonde nasogastrique. Les barrières demandées par les patients âgés sont prescrites en pneumologie. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité, avec un équilibre entre l'aide et la recherche de l'autonomisation. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur et à la réévaluer régulièrement. Dans les salles de soins, les professionnels ont à disposition des patchs d'antalgiques, du saccharose (pédiatrie), du protoxyde d'azote, .... Un projet d'utilisation de lunettes de réalité virtuelle est en cours ; les techniques

d'analgésie multimodale sont en place au bloc opératoire. Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins. Des réponses adaptées et personnalisées sont proposées aux proches et/ou aidants en accord avec le patient. Un des parents a la possibilité de rester pendant toute l'hospitalisation auprès de son enfant. Les aidants sont présents pour les personnes âgées et les professionnels impliquent les familles dans la construction du projet de soins (pneumologie, pédiatrie, ...) et lors du retour au domicile. La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite en pédiatrie, en néonatalogie, pour les personnes âgées, au bloc et/ou en SSPI enfant, en soins palliatifs. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates. 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. 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 avec une salle de classe et un professeur dédié. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie, ce qui est facilité par la mutualisation de l'assistante sociale en médecine gériatrique et au sein de l'équipe mobile de gériatrie à domicile.

## 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	98%
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	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes de l'établissement. La prise en charge s'appuie sur des protocoles pour les situations standard, et pour les situations plus complexes sur des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires et des RCP. L'analyse bénéfique/risque est partagée avec le patient. L'équipe du SMUR assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à la prise en charge (pédiatrie, personnes handicapées, personne âgée, syndrome coronarien). La pertinence de l'orientation du patient par le SMUR est argumentée avec l'équipe d'aval et tient compte, si possible, du choix du patient. En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient. La plupart des prescriptions d'antibiotiques sont justifiées, soit par des hypothèses probabilistes, soit sur documentation biologique. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est

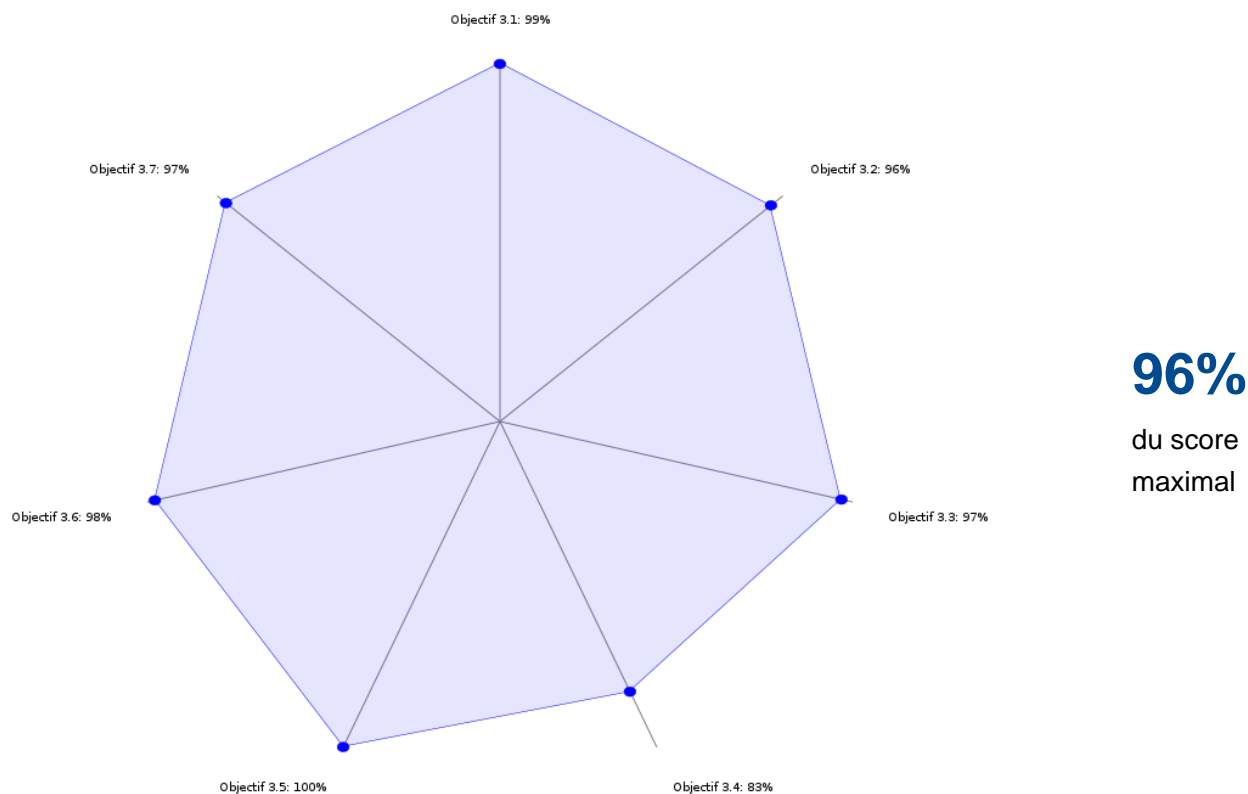
argumentée et réévaluée au bout de 3 et à 7 jours. Un livret des antibiotiques est à disposition des praticiens qui peuvent également se référer à un médecin infectiologue et une pharmacienne référente. L'analyse bénéfice-risque est réalisée de façon systématique avec une analyse de la pertinence des actes transfusionnels au niveau du service réalisant la transfusion. Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient et est scanné dans le DPI à son arrivée au CHOR. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge. Lors de son admission aux urgences, l'orientation est réalisée par l'infirmier d'accueil et d'orientation et le tri est réalisé à l'appui d'une échelle de tri selon les critères de gravité. L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement. Le dossier informatisé du patient est complet et accessible à tous les professionnels impliqués, y compris les professionnels de soins de support. Quelques éléments restent initialement tracés sur papier (les autorisations d'opérer, le partogramme, la feuille d'anesthésie en salle de naissance, ...) et sont immédiatement scannés dans le DPI. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. Les besoins et préférences du patient sont réévalués et tracés tout au long de sa prise en charge pour adapter le projet de soins à la fois chez l'adulte et chez l'enfant en concertation avec l'ensemble des acteurs de soins. La conciliation des traitements médicamenteux a été initiée depuis plusieurs années au CHOR. L'établissement a identifié les situations les plus à risques de sa patientèle. Cependant, seuls 11 % de ces patients prioritaires bénéficient de la conciliation, notamment ces 6 derniers mois du fait de l'absence des externes en pharmacie auxquels cette tâche est confiée sous la supervision d'un pharmacien. Au cours de cette période la conciliation médicamenteuse a été assurée au cas par cas à la demande des médecins. Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité de lits. Une organisation est en place et les rôles sont définis. En particulier, si un patient de plus de 15 ans est hébergé en chirurgie (et non pas en pédiatrie faute de place), l'équipe qui héberge le patient élabore son protocole de soins en lien avec l'équipe pédiatrique. Toutes les mesures particulières mises en place du fait de son hébergement inhabituel sont communiquées au patient. L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise soit en interne, soit auprès des CHU de l'île. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. Une réunion de programmation a lieu chaque semaine. Une salle et des ressources humaines sont réservées aux urgences, ce qui permet de mieux respecter les programmes. Un outil informatique permet la gestion de la programmation de tous les secteurs interventionnels et est en lien avec le DPI. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient en amont et en aval de l'intervention via le DPI. Les équipes mettent en œuvre systématiquement une check-list spécifique au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels. Celle-ci est réalisée de façon exhaustive à chaque étape, en présence des personnes concernées. Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent. Il n'y a pas de secteur d'HAD au CHOR ; des équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs et de néonatalogie interviennent au domicile et se coordonnent avec les secteurs d'hospitalisation. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient de façon adaptée au choix du patient, notamment en diabétologie. Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé 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. L'équipe mobile de soins palliatifs intervient à la demande des services pour toute situation douloureuse ou de fin de vie. Une lettre de liaison à la sortie est systématiquement remise au patient et adressée au médecin traitant. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Un bracelet d'identification est systématiquement mis au patient à son entrée. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. Les responsabilités sont identifiées et connues des professionnels. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription dans le DPI. La dispensation est réalisée sous forme de dotation globale en plein vide soit par un jeu de deux armoires sécurisées en médecine et en chirurgie pour les

formes orales et injectables, soit par des approvisionnements sur commande deux fois par semaine dans les autres services et pour les autres formes galéniques. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments en vérifiant la concordance entre le patient, la prescription et le produit au moment de l'administration. Le patient reçoit les informations concernant son traitement. Les équipes respectent les bonnes pratiques des médicaments à risque critique (MARC selon la dénomination de l'établissement) en termes de prescription, administration, suivi et surveillance. Les professionnels sont formés aux risques d'erreurs médicamenteuses. Cependant, la cohérence entre les listes adaptées au service et l'étiquetage des médicaments dans les armoires, les réfrigérateurs et les chariots d'urgences a dû faire l'objet d'un ajustement en cours de visite. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont globalement réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Cependant, les experts-visiteurs ont constaté des armoires à pharmacie non fermées dans des salles de soins non sécurisées, avec, de plus, la clef du tiroir à stupéfiants accessible dans l'armoire en question. Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Le dépôt de sang est situé à proximité du laboratoire. Le CHOR a développé une organisation répondant à des exigences du type COFRAC, compte tenu de sa localisation à proximité du laboratoire. Le dossier du patient contient l'ensemble de informations relatives à la prescription, à l'administration, aux facteurs de risque et à la surveillance de la transfusion. Les équipes connaissent les protocoles de prises en charge des complications graves des transfusions. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les indications de l'hygiène des mains sont connues et appliquées. Les équipes évaluent leurs pratiques en la matière. Les consommations de SHA sont suivies et communiquées aux services trimestriellement. Des actions correctrices sont mises en œuvre autant que de besoin. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires. Les équipes sont formées, les précautions complémentaires sont prescrites et leur mise en place vérifiée. Des audits sont réalisés sur l'hygiène des mains, les tenues et le zéro-bijoux, la gestion des excréta, la gestion de l'environnement. L'EOH est très impliquée auprès des équipes. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs. Des protocoles issus des recommandations sont validés pour les adultes et en pédiatrie après adaptation au livret des antibiotiques de l'établissement. L'antibioprophylaxie est prescrite lors de la consultation préanesthésique. Les modalités d'administration ont été récemment modifiées afin de mieux respecter le délai administration/ incision. Les IADE en sont désormais chargés. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs. Les conditions de désinfection et de stockage des dispositifs sont respectées et suivies. Les professionnels sont formés et les contrôles microbiologiques réalisés. La traçabilité de l'ensemble du processus est assurée y compris dans le DPI. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates (protocoles de pose, traçabilité de la pose, réévaluation périodique). Des audits sont réalisés. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires. La préparation préopératoire est assurée selon les protocoles par intervention. Les tenues au bloc opératoire sont respectées. Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène. L'autonomie du patient âgé ou en situation de handicap est évaluée à l'entrée et au cours du séjour. L'équilibre entre aide et autonomie fait l'objet d'une réflexion d'équipe. L'établissement promeut les vaccinations recommandées. Une vaccination antigrippale est proposée par la médecine du travail lors des campagnes. Le taux de couverture vaccinale contre la grippe est suivi (2%). Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants. Les équipes au bloc opératoire ou en imagerie disposent de EPI et de dosimètres passifs et opérationnels. La formation des professionnels à la radioprotection est suivie. Les procédures et doses administrées sont retrouvées dans le DPI via les CR d'imagerie. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). Deux chariots de prise en charge des hémorragies du post-partum en salle de naissance et un au bloc opératoire sont vérifiés et sécurisés. Des formations sont régulièrement organisées avec le réseau périnatal REPERE, notamment en simulation multi-professionnelle. La traçabilité est assurée dans le DPI. En chirurgie ambulatoire, l'autorisation de sortie du



patient est validée par score de Chung. Les IDE sont formées. Le transport des patients en intra-hospitalier est maîtrisé. Les flux sont gérés à l'aide d'un outil informatique, un PC central et des temps de transport adaptés. Les équipes de brancardiers sont formés aux gestes d'urgence (AFGSU) et veillent au confort du patient transféré avec du matériel adapté soit : en brancard, en fauteuil roulant ou en marchant accompagné par le brancardier (respect de l'intimité). La plupart des équipes réalisent des évaluations de leurs pratiques se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques. Les EPP réalisées permettent améliorer les pratiques. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients à travers le recueil des indicateurs e-Satis, un questionnaire institutionnel et des questionnaires spécifiques par service ou pôle. Les plaintes et réclamations sont suivies, analysées et font l'objet d'action d'amélioration. Les IQSS sont analysés, exploités et communiqués. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins. Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés, en particulier aux urgences, au bloc opératoire, en chirurgie et en gynécologie obstétrique. Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients. Un registre des refus est tenu et analysé. Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list. Les audits de la check-list sont réguliers et complets. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place. L'information sur le don d'organes est diffusée. Les équipes des soins critiques savent contacter le centre de référence au CHU nord. Les patients en état de mort cérébrale font l'objet d'une analyse d'éligibilité.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
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	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

Le Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR) et l'Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR) sont organisés en direction commune. Le CHOR est membre du GHT de la Réunion composé de quatre établissements. Le CHU de La Réunion est l'établissement support du GHT. Le CHOR répond, par son organisation à l'ensemble des besoins du territoire avec une offre de soins diversifiée en hospitalisation

complète et en ambulatoire. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est actualisé. L'établissement est associé au développement de la CPTS de son territoire. Il conduit une politique "aller vers" des établissements sanitaires (SSR) et médicaux-sociaux (EHPAD) pour l'accès aux consultations de spécialités, aux hospitalisations. Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide notamment concernant les patients âgés. L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales à l'aide d'une équipe mobile de gériatrie qui intervient à domicile. Les modalités de communication permettent aux usagers de contacter l'établissement aisément (site, numéro du service à la sortie) et aux médecins de ville notamment grâce à un annuaire et au maintien de liens réguliers avec la médecine de ville. L'établissement promeut la recherche clinique en son sein et participe à des essais cliniques dont le CHU est promoteur. L'établissement promeut différentes formes de recueil de l'expression du patient : recueil de la satisfaction avec e-Satis, questionnaire institutionnel et spécifiques des services avec exploitation des résultats et restitution aux équipes. L'établissement s'est engagé dans le développement d'une démarche pour recueillir et exploiter l'expérience patient avec des formations et impliquant des patients partenaires (diabétologie pédiatrique, consultation post-réanimation, ...). L'établissement n'a pas de patient expert à proprement parler. Des RMM et des programmes d'ETP ont eu lieu avec des patient(e)s. L'établissement a une politique de communication centrée sur le patient : livret d'accueil, livrets spécifiques (urgences, réanimation/USC, pédiatrie, obstétrique, néonatalogie), site internet du CHOR, informations assurées par le réseau TV interne. Des formations à l'écoute et à la communication sont proposées et suivies. La CME, la Commission des soins, la CDU et les professionnels sont informés des plaintes et réclamations (et des éloges). Deux médiateurs, médical et paramédical et leurs suppléants siègent à la CDU. L'établissement prône la bienveillance dans ses valeurs. Le respect des patients et de leur famille est promu et perceptible au sein de l'établissement. La bienveillance est également développée au sein des équipes entre professionnels, ainsi que dans le management. L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients à travers des relais connus des professionnels (médecin, assistance sociale). L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein en diffusant les bonnes pratiques. Il existe un dispositif de déclaration sur le site intranet des situations de maltraitance. L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap et répond aux exigences de la prise en charge de toutes les formes de handicap (établissement ouvert en 2019). L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables à l'aide d'une PASS. L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier dans des délais adaptés. L'établissement a une politique de maintien des compétences, d'investissements, d'implication dans la recherche clinique et de recrutement afin de favoriser l'accès aux innovations pour les patients. 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 (CDU, CLUD, CLAN et prochainement Comité d'éthique). Le projet des Usagers est formalisé dans le projet d'établissement. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La Communauté médicale, les directions fonctionnelles, l'encadrement et les professionnels sont pleinement associés à la démarche qualité / gestion des risques. Les professionnels connaissent les actions d'amélioration qui les concernent et sont force de proposition. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins. L'établissement a choisi de ne pas initier l'évaluation de la culture de sécurité des soins en parallèle de la préparation de la certification et a prévu de le faire en 2023. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge. En vue du déménagement en 2019, les maquettes organisationnelles avaient été travaillées avec les équipes. Depuis, elles sont mises à jour ou ajustées en fonction des réorganisations ou de l'augmentation d'activité. L'établissement a une politique de remplacement (SICS, remplacement au sein de l'équipe). Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management. L'encadrement a suivi un parcours de formation pour les managers. Les réunions d'encadrement sont régulières. La gouvernance administrative et médicale impulse et soutient le travail en équipe à travers un management participatif et la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux. Des actions de sensibilisation au travail en équipe sont développées

(simulation en équipe en obstétrique, et sur la réanimation à la naissance, aux urgences, ...) La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe comme la démarche d'obtention du label IHAB en maternité et en néonatalogie. L'équipe médicale d'obstétrique est engagée dans une démarche d'accréditation en équipe. Les connaissances individuelles et collectives des équipes sont assurées en particulier des nouveaux arrivants. Les compétences sont régulièrement évaluées, en lien avec les secteurs d'activité, de manière à mettre en œuvre les actions utiles de formation et de développement professionnel continu. Un dispositif et des supports dédiés sont disponibles pour les équipes médicales. Les plans de formation pluriannuels sont ciblés sur les métiers et pratiques professionnelles. L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs. Un comité d'éthique se met en place. Une représentante des Usagers vient d'être sollicitée pour y participer. La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT) qui s'est appuyée sur des forums de rencontres de la direction avec l'ensemble des professionnels, « les 4 ans du CHOR ». Ce bilan a débouché sur un plan d'actions. La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits à l'aide d'une commission de vie institutionnelle. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. Un ensemble de plans opérationnels sont déployés : Hôpital en tension, plan blanc, plan cyclone. La cellule de crise est opérationnelle. Des retours d'expérience en santé (RETEX) sont réalisés : cyclone BATSIRAIL, SI-VIC. Concernant la maîtrise des risques numériques, chaque agent est détenteur d'un badge pour circuler dans l'établissement. Les mots de passe personnels font l'objet d'une mise à jour tous les six mois. Les équipes connaissent la conduite à tenir en cas d'incident informatique ainsi que la procédure dégradée et l'existence d'un plan de reprise d'activité. Une astreinte informatique est en place jusqu'à 23h. Le plan de sécurisation de l'établissement structure la sécurité et la sûreté. L'établissement est doté d'un système de caméras de surveillance, d'une équipe sécurité incendie (SSIAP) et de sûreté, et les accès aux différents secteurs sont globalement sécurisés. Les situations à risque pour les patients (actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides...) sont répertoriées. Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas d'intrusion. Le CHOR contribue aux enjeux du développement durable ou RSE. Le référent développement durable est désigné. Un ensemble de mesures en matière de développement durable (tri et valorisation des déchets avec le déploiement de plusieurs filières de traitement) sont engagées. Les consommations (énergie et eau) sont connues. L'établissement a mené un audit énergétique et une conseillère en transition énergétique et écologique a été recrutée à l'échelle du GHT. Un plan d'actions est en cours d'élaboration. La prise en charge des urgences vitales est organisée dans l'enceinte de l'établissement. Tous les professionnels peuvent appeler un médecin compétent pour intervenir : un numéro unique et dédié pour tous les secteurs, ainsi qu'au bloc et aux urgences. Les médecins en charge du secteur et les professionnels connaissent les conduites à tenir. Les chariots d'urgence sont accessibles et leur maintenance est assurée. La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques cliniques ou organisationnelle. Une veille juridique et réglementaire est réalisée mensuellement. Des revues de pertinence des pratiques sont également réalisées (insuffisance cardiaque, transfusion, ...). L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité : résultats des questionnaires e-satis, enquête IPSOS, plaintes, réclamations. Cependant, la contribution de la CDU et des représentantes des usagers n'est pas visible dans le PAQSS. Les professionnels ne connaissent pas les recommandations de la CDU. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins. Ils sont suivis par le COPIL Qualité et gestion des risques, font l'objet d'une présentation en bureaux de pôles et aux instances dont la CME, la CSIRMT. L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'événements indésirables liées aux soins tant au niveau institutionnel que des services. Des RMM ou REX sont organisés sur les EIG dans de nombreux services. L'établissement est le siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences et améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité. La gouvernance suit quotidiennement la disponibilité des lits de l'établissement à l'appui de deux bed-managers. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement.

Cinq médecins sont accrédités pour les spécialités en gynéco-obstétrique et en chirurgie orthopédique. Huit gynécologues obstétriciens sont engagés dans la démarche.

# 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	970421038	CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN	Le grand pourpier sud 5 impasse Plaine Chabrier 97460 Saint Paul Cedex FRANCE
Établissement principal	970400065	CENTRE HOSPITALIER OUEST REUNION	le grand pourpier sud 5 impasses Plaine Chabrier 97860 ST PAUL 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	Oui
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	Non
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	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2 578
Nombre de passages aux urgences générales	31 315
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	13 026
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	157
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	32
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	37
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	8
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	7
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	5
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	609
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	24
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	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	7
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	6
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 Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
2	Audit système	Engagement patient		
3	Audit système	Maitrise des risques		
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Médecine	
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	

8	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Maternité</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
9	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
10	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours		Tout l'établissement	

12	traceur		Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire (bloc)
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable : endoscopie
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète	

			Chirurgie et interventionnel	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité	
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
24	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
27	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Pas de situation particulière Enfant et adolescent	

			Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
28	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU / SMUR / URGENCES GENERALES
29	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU / SMUR / URGENCES PEDIATRIQUES
30	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec dispositif invasif
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
32	Audit système	QVT & Travail en équipe		
33	Audit système	Leadership		
34	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Audit système	Représentants des usagers		
37	Audit système	Dynamique d'amélioration		
38	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	



39	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable
40	Audit système	Coordination territoriale		
41	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
42	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins critiques</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
43	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient assis
44	Audit système	Entretien Professionnel		
45	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
46	Audit système	Entretien Professionnel		
47	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p>	

			<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
48	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
49	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
50	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

---

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

---

