



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

GROUPE HOSPITALIER EST REUNION

30 m 3 zac madeleine

Bp 186

97470 Saint Benoit



Validé par la HAS en Novembre 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 – 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.

Présentation

GROUPE HOSPITALIER EST REUNION	
Adresse	30 rn 3 zac madeleine Bp 186 97470 Saint Benoit 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	970403606	GROUPE HOSPITALIER EST REUNION	30 rn 3 zac madeleine Bp 186 97470 Saint-Benoit FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

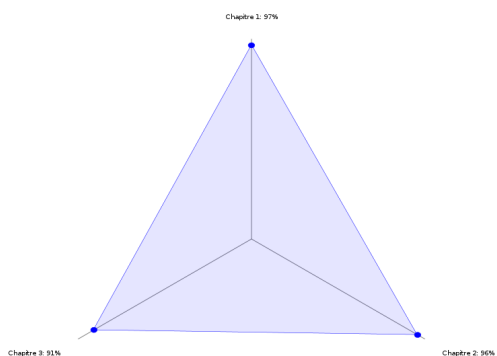
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

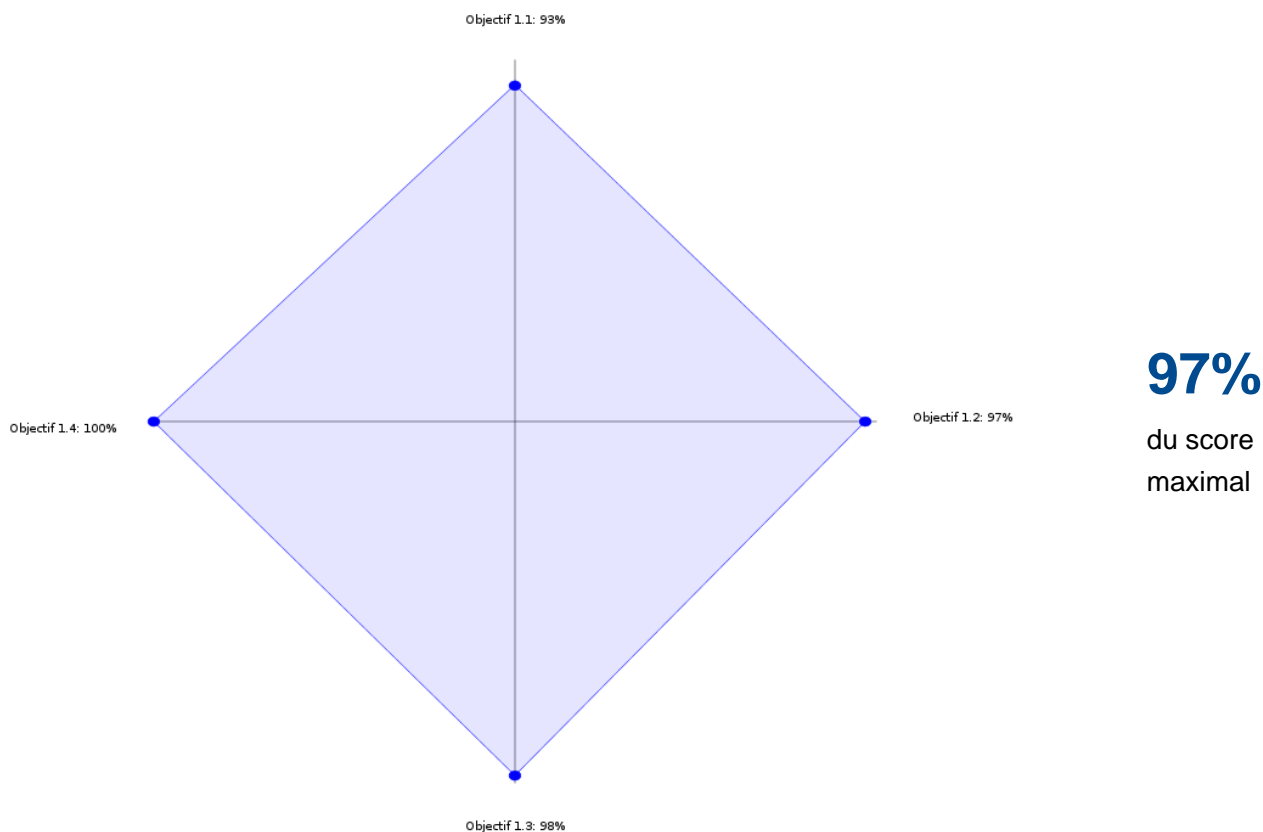
Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



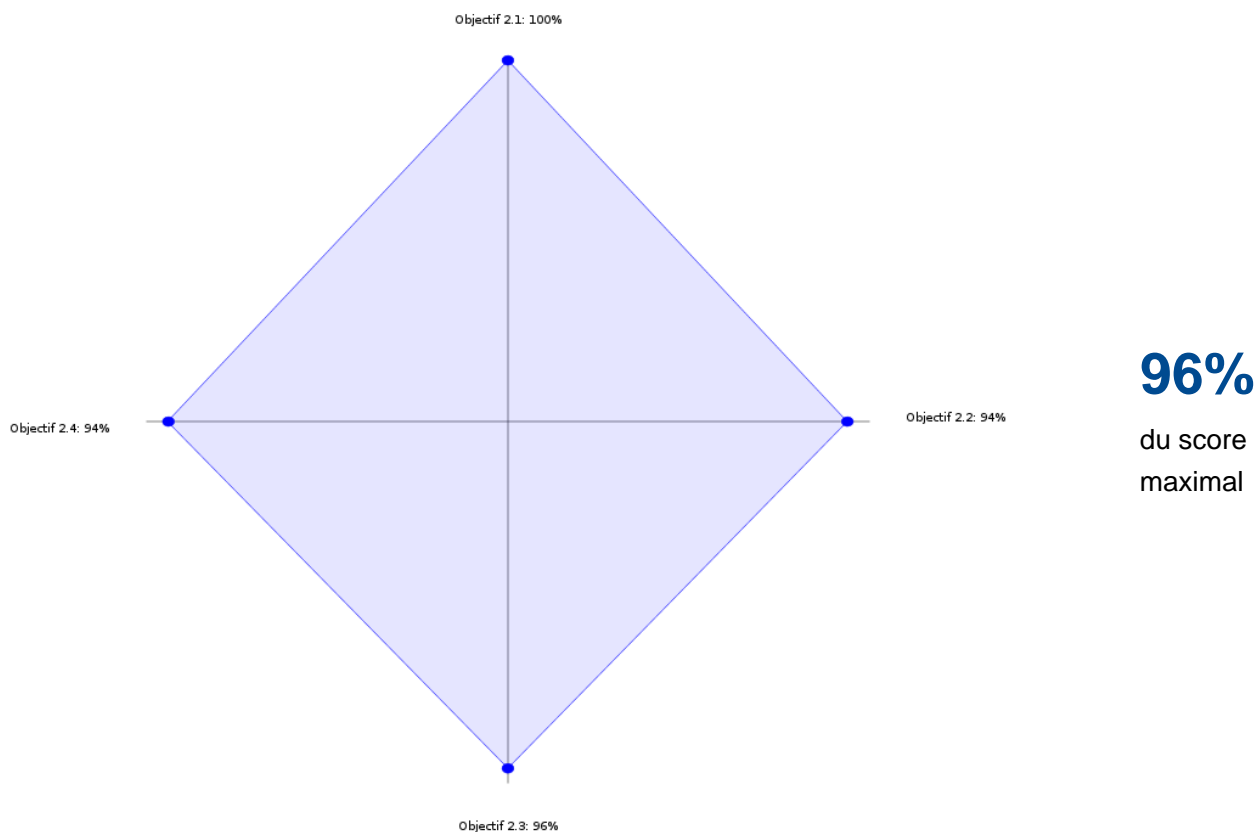
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	98%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients du Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) reçoivent une information claire et adaptée à leur état de santé. La Charte de la personne hospitalisée et la Charte de l'enfant font l'objet d'un affichage. Pour des prises en charge spécifiques, la Charte Romain Jacob est affichée dans les services. Dans tous les services de court séjour, en SSR, en soins de longue durée (SLD), les professionnels s'assurent de l'implication du patient aux différentes étapes de sa prise en charge. Ce dernier exprime librement son consentement sur son projet de soins et participe aux décisions relatives à sa prise en charge en étant impliqué dans l'évaluation bénéfique/risque. Les équipes tracent dans le dossier les informations communiquées au patient sur ses principaux facteurs de risque (IMC, troubles nutritionnels...). Des supports d'information sur les messages de santé publique (vaccination...) et la prévention primaire (tabac, alcool, nutrition...) sont affichés ou à disposition dans

les services. Si le patient fait l'objet de précautions complémentaires pour risque de transmission d'agents infectieux, les raisons et les règles d'application lui sont expliquées. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse. Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge. En ambulatoire, le patient reçoit une information sur les modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge. Il bénéficie d'actions d'information, d'actions éducatives (ETP diabétologie et obésité). Un projet de naissance est proposé aux futurs parents dès le début de la grossesse. L'information des patients sur leurs droits à désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix est assurée dans l'ensemble des services. L'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont tracées dans le dossier. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits. Il est informé des produits sanguins labiles qui lui ont été administrés, des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour. En ambulatoire, ce dernier reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge. Concernant les directives anticipées, le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives avec le soutien, si besoin, de l'équipe médicale formée en soins palliatifs en court séjour gériatrique, en SLD, en SSR. L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée. Il est informé des structures et des personnes, représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner. Un affichage est présent dans les services. Pour son retour à domicile ou en structure d'hébergement, il reçoit toutes les informations sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins. Le patient n'est pas systématiquement invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction. Le plus souvent, il ne connaît pas les modalités pour déclarer un événement indésirable associé aux soins (EIAS). Il peut toutefois exprimer sa satisfaction par l'intermédiaire des questionnaires qui lui sont soumis (e-Satis et questionnaires internes). Le patient est respecté. Les professionnels au niveau des pratiques veillent au respect de l'intimité, à la confidentialité et à la dignité du patient. Les services disposent de chambres individuelles et les chambres doubles disposent de paravents de séparation. Toutefois, au niveau des urgences, les équipements et les locaux ne permettent pas toujours de garantir l'intimité et la dignité des patients dans la salle d'attente des patients couchés adultes, malgré certains aménagements. Les pratiques permettent d'y répondre en partie par la mise à disposition de paravents autour de chaque brancard. Les causes de cette anomalie identifiées par l'établissement reposent sur l'architecture des locaux qui ne sont plus en capacité d'absorber la progression régulière du nombre de passages aux urgences depuis son ouverture en 2012. Pour y répondre, l'établissement apporte la double réponse suivante : une opération de travaux est en attente d'un financement complémentaire dans le cadre des investissements du Ségur de la Santé. Le projet a déjà fait l'objet d'un travail spécifique (« Projet urgences 2024 ») avec l'instauration d'un Comité de pilotage (COPIL) et de groupes de travail pour réfléchir à la gestion des flux d'admission et élaborer un cahier des charges. Le projet est en cours d'instruction par l'ARS de La Réunion, une cellule d'ordonnancement de la gestion des lits est en cours de constitution pour renforcer le travail entrepris sur la fluidification des hospitalisations non programmées au niveau de l'établissement et limiter ainsi les temps d'attente des patients au niveau des urgences. Peuvent être citées comme actions concrètes mises en œuvre, les filières de prises en charge rapides des patients en secteur gériatrique, en pédiatrie. En UHCD, le patient mineur ne bénéficie pas pleinement d'un environnement adapté. L'UHCD adulte accueille régulièrement de la pédiatrie en cas d'insuffisance de lits spécialisés d'aval. S'il existe une priorisation pour certaines chambres, aucune n'est réellement dédiée à la prise en charge spécifique des mineurs. La question de l'hospitalisation des mineurs en UHCD a été identifiée dans les axes de travail d'amélioration du service en 2022. A la suite de l'identification de l'anomalie, l'établissement a mis en œuvre, immédiatement, une action d'amélioration des locaux en engageant des travaux dans une chambre particulière de façon à l'adapter à l'accueil des mineurs, à l'équivalent des opérations déjà réalisées au niveau du box d'examen du secteur des urgences. Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour et son aptitude est régulièrement évaluée. C'est un axe de travail prioritaire de la filière gériatrique Les contentions mécaniques font l'objet d'une information auprès du patient et relèvent d'une décision médicale. Elles sont également réévaluées. Le patient bénéficie de soins visant à

soulager sa douleur avec une réévaluation régulière à l'appui de différentes grilles adaptées à ce dernier (adulte/enfant). Ces informations sont tracées dans les dossiers des patients. Avec l'accord du patient, des proches ou aidants peuvent être associés à sa prise en charge. La présence des proches est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement par une assistante sociale. Le GHER dispose d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) permettant de prendre en charge des personnes en situation de précarité. Les équipes questionnent les patients vivant avec un handicap quant à leurs attentes et leurs besoins. En SLD, les patients bénéficient d'un panel d'activités avec un affichage dans les chambres leur permettant de maintenir à la fois leur autonomie et un lien social.

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	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	94%

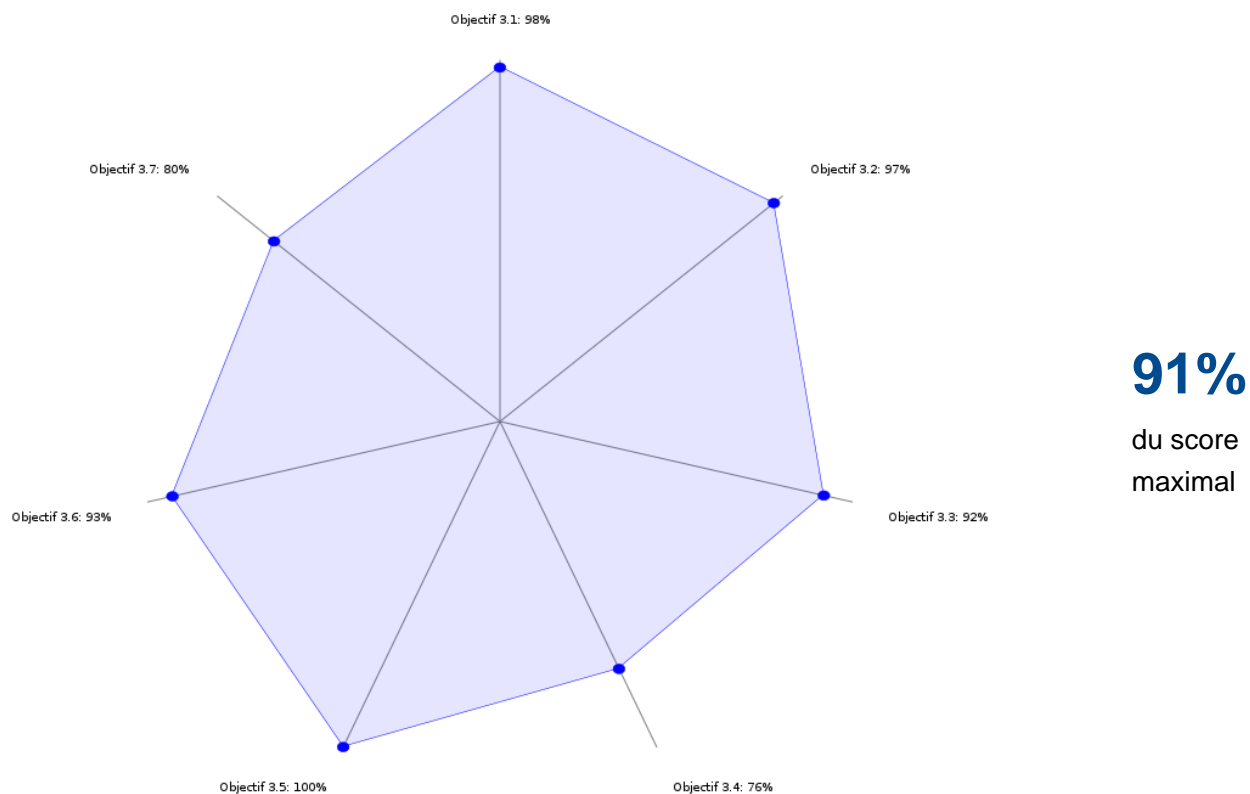
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée dans le cadre d'une concertation pluriprofessionnelle. Pour les prises en charge complexes, des concertations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles permettent de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique. Pour le service de SSR, la pertinence de l'admission et du séjour est argumentée et réévaluée au sein des équipes qui utilisent l'outil TRAJECTOIRE. La prescription d'une HAD est envisagée lorsque les conditions le permettent. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée entre la 24ème et la 72ème heure avec l'appui d'un pharmacien de l'établissement. Concernant les produits sanguins labiles (PSL), les transfusions sont réalisées conformément aux bonnes pratiques. L'analyse de la pertinence des prescriptions est systématique et l'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion. Des indicateurs de suivi

sont en place. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Au niveau des urgences, le dossier du patient contient les éléments nécessaires à sa prise en charge : antécédents médicaux, examens cliniques, prescriptions, résultats de bilan... Lors de son admission aux urgences, le patient et son entourage, bénéficient d'un accueil par une infirmière formée spécifiquement à l'orientation et à l'accueil et une aide-soignante chargée du lien avec les familles. Les délais d'attente ne sont pas communiqués au patient. Toutefois, un dispositif technique sera prochainement déployé permettant de les afficher. L'équipe des urgences ne connaît pas à proprement parler les disponibilités en temps réel des lits des services de l'établissement. Pour autant, un cadre de santé assure deux fois par jour un relevé des disponibilités des lits des services de l'établissement. L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement. Le dossier du patient informatisé (DPI) n'est pas totalement déployé dans tous les services. Urgences, blocs et dialyse, soins critiques notamment, disposent d'un dossier papier. Si tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont bien intégrés dans le dossier du patient, en revanche son accessibilité est rendue difficile dans certains services où les supports papiers cohabitent avec le DPI, sans véritable structuration de l'ensemble. L'établissement a pris la mesure de cette difficulté. Il souligne qu'un DPI sera prochainement déployé à l'échelle du territoire du GHT de La Réunion et permettra de bénéficier d'un support unique pour chaque patient. Dans l'intervalle, le PAQSS de l'établissement va intégrer une action d'amélioration avec une actualisation du guide d'utilisation du dossier patient. Le projet de soins du patient est structuré. Il est construit avec le patient en prenant en compte ses besoins et en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation à l'appui, si nécessaire, des professionnels en soins de support (Court séjour gériatrique, SLD, SSR). Les équipes de soins peuvent faire appel en interne à un réseau d'experts (soins palliatifs, douleur, addictologie ...) et certains patients peuvent bénéficier d'une conciliation des traitements médicamenteux. Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. S'il fait l'objet d'un hébergement dans un service inhabituel, un protocole de soins organise sa prise en charge. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. Une cellule de programmation hebdomadaire pluriprofessionnelle est organisée. En liaison avec le conseil de bloc, les équipes de chirurgie, d'anesthésie et des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des écarts de programmation (taux de déprogrammation, TROS, TVO). Plusieurs audits internes ont été réalisés pour ce secteur d'activité. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent globalement toutes les informations relatives au patient à l'appui du dossier du patient en format papier. Toutefois, la qualité des informations transmises ne fait pas l'objet d'une analyse régulière. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list est utilisée de manière efficace. Cette dernière est réalisée de façon exhaustive à chaque étape : avant induction le cas échéant, avant le geste et avant la sortie de la salle. L'équipe de la pédiatrie et les équipes des secteurs adultes se coordonnent pour la prise en charge des jeunes patients. Le carnet de santé, le dossier du patient, sont mis à jour pour assurer la continuité des soins. La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en présence du médecin référent en soins palliatifs. Les professionnels individuellement ou en équipe bénéficient de ressources d'accompagnement avec la présence d'un psychologue, d'un kinésithérapeute, d'une assistante du service social, ... facilitant la gestion de ces situations. A la sortie du patient, une lettre de liaison est remise au patient et adressée au médecin traitant. Les lettres de liaison font l'objet d'un suivi régulier au niveau institutionnel. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de sa prise en charge. Des modalités d'identification des patients sont en place (bracelets) dans les services, aux urgences. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. Les responsables sont identifiés, les modalités de transmissions définies. La décision de désignation des différents correspondants des vigilances et des risques est accessible aux professionnels par la gestion documentaire informatisée (GED). Concernant les prescriptions et la dispensation des médicaments, les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. Dans les services où le DPI n'est pas déployé, les prescriptions sur support papier ne

mentionnent pas systématiquement l'identification et la signature du prescripteur, la date et heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie et la durée du traitement. De même, la pertinence de la prescription n'est pas évaluée systématiquement par la pharmacie. Pour la maîtrise des médicaments à risque, dans les salles de bloc opératoire, les médicaments à haut risque (MHR) ne sont pas identifiés spécifiquement dans les chariots d'anesthésie. En outre, les dotations réelles des armoires de pharmacie de plusieurs services (chirurgie, bloc opératoire, médecine de semaine endocrinologie) ne correspondent pas à la dotation préétablie (sur-stockage de médicaments comme le paracétamol, la cordarone, l'allopurinol...). Des médicaments et des dispositifs médicaux restérilisables périmés ont été également trouvés. En néonatalogie, dans le secteur de la biberonnerie, les traçabilités de la température et du nettoyage du réfrigérateur de stockage des biberons ne sont pas réalisées régulièrement. Cette anomalie est de nature à générer plusieurs risques : risque d'erreur médicamenteuse en raison de la non-identification des MHR, risque de dommage aux patients compte tenu de l'utilisation inappropriée d'un MHR et enfin, risque de pratiques déviantes liées à la méconnaissance du stock exact délivré en plus de la dotation. L'établissement a pris la mesure de ces risques et après un travail d'analyse a mis en place des actions correctrices immédiates avec : la mise à jour des sur-dotations dans toutes les armoires, l'étiquetage des MHR des chariots d'anesthésie au bloc opératoire, De plus, un plan d'actions a été proposé par l'établissement comprenant : le traitement des demandes sur le logiciel pharmacie exclusivement par le préparateur en pharmacie hospitalière de chaque secteur, le contrôle strict des dotations, la mise en œuvre d'audits réguliers des armoires et des pratiques, la modification à terme de l'organisation de travail des préparateurs en pharmacie hospitalière, le recrutement à terme d'un logisticien, l'information des équipes médicales en CME sur les bonnes pratiques de prescriptions. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Elles connaissent les protocoles de prise en charge des précautions standards liées à certaines complications graves et l'ensemble des informations est tracé dans le dossier du patient. Le taux de destruction est mesuré. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les professionnels appliquent les précautions standard et complémentaires d'hygiène et les pratiques sont évaluées à l'appui d'audits. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et les correspondants en hygiène des services de soins veillent au respect par les professionnels des bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs. Des protocoles sont en place. L'antibioprophylaxie est administrée dans le respect des délais. L'induction est tracée dans la check-list et prescrite dès la consultation. Le temps entre l'administration et l'incision est respecté. La maîtrise du risque infectieux, liée au circuit des dispositifs médicaux invasifs, est également assurée. Au niveau de l'endoscopie digestive, les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs avec des contrôles périodiques qui sont tracés. Il existe un carnet de vie des endoscopes. Les professionnels évaluent leurs pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux en s'appuyant sur l'équipe opérationnelle d'hygiène et en participant à des audits. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires. Les professionnels maîtrisent le risque de dépendance iatrogène. Le patient, ses proches et/ou aidants sont informés du risque de dépendance iatrogène lié à l'hospitalisation. Le GHER assure la promotion des vaccinations recommandées et les professionnels sont sensibilisés à l'importance des vaccinations (grippe ...). Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants. La traçabilité des rayonnements ionisants est effective sur le compte rendu opératoire et dans le dossier patient. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). Le matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. La procédure d'urgence est connue des professionnels. Les critères de prise en charge sont connus des professionnels. Pour l'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire, la sortie est signée par le médecin. Les infirmiers, formés, établissent « l'aptitude à la rue » sur la base du score de Chung. Le transport des patients en intra-hospitalier est partiellement maîtrisé. Si les modalités de transports sont assurées par du matériel adapté, en revanche, la formation des professionnels doit être développée avec un programme d'actions ciblé comprenant les droits des patients, l'hygiène et l'identitovigilance. Les brancardiers ont été récemment formés aux gestes et soins d'urgence de niveau 2. Globalement, les équipes améliorent leurs

pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins. Des audits internes, des RMM, des CREX, des audits internes sont réalisés. Toutefois, l'évaluation des pratiques par les professionnels doit être renforcée en prenant davantage en compte l'expérience du patient au niveau des services et en associant les représentants des usagers à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	76%
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	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	80%

Le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) est un établissement public de santé qui couvre les besoins de santé des populations du territoire de l'Est de l'île de La Réunion avec les communes de Saint Benoit, Saint André, Bras Panon, Salazie, la Plaine-des-Palmistes et Sainte Rose. Il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire de La Réunion composé du CHU de La Réunion, établissement support, de l'établissement public

de santé mentale de la Réunion (EPSMR), du centre hospitalier Ouest Réunion (CHOR). Le GHER est lié au CHU de La Réunion par une direction commune depuis janvier 2014. L'établissement est implanté sur deux sites : le site de Saint-Benoit avec les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et le site de Saint-André avec les activités de SSR et SLD. Il est organisé en cinq pôles d'activité. Les orientations stratégiques du Projet d'Etablissement pour la période 2023-2027 viennent d'être validées par les instances en juin 2023 et sont définies en cohérence avec le territoire de santé de référence. L'établissement participe au développement de la CPTS Est Réunion. Il répond, sur son territoire, aux besoins de santé avec une offre de soins diversifiée en hospitalisation complète et en ambulatoire. En relation avec le CHU de La Réunion, des filières de prises en charge spécialisées (cardiologie, neurologie, pneumologie, chirurgie bariatrique, ORL et Maxillo- Faciale ...) ainsi que des consultations, sont développées. L'établissement dispose de plusieurs structures de coordination des parcours : en addictologie, en gériatrie (équipe mobile), une équipe spécialisée en victimologie, une permanence d'accès aux soins (PASS) et prochainement une équipe mobile de soins palliatifs. En matière de santé mentale, le GHER s'inscrit dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) de La Réunion avec un partenariat avec l'EPSMR. Il conduit une politique "aller vers" des établissements sanitaires et médicaux-sociaux pour l'accès aux consultations de spécialités, aux hospitalisations. Des conventions de coopération sont en place au niveau des établissements partenaires du GHT mais également avec des établissements médico-sociaux (EHPAD), des associations (soins à domicile, HAD), des partenaires privés (laboratoire, SSR privé). Concernant l'imagerie, une convention est en place avec un cabinet de radiologues privés pour l'utilisation en commun d'équipements médicaux lourds (scanner, IRM). Celui-ci est localisé sur le site de Saint-Benoit, dans les locaux du GHER. Pour les personnes âgées, l'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences. L'existence d'une filière gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, permettent d'éviter tout transfert immédiat du patient si son état le permet. Le GHER veille au maintien des liens avec la médecine de ville : contacts directs médecins hospitaliers/médecins généralistes et de spécialités, site internet du Centre Hospitalier avec un annuaire médical précisant le nom des médecins des spécialités et un numéro de téléphone. Les numéros d'appel téléphonique pour joindre directement les services de soins sont communiqués aux patients. Une permanence téléphonique permet de joindre les différents services hospitaliers 24h/24. Une messagerie sécurisée est en place. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. Les résultats des questionnaires de satisfaction (e-Satis et questionnaires de satisfaction intra-hospitaliers) sont présentés et analysés en Commission Des Usagers (CDU). Ils sont portés à la connaissance des différentes instances de l'établissement dont la CME, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et des services de soins. Des actions d'amélioration alimentent le PAQSS institutionnel. Il n'y a pas de questionnaires spécifiques PREMS et PROMS et les actions d'expertise des patients sont principalement mobilisées dans le cadre des deux programmes d'éducation thérapeutique (ETP). Les plaintes et réclamations des patients sont communiquées en CDU. L'accès du patient à son dossier est organisé afin de permettre une communication dans les délais requis. Des formations centrées sur la communication avec le patient sont proposées aux professionnels (« Humanitude »). Le GHER prône la bientraitance dans les valeurs affichées dans son projet d'établissement. Un film sur la bientraitance est diffusé directement auprès des patients sur des tablettes. Des actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels sont également déployées (« Bientraitance, de l'intention à la pratique »). Les professionnels connaissent globalement les conduites à tenir pour signaler les situations de maltraitance avec une procédure de déclaration sur les personnes vulnérables et les mineurs et des relais connus des professionnels (médecins, assistantes de service social). La gouvernance diffuse et veille à l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils visant le repérage et la prévention de la maltraitance avec le recensement des cas de maltraitance dans le PMSI. Concernant l'accessibilité aux locaux des personnes vivant avec un handicap, les accès extérieurs, les circulations, la signalétique sont adaptés aux différentes formes de handicap sur le site principal. En revanche, en SLD et en SRR les locaux en partie rénovés, ne permettent pas de prendre en compte toutes les formes de handicap. L'accès du patient à son dossier est organisé afin de permettre une communication dans les délais requis. Les représentants des usagers sont

associés à l'élaboration du projet d'établissement et participent au développement du projet des usagers. Ils sont également membres de plusieurs groupes de travail (CLAN, CLUD, COVIRIS ...) et instances de l'établissement : Conseil de Surveillance notamment. Ils sont sollicités pour donner un avis sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (signalétique, travaux). Deux médiateurs assurent la prévention des situations difficiles. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est en place avec un PAQSS institutionnel qui se décline au niveau de chaque pôle de l'établissement. La détermination des objectifs partagés d'amélioration continue de la qualité s'appuie sur une collecte d'informations (déclarations des évènements indésirables, RMM, CREX, audits). La Direction, la CME, la CSIRMT sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et son déploiement. Les professionnels participent à des actions dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement soutenues par correspondants locaux des vigilances et des risques. Des « cafés gourmands », des « stand up meeting », des audits sur la qualité et la gestion des risques sont organisés. La Direction des Ressources Humaines, la Direction des Affaires Médicales, la Direction des Soins, les cadres de santé des services, s'assurent de l'adéquation des missions et des compétences des professionnels. Des maquettes organisationnelles ont été élaborées pour chaque service avec un dispositif d'adaptation ressources/activité. L'encadrement bénéficie de formations en management et en coaching. L'établissement favorise le travail en équipe avec des staffs, des RCP, des réunions de service. Les compétences et la gestion du temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités sont maîtrisées dans l'ensemble des services. En lien avec les secteurs d'activité, la Direction des Ressources Humaines, des Affaires Médicales et des soins, évaluent les compétences des professionnels et mettent en œuvre les actions utiles de formation et de développement professionnel continu. Que ce soit pour le personnel médical ou non médical, le Centre Hospitalier développe un plan de formation continue favorisant les promotions professionnelles et l'accès à des diplômes universitaires et à des journées professionnelles. Durant les périodes d'absences des professionnels (arrêts de travail, mobilité, départs), il existe une possibilité de mobiliser un service infirmier de compensation et de suppléance (SICS), de recourir aux heures supplémentaires, si besoin. Sur le questionnement éthique, un référent éthique est désigné avec une saisine par une adresse mail et le Comité d'Ethique a été réactivé durant la visite après avoir été mis en sommeil pendant plusieurs mois. Il n'y a pas de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe du type programmes d'accréditation en équipes ou PACTE. Le travail en équipe se décline au travers du développement du « Lean management ». Le Centre Hospitalier a élaboré un Projet Social 2023-2027 ainsi qu'une politique qualité de vie (QVT). Un comité de pilotage QVT est en place. La politique QVT a été élaborée à l'appui notamment, d'un baromètre social. Un soutien psychologique peut être apporté aux équipes par l'intermédiaire du service de santé au travail ou par des psychologues au sein des services. Le GHER dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confrontés. Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement. L'établissement est rompu aux exercices de crise avec une conjonction de plusieurs facteurs (cyclone, dengue, chikungunya ...). La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 min suivant l'alerte, dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et de coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, fonctions support ...). Les professionnels et services concernés par l'activation des plans de crise connaissent les modalités de l'alerte et de la mise en œuvre. Les évènements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de retours d'expérience réguliers. L'établissement répond à la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en conformité au plan ORSAN élaboré en relation avec la Préfecture et l'ARS. Le nombre de lits, les équipements de protections individuelles (EPI) ... font l'objet d'un suivi régulier pour leur opérationnalité et la mobilisation des ressources supplémentaires est assurée grâce à la coordination territoriale des établissements de santé sur l'île de La Réunion. Concernant la maîtrise des risques numériques, une politique de sécurité des systèmes d'information a été définie pour le GHER. Sur le plan opérationnel, les mots de passe personnels font l'objet d'une mise à jour tous les trois mois, les équipes connaissent la conduite à tenir en cas d'incident informatique, ainsi que la procédure dégradée avec un plan de

reprise d'activité. Les professionnels peuvent s'appuyer par ailleurs, sur une astreinte informatique 7j/7. Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité et la sûreté est en place. L'établissement est doté d'un système de caméras de surveillance qui va s'étendre sur le site de Saint André à la suite de la réalisation d'un diagnostic du site. Une équipe de sûreté assure la sécurité sur les différents sites. Les accès à certains secteurs sont sécurisés à l'appui de digicodes, de badges nominatifs. 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. Concernant les enjeux du développement durable, l'établissement a désigné un référent développement durable. Un conseiller en transition énergétique et écologique a été recruté au niveau du GHT. Les consommations (énergie et eau) sont connues. L'établissement n'a pas réalisé à proprement parler de diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable. Pour chaque type de déchet, toutes les filières de traitement ne sont pas encore déployées. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement. Les chariots d'urgence font l'objet d'un contrôle régulier dans les services de soins. Le numéro d'appel pour les urgences vitales est connu dans les services de soins. Le recyclage des professionnels aux gestes et soins d'urgence est suivi avec plusieurs actions inscrites au plan de formation. Les exercices de mise en situation doivent cependant être renforcés. La gouvernance, notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles. Les recommandations de bonnes pratiques nationales font l'objet d'une diffusion aux équipes. Il existe des revues de pertinence des admissions et des séjours permettant d'évaluer les résultats de certains indicateurs (séjours longs en médecine, en SSR notamment). L'expérience du patient n'est pas pleinement prise en compte dans le PAQSS. L'implication des représentants des usagers dans le recueil de l'expérience patient est préconisée. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont exploités, diffusés au niveau institutionnel, auprès des équipes ainsi qu'à la CDU. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont déclarés par les professionnels et une analyse des causes profondes est réalisée à l'appui d'une grille spécifique. Il n'existe pas encore de plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence. Il n'y a pas de médecins accrédités ni d'équipe. Une réflexion va être engagée sur ce point. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Poursuivre les travaux de restructuration pour permettre un total respect de l'intimité/dignité, de la confidentialité aux urgences et assurer un environnement adapté à la prise en charge des patients mineurs en UHCD. Sécuriser les prescriptions dans les services où le DPI n'est pas encore déployé et l'identification des médicaments à risques dans les salles de bloc opératoire. Assurer la formation des professionnels chargé du transport des patients. Proposer aux équipes des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences Développer le questionnement éthique. Mettre en place un plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence.

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	970403606	GROUPE HOSPITALIER EST REUNION	30 rn 3 zac madeleine Bp 186 97470 Saint-Benoit FRANCE
Établissement principal	970400073	GROUPE HOSPITALIER EST REUNION	30 rn 3 zac madeleine Bp 186 97470 Saint Benoit FRANCE
Établissement géographique	970400156	GHER - SSR	673 chemin lagourgue 97440 Saint-Andre FRANCE
Établissement géographique	970463659	GHER - USLD	673 chemin lagourgue 97440 Saint-Andre 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 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	Non
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	Oui
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	2,092
Nombre de passages aux urgences générales	29,532
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	119
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	27
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	36
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	5
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	16
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	12,276
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	8
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	40
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	4
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	55
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	Audit système			
2	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
3	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
4	Audit système			
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient assis
10	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire	

			Médecine	
11	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
12	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable
13	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Médecine	
14	Traceur ciblé			SMUR / URGENCES GENERALES
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
16	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
17	Audit système			
18	Audit système			
19	Audit système			
	Patient		Tout l'établissement	

20	traceur		Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins de longue durée Médecine	
23	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable
24	Audit système			
25	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable : Endoscopie
26	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
27	Audit système			

28	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
29	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
30	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Médecine	
	Audit			

34	systeme			
35	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
36	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Médecine Maternité Chirurgie et interventionnel	
37	Audit système			
38	Audit système			
39	Audit système			
40	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
41	Audit système			
42	Traceur ciblé			Per opératoire (bloc)

43	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
46	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
47	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
48	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité	

49	Audit système			
50	Audit système			
51	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
52	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</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>Médecine</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
53	Traceur ciblé			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
54	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

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

