



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE LA
MARTINIQUE**

Quartier la meynard

CS 90632

97261 FORT DE FRANCE



Validé par la HAS en Octobre 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 – Octobre 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	22

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA MARTINIQUE	
Adresse	Quartier la meynard CS 90632 97261 FORT DE FRANCE CEDEX FRANCE
Département / Région	Martinique / Martinique
Statut	Public
Type d'établissement	CHU / CHR

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	970211207	CHU DE MARTINIQUE	Quartier la meynard - PZ QUITMAN BP 632 97231 FORT DE FRANCE 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
Psychiatrie et santé mentale
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Sur les 6 sites investigués du Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique (CHUM) regroupant l'Hôpital Pierre Zobda Quitman (PZQ), la Maison de la femme, de la mère et de l'enfant (MFME), l'Hôpital Albert Clarac, le Centre Emma Ventura, tous situés à Fort de France, l'Hôpital Louis Domergue de la Trinité et l'Hôpital Mangot Vulcin situé au Lamentin, toutes les dispositions sont prises pour assurer l'information et l'implication du patient. L'information est délivrée en amont du séjour concernant le diagnostic, les modalités d'intervention chirurgicale et l'anesthésie, durant le séjour concernant la prise en charge et la sortie. Un passeport est remis aux patients pris en charge en ambulatoire. L'information est également délivrée dans les cas particuliers de pose de dispositifs implantables et en cas de transfusion de produits sanguins labiles mais de manière inconstante. L'information est adaptée à l'âge et à la compréhension du patient : les enfants et adolescents sont informés directement et en présence de leurs parents. Les explications orales s'accompagnent de la remise du livret d'accueil intégrant en outre la liste des associations, la démarche en cas de plaintes et réclamations et les modalités de contact des représentants des usagers, la personne de confiance, les directives anticipées, le don d'organes et de tissus, la participation à un projet de recherche... La charte du patient hospitalisé y est annexée, elle est également disponible par voie d'affichage ainsi que de nombreuses autres chartes : charte Romain Jacob, charte de la laïcité, charte européenne de l'enfant hospitalisé, charte de la bientraitance... L'évaluation bénéfice – risque est expliquée et partagée avec le patient adulte ou mineur, favorisant ainsi son implication dans la démarche et le rendant acteur de sa prise en charge. Le consentement aux actes thérapeutiques et au projet de soins est recherché. En particulier, l'accès du patient aux soins palliatifs est discuté en équipe avec le patient et son entourage. En cancérologie, le projet personnalisé de soins est expliqué par l'oncologue et remis au patient en consultation d'annonce. En unité carcérale, les droits du patient sont respectés sans distinction et à l'identique des autres patients. En pédiatrie, le consentement des deux parents est recueilli. En psychiatrie, un plan de prévention partagé est établi avec le patient. L'identité de la personne de confiance est recueillie à l'admission et tracée dans le dossier. L'information relative au recueil des directives anticipées est présente dans le livret d'accueil et est majoritairement délivrée à l'exception de l'obstétrique. La traçabilité de cette information n'est cependant pas toujours retrouvée dans le dossier (ex : en hémodialyse sur le site de Mangot Vulcin). En l'absence de directives anticipées, la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté du patient. Postérieurement à la visite, l'établissement déclare qu'un plan d'actions sera déployé ; il vise à diffuser aux professionnels, début juillet 2023, le document d'information « Comment parler des Directives Anticipées ? » et à sensibiliser les paramédicaux à la traçabilité systématique relative aux directives anticipées dans le dossier patient (action prévue en septembre 2023). La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte, le CHUM soutenant le recueil d'e-Satis et réalisant des enquêtes de satisfaction à la sortie via le questionnaire institutionnel. En complément de cette démarche, l'expérience patient est évaluée sur des champs spécifiques dans certains secteurs : recherche sur les traitements médicamenteux en HDJ drépanocytose, recueil des suggestions des patients en psychiatrie et entretiens systématiques avec la cadre du service et retour des témoignages patients aux professionnels des unités suite au passage dans les chambres depuis le 16 mars 2023 des représentants des usagers (RU). Par ailleurs, l'établissement envisage de mettre en place la formation Expérience patient à partir de fin septembre 2023 par l'Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP). Les modalités permettant de joindre les représentants des usagers et soumettre une réclamation sont transmises aux patients ; toutefois ceux qui ont été rencontrés lors de la visite ne sont que rarement en mesure de restituer ces informations. Rares sont les patients informés de la possibilité de déclarer un évènement indésirable. Au travers de leurs pratiques, les professionnels pallient au non-respect de l'intimité et de la dignité engendré par la vétusté et l'inadaptation des locaux en particulier sur

les sites de Clarac, la Trinité, Emma Ventura et certains services de PZQ. Certaines portes de chambres ne ferment pas dans le service de médecine abritant l'unité carcérale, les chambres de pédiatrie de l'Hôpital Louis Domergue sont très dégradées, des volets roulants sont cassés et ne permettent plus l'occultation des chambres dans l'unité anxiété dépression résistante à PZQ, de nombreuses chambres à 4 lits sont encore installées en USLD à Emma Ventura. 218 paravents ont été installés en avril 2023 avant la visite de certification. En oncologie – chimiothérapie, l'inadaptation des locaux à l'augmentation d'activité (15 patients en séance installés sur 10 fauteuils autorisés et 5 supplémentaires) entraîne une relative promiscuité contraire au respect de la confidentialité. Les planifications de mise en oeuvre des projets immobiliers de mise aux normes et reconstruction du bâti prévus pour l'Hôpital Louis Domergue et le Centre Emma Ventura sont établies et seront validées lors de la présentation des orientations de la stratégie immobilière du CHUM aux instances du second semestre 2023. L'autonomie du patient âgé est évaluée et respectée, les carences en soins sont recherchées, le maintien de l'autonomie des patients en situation de handicap est la règle. Des séances de simulation du vieillissement sont organisées à Emma Ventura permettant aux professionnels de prendre conscience du vécu du sujet âgé présentant des déficiences visuelles, motrices... Des bénévoles sont présents deux fois par semaine qui interviennent pour aider les patients dépendants avec des troubles cognitifs en USLD, et assurent également un retour sur l'expérience patient aux équipes. La réhabilitation améliorée après chirurgie cardio-thoracique et chirurgie vasculaire est mise en oeuvre. La douleur est évaluée, prise en charge (avec une attention particulière chez les enfants) et réévaluée. Toutefois, les prescriptions « si besoin » n'indiquent pas systématiquement les conditions d'administration des antalgiques. La présence des proches est favorisée et organisée, ils disposent des conditions d'hébergement et de restauration. En cas de besoin, la prise en charge des trajets est organisée pour les parents de Guadeloupe dont les enfants sont hospitalisés en réanimation pédiatrique au CHUM. La présence du 2ème parent est favorisée au bloc opératoire en cas de césarienne programmée ou en code vert ainsi qu'en suites de couches. Une organisation est en place pour permettre aux enfants hospitalisés de poursuivre leur parcours scolaire. Les patients en situation de précarité sociale bénéficient des aides adaptées, pour exemple l'Hôpital Louis Domergue dispose d'une assistante sociale spécifiquement dédiée à la prise en charge des patientes émigrées de Haïti et de La Dominique. La préparation de la sortie est anticipée, prend en compte les conditions habituelles de vie et associe les soins de supports, l'assistante sociale et l'HAD. En SSR gériatrie à Mangot Vulcin, l'ergothérapeute effectue une visite préalable à domicile pour confirmer la pertinence du retour à domicile. En maternité, la coordination est établie avec le programme PRADO concernant en particulier la prise en charge des patientes vulnérables.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et s'appuie sur les recommandations de bonne pratique. Des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont régulièrement organisées pour toutes les situations complexes, en particulier en oncologie, en soins palliatifs et en réanimation. Au besoin, les RCP peuvent être élargies grâce à la télé-médecine avec le CHU de Bordeaux concernant les sarcomes ou le Kremlin Bicêtre en chirurgie pédiatrique. La télé-radiologie est également développée en dialyse sur le site du Lamentin en lien avec PZQ ou un organisme privé. Les admissions en SSR et en USLD sont discutées en réunion pluriprofessionnelle, la pertinence du maintien du séjour et l'évolution de la prise en charge font systématiquement l'objet de réunions régulières élargies. Ces temps d'échange sont complétés par des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires organisés dans la majorité des services. En SSR locomoteur à Mangot Vulcin, un staff déglutition-phonation est organisé avec les ORL. La pertinence des mesures de restriction de liberté fait l'objet d'une prescription et d'une réévaluation après analyse bénéfice – risque. Les professionnels des urgences ont bénéficié d'une formation à la prise en soin d'une personne porteuse de contention. Les prescriptions d'antibiotique sont argumentées et réévaluées entre la 24ème et la 72ème heure, les antibiotiques à dispensation contrôlée sont délivrés pour une durée maximale de 3 jours. L'analyse bénéfice – risque est réalisée pour les transfusions et leur pertinence est justifiée. La prise en charge du patient repose sur la personnalisation des soins, sur une forte implication des professionnels et sur la coordination pluriprofessionnelle et multidisciplinaire aux différentes étapes des parcours y compris en amont et en aval. Aux urgences, la prise en charge est tracée dans le dossier préhospitalier du SMUR transmis avant l'arrivée du patient. Les médecins urgentistes ont accès aux comptes rendus des séjours ou consultations antérieures ainsi qu'aux résultats d'imagerie, d'explorations fonctionnelles, résultats de biologie et d'anatomopathologie. Le dossier patient est informatisé dans les secteurs utilisant des logiciels métier spécifiques (urgences, dialyse, chimiothérapie, néonatalogie et réanimation néonatale, anesthésie), dans les secteurs de soins, la traçabilité est réalisée sur des supports papier. Le projet d'informatisation complète est en cours d'installation avec un déploiement planifié sur 2024-2025. La traçabilité des informations est assurée de manière complète contribuant ainsi à la coordination et à la continuité des parcours de prise en charge. Il est implémenté par l'ensemble des intervenants de l'équipe de soins, des équipes d'expertise internes ou externes (équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de géronto-psychiatrie, équipe de liaison en addictologie...) et des soins de support : assistants sociaux, psychologues, monitrice-éducatrice intervenant en accompagnement de la prise en charge des enfants en hospitalisation et au bloc opératoire, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes.... Le projet personnalisé de soins est construit avec le patient, il laisse une part importante à la prise en charge des vulnérabilités psycho sociales, fort enjeu de santé publique car selon l'INSEE, 27,4% des Martiniquais vivent sous le seuil de pauvreté en 2019. En gériatrie, le projet de vie et de soins est défini. Tous les patients admis en santé mentale ou entrant en incarcération bénéficient d'un examen somatique et d'une évaluation du risque suicidaire. Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels, la communication, la coordination et la sécurité de la prise en charge du patient sont assurées par la réalisation effective et efficace de la check list. La sortie est anticipée et associe la coordination en aval du séjour. La lettre de liaison est remise au patient à la sortie en hospitalisation complète et en ambulatoire dans la plupart des cas et adressée au médecin traitant par messagerie sécurisée. Cependant, le délai d'envoi peut être retardé dans certains secteurs. Son contenu a été amélioré en conformité avec les attendus de l'indicateur national. Les risques transversaux liés à la sécurité transfusionnelle, aux vigilances sanitaires, à l'identitovigilance sont maîtrisés par les professionnels. Les risques spécifiques liés à l'hémorragie du post partum, à l'utilisation des rayonnements ionisants, à la dépendance iatrogène et à la gestion des récives d'épisodes de violence en santé mentale

grâce à la mise en place d'un plan de prévention partagé sont contenus. Il est à noter que la maîtrise du risque infectieux n'a pu être évaluée au bloc opératoire et en endoscopie à l'Hôpital Louis Domergue de la Trinité car le bloc était fermé durant la semaine de visite en raison d'un dysfonctionnement du traitement d'air imposant un arrêt de la centrale de traitement d'air, des travaux de réparation, l'arrêt des activités programmées et le transfert des parturientes vers MFME. Le risque infectieux est généralement prévenu par l'application des bonnes pratiques d'hygiène, des précautions standard et complémentaires. Un référent antibiotique est identifié. Les recommandations de bonne pratique sont accessibles dans la gestion documentaire.

L'antibioprophylaxie encadrant les actes invasifs respecte les recommandations actualisées et elle est vérifiée dans la check-list ; cependant, la prescription n'est pas réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire mais à l'entrée du patient au bloc opératoire, l'anesthésiste en charge du patient notifiant dans le dossier anesthésie « prescription d'antibiothérapie selon protocole SFAR », cette notification étant suivie si besoin de la prescription. De plus, l'application des bonnes pratiques n'est pas évaluée. Les bonnes pratiques liées aux dispositifs invasifs sont respectées et la traçabilité est assurée. En oncologie, la traçabilité des manipulations sur chambre implantable est réalisée, une fiche de suivi spécifique en cas de sortie avec chimiothérapie sur infuseur est partagée avec les professionnels réalisant les soins à domicile, les professionnels ont connaissance des conduites à tenir en cas de signes suspects d'infection. En dialyse, l'hygiène du site d'accès veineux et de la fistule artério veineuse est expliquée au patient et les pratiques sont évaluées par l'EOHH. Toutefois, les équipes ne sont que rarement formées du fait de l'insuffisance des effectifs et les procédures sont en cours de mise à jour avant d'être intégrées dans la nouvelle gestion documentaire.

Les bonnes pratiques per opératoires sont globalement respectées dans les blocs opératoires et en endoscopie à PZQ. Toutefois, le compte rendu d'examen ne comporte pas l'identification de l'endoscope utilisé. L'exiguïté des locaux peut constituer un frein au respect des bonnes pratiques d'hygiène. En effet, en HDJ d'oncologie à Clarac, il est difficile d'identifier la zone propre de la zone sale de la salle de préparation des lignes de perfusion, ce local contenant également un bac de lavage et des ustensiles de nettoyage. La préparation des cytotoxiques est réalisée dans une unité dédiée comportant 2 hottes à flux laminaire qui, à la suite des écarts constatés lors de la précédente visite de certification, ont été remplacées ainsi que le traitement d'air. Le bâtiment et les matériels sont conformes à la fois pour la fabrication des médicaments et la protection des professionnels. La prise en charge médicamenteuse n'est informatisée que dans les logiciels métier et sur certains sites dans lesquels l'ancien logiciel amené à disparaître a été déployé (ex : Centre Emma Ventura), pour le reste et dans la majorité des secteurs de soins, elle fait appel au support papier. Dans ce cas, un document générique unique de prescription – administration est déployé. Sur le pôle MFME et en obstétrique à l'Hôpital Louis Domergue, il est constaté que les prescriptions ne sont pas toujours exhaustives : il manque régulièrement la signature du prescripteur et la durée de prescription. Des retranscriptions ont été observées en obstétrique à partir de la prescription informatisée du logiciel du bloc opératoire. Ponctuellement, les prescriptions manuscrites manquent de lisibilité. Un rappel de bonnes pratiques par diffusion d'une note d'information a été réalisé durant la visite. En l'absence d'informatisation, l'analyse et la validation pharmaceutique sont peu déployées. Elles concernent en particulier les prescriptions de chimiothérapie et de dialyse (qui sont informatisées), les antibiotiques à dispensation contrôlée, les médicaments onéreux ou hors livret thérapeutique. Les pharmaciens ont accès aux données biologiques via l'intranet et aux données cliniques uniquement sous réserve de consulter le dossier papier. Le dossier pharmaceutique n'est pas encore déployé. La dispensation des médicaments est globalement sécurisée et adaptée aux besoins des services. Toutefois, il a été constaté à Clarac que des armoires de livraison des médicaments étaient déposées sur le quai de livraison en plein soleil dans l'attente de leur transport vers les services. Le stockage est assuré dans les services dans des armoires à pharmacie selon une liste de dotation. Toutefois, des surstocks hors dotation ont été constatés dans certains services. Par ailleurs, les conditions de stockage ne sont que rarement sécurisées ; dans de nombreuses unités, les salles de soins et armoires restent ouvertes en raison de dysfonctionnements ou d'impossibilité à les fermer à cause de leur vétusté. En hématologie à PZQ, des solutés salés et glucosés ainsi que des médicaments à risque (anticoagulants) sont entreposés dans une armoire ouverte dans le couloir,

en HDJ oncologie à Clarac, l'armoire à pharmacie est ouverte à proximité de la présence d'un patient. Cette problématique est connue de l'établissement, les armoires pouvant être sécurisées l'ont été au décours de la visite, c'est le cas pour 20 armoires du pôle MFME. Le CHU a initié un groupe projet et un groupe de travail « remplacement des armoires à pharmacie » dès mars 2023 et a défini un plan d'actions visant à remplacer les armoires à pharmacie d'ici mai 2024. Les administrations médicamenteuses sont majoritairement tracées dans le dossier patient. Toutefois les motifs de non-administration ne sont jamais retrouvés en obstétrique, en pédiatrie et en néonatalogie. Les préparations injectables sont identifiées jusqu'à leur administration, les équipes disposent d'étiquettes sur lesquelles ne figure toutefois pas l'identification complète du patient, seul le nom du patient est requis. La trame institutionnelle des étiquettes a été modifiée durant la visite. Les médicaments à risque font l'objet d'une liste institutionnelle générique diffusée avant la visite de certification dans tous les secteurs et connue des professionnels. Dans la majorité des services, ces médicaments sont identifiés dans les armoires et réfrigérateurs par un logo spécifique, cette identification a été réalisée en réanimation à PZQ durant la visite. Dans l'unité anxiété dépression résistante de PZQ, des insulines lentes et rapides, non identifiées comme médicament à risque, sont mélangées dans un même contenant de stockage. L'établissement a initié la rédaction de listes adaptées à l'activité des secteurs. Cette action a été engagée sur les sites de Magot Vulcin, Emma Ventura et Clarac. Un plan d'actions établi le 27 avril 2023 durant la visite fait état de la réactivité de l'établissement en intégrant une action visant à « finaliser les listes spécifiques des médicaments à risques par service » d'application immédiate. L'évaluation des pratiques est réalisée au travers des déclarations d'évènements indésirables mais pas des presque-accidents, la réalisation de comités de retour d'expérience concernant en particulier les évènements indésirables graves dont ceux déclarés sur le portail national, de staffs d'analyse des pratiques dans certains secteurs (ex : réanimation néonatale), d'analyse des résultats cliniques (travail en cours sur la toxicité hématologique des chimiothérapies orales), de réalisations ponctuelles de patients traceurs ou de parcours traceurs (ex : parcours de prise en charge d'une hémorragie de la délivrance en obstétrique à MFME, patient traceur aux urgences), de suivis d'indicateurs cliniques. Des audits de pratique sont réalisés par l'EOH portant sur l'hygiène des mains et la consommation de SHA par secteur, le suivi des infections du site opératoire est en place. L'évaluation de la check-list au bloc opératoire est en cours. Le service de réanimation néonatale assure le suivi de certains indicateurs spécifiques tels que le taux de ventilation invasive et non invasive, les techniques de réanimation... Des tableaux de suivi d'indicateurs sont en place en cardiologie, en HDJ drépanocytose, en neurochirurgie mais les résultats ne sont pas exploitables car non exhaustifs et le traitement des données est complexe. De manière générale, les secteurs de soins critiques ne tiennent pas de registre de refus d'admission et ne suivent pas les réhospitalisations à 48/72 heures. La démarche d'évaluation de pratiques n'est pas généralisée ni structurée dans sa déclinaison sur le terrain, rares sont les secteurs qui se sont appropriés des démarches d'EPP et de suivi d'indicateurs cliniques, qualité et sécurité des soins, analysés et partagés donnant lieu à un plan d'action d'amélioration. Des objectifs EPP par pôles seront intégrés dans les contrats de pôles à compter de septembre 2023. La satisfaction des patients est recueillie par le questionnaire institutionnel. Toutefois, l'absence des assistantes enquêtes induit une diminution du traitement du nombre de questionnaires saisis en 2022. En conséquence, les professionnels ne disposent pas du retour d'information et aucun plan d'actions n'est mis en œuvre. Le recueil de l'expérience patient est assuré au travers des indicateurs e-Satis, leurs résultats ont été diffusés dans les services peu avant la visite de certification, les professionnels en ont rarement connaissance et n'ont pas la lisibilité du plan d'actions d'amélioration prévu. Un plan d'actions a été mis en œuvre postérieurement à la visite par la saisie supplémentaire de questionnaires restés en attente, la distribution de 3000 questionnaires de satisfaction à destination des services la semaine qui a suivi la visite de certification, la diffusion des résultats e-Satis accompagnée de la communication aux professionnels et de leur sensibilisation. Le CHUM dispose d'une autorisation de prélèvement d'organe (rein sur mort encéphalique). Les informations sur le don d'organes sont disponibles via le livret d'accueil, par ailleurs, les équipes en charge de la coordination hospitalière effectuent des actions de sensibilisation auprès du grand public. Les patients déclarés en mort cérébrale font l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organe. Les conditions de réalisation des examens sont conformes aux

référentiels des sociétés savantes. L'établissement suit annuellement le taux d'opposition ainsi que les indicateurs Cristal Actions® de 2018, ceux de 2023 n'ayant pas été communiqués. Les recommandations de l'Agence de Biomédecine faisant suite à l'audit de 2018 ne sont pas toutes mises en œuvre en raison de l'opposition au prélèvement d'organes des martiniquais suite à la crise sanitaire, se manifestant par une perte de confiance et une défiance au regard des institutions sanitaires.

Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique est un établissement multisites qui s'est construit depuis janvier 2013 par la fusion des hôpitaux de Fort de France, du Lamentin et de la Trinité. Il est marqué par une instabilité chronique depuis ces 5 dernières années liée à une gouvernance changeante entre 2016 et 2022 (3 directeurs généraux et 2 administrations provisoires), une situation financière contraignante et une fragilité des équipes aggravée par les crises sanitaire et sociale. Depuis janvier 2023, le CHUM est l'établissement support du GHT regroupant tous les établissements publics de l'île. Compte tenu des besoins de la population, le CHUM assure à la fois des missions de recours, de référence et de proximité. Le projet médical finalisé en avril 2023 intègre ces enjeux de santé publique, il est décliné en 6 filières et s'inscrit dans une dynamique de projet territorial dont celui de la santé mentale. Des partenariats sont établis grâce à la mise à disposition d'outils de télé-expertise (ex : télé AVC avec la Guyane), favorisant le recours à des avis complémentaires, notamment les RCP. Des ressources sont mises à disposition de la ville : unité mobile de gériatrie, annuaire des spécialités hospitalières, déploiement d'une messagerie sécurisée. La gouvernance soutient les réponses aux appels à projet et aux essais cliniques dans les domaines de recherche. L'implication, l'engagement et le recueil de l'expression du patient sont recherchés par le recueil des indicateurs e-Satis, par l'évaluation de la satisfaction du patient à la sortie en lien avec la commission des usagers. Toutefois, les actions d'amélioration définies en mars 2023 n'ont pas encore été engagées, les résultats de l'enquête e-Satis ont été transmis aux équipes mais n'ont pas fait l'objet d'une communication institutionnelle et le traitement des enquêtes de satisfaction interne est ralenti en raison de l'absence des assistantes enquêtes et aucune démarche d'équipe intégrant l'expérience patient n'est mise en œuvre. Un plan d'actions d'amélioration (cf chapitre 2) a été initié dès la semaine consécutive à la visite. Le service de rhumatologie de PZQ développe un projet d'intégration d'un patient à la démarche d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de lupus. Les représentants des usagers sont très impliqués dans la vie de l'établissement, ils siègent au conseil de surveillance, au CLIN, au comité d'éthique, à l'espace régional de réflexion éthique et au Copil Handicap. La vice-présidence du Comité d'Éthique est assurée par un représentant des usagers. Ils sont intégrés au staff EIGR et ont connaissance des plaintes et réclamations. Le projet des usagers est en cours d'élaboration. Une charte de bientraitance est affichée dans tous les services et traduit l'implication des équipes et de la gouvernance. Un comité bientraitance, coordonné par un référent bientraitance, est en place ainsi qu'un comité du handicap. Les professionnels sont sensibles et formés depuis 2020 à la question de la bientraitance. Les professionnels du SAMU ont bénéficié d'une formation à la communication thérapeutique. Des rencontres régulières avec les équipes de PMI et l'équipe dédiée à la prise en charge des vulnérabilités périnatales permettent le repérage et la prise en charge des situations à risque, en particulier en obstétrique. Toutefois, les cas de maltraitance ne sont pas recensés dans le PMSI et il n'existe pas d'évaluation annuelle du repérage des situations de maltraitance. Compte tenu de leur caractère vétuste, certains locaux, en particulier les douches ne sont pas accessibles en autonomie aux personnes à mobilité réduite (ex : hématologie et chirurgie orthopédique membre supérieur à PZQ). La politique qualité et sécurité des soins traduit l'engagement de la gouvernance dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle a été présentée et validée par les instances de l'établissement et prend en compte les axes d'amélioration de la précédente visite de certification. Toutefois, elle n'intègre pas toutes les données liées au traitement de la satisfaction des patients et les cartographies des risques ne couvrent pas tous les champs d'activité (ex : bloc opératoire). Sa déclinaison sur le terrain n'est connue que par peu de professionnels. Une nouvelle dynamique qualité et sécurité se profile, la direction qualité repose les fondements pour la réactivation de la démarche qui en conséquence ne présente pas le caractère de maturité attendu. En effet les professionnels ne connaissent que rarement les résultats des

indicateurs nationaux et les actions du programme qualité en lien avec leurs activités. La culture sécurité n'est à ce stade pas évaluée. Les contrats de pôles ont été signés 15 juin 2023. Les annexes portant sur les objectifs qualité risques seront déclinés à compter du mois de septembre 2023 comme annoncé dans le cadre de la visite de certification. La crise COVID a eu un impact majeur sur les ressources humaines médicales et non médicales du CHUM en termes d'absentéisme et de départ de médecins en particulier anesthésistes, réanimateurs, urgentistes, chirurgiens cardiaques... De nombreuses spécialités ont encore recours à l'intérim. Aussi, l'établissement est engagé dans une politique d'attractivité sur les métiers en tension. Un pool de suppléance des professionnels non médicaux est en place, un travail d'actualisation des maquettes organisationnelles est engagé. La tenue des journées d'accueil des nouveaux arrivants médicaux et non médicaux sont réactivées à fréquence semestrielle dès juin 2023. L'accès à la formation est complexifié par la saturation et le manque de place, les responsables ne bénéficient pas tous d'une formation au management mais disposent d'actions de soutien dans leur exercice. Conformément aux engagements pris par le Directeur général pendant la visite, une commande de formation des exécutifs des pôles (chef de pôle, directeur référent, cadre administratif, cadre supérieur de santé) a été validée après la visite et est planifiée le 04/12/2023. Cette première séquence sera déclinée dans un deuxième temps au binôme encadrement des unités (chef de service et cadre de santé). Une démarche participative qualité de vie et des conditions de travail est engagée sous l'impulsion de la CME et élargie aux soignants et aux directions fonctionnelles dans l'objectif de définir 5 valeurs opposables. Les mesures mises en place lors de la pandémie visant à accompagner les professionnels en recherche de places de crèche ou de logements ont été pérennisées. Les temps de synchronisation (staffs et transmissions) ainsi que les retours d'expérience favorisent le travail en équipe. L'évaluation des compétences suspendue depuis 2 ans a vocation à reprendre suite à une note de la direction diffusée en cours de visite de certification. Un comité d'éthique est en place depuis 2021, il associe les représentants des usagers et a été très sollicité durant la pandémie. Le CHUM est structuré et organisé pour répondre aux risques auxquels il a été et peut être confronté, en particulier ceux concernant les tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles : cyclones, séisme, épidémies dont COVID et dengue... Les risques environnementaux sont pris en compte en matière de développement durable, se traduisant en outre par la nomination d'un chargé de développement durable et d'un référent énergie. Le tri des déchets est généralement réalisé mais le circuit ne répond pas toujours aux règles d'hygiène. En effet, de nombreux locaux intermédiaires ne sont pas sécurisés, ni conformes aux attendus réglementaires d'entretien. Un plan d'action de sécurisation de ces locaux dans un délai de 4 mois a été présenté en visite. La prise en charge de l'urgence vitale est maîtrisée sur les différents sites, des chariots sont disponibles et adaptés aux différentes prises en charge, ils sont régulièrement vérifiés. Un numéro unique d'appel rapidement identifiable est en place et connu des professionnels rencontrés. Peu de formations sont assurées car l'offre est très restreinte sur l'île, un nombre limité de places de formation étant disponibles en raison de la difficulté à trouver des formateurs. Par ailleurs, les difficultés de recrutement ne permettent pas toujours de dégager les professionnels. Les recommandations de bonne pratique sont diffusées mais pas toujours mises à jour, cette action est prévue concomitamment à l'intégration des documents dans le nouveau logiciel de gestion documentaire. Par ailleurs, il n'existe pas de revues de pertinence des admissions et des séjours. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis, analysés et partiellement exploités, à l'exception des questionnaires internes de satisfaction. Les résultats de ces indicateurs n'ont pas encore été partagés en CME et en CSIRMT. Ils ont été diffusés aux professionnels mais pas encore expliqués. En conséquence, la majorité des professionnels rencontrés n'en ont pas connaissance, ni des actions identifiées dans leur secteur. Un plan de communication (réunions qualité, réunions d'encadrement, intranet, GED électronique) et d'information a été mis en œuvre après la certification, l'évaluation des connaissances est prévue au dernier trimestre 2023. Les professionnels déclarent majoritairement les évènements indésirables mais pas les presque-accidents. Pour améliorer cette déclaration, l'établissement a décidé suite à la visite de faire évoluer son système déclaratif informatisé en intégrant l'identification des évènements précurseurs et des presque-accidents. Les professionnels ont la connaissance des évènements déclarés dans leur service. Les évènements graves et récurrents sont analysés

tous les mois en staff EIGR, font éventuellement l'objet d'une déclaration sur le portail national et d'une analyse des causes assortie d'un plan d'actions. Des supports d'analyse sous forme de kits RMM et CREX sont à disposition des professionnels. Toutefois, tous les EIG ne bénéficient pas toujours d'un retour d'expérience. Ainsi en ORL, plusieurs évènements signalés de gravité 4 n'ont pas fait l'objet d'une analyse formalisée selon une méthode structurée, ni de retour au déclarant. Pour améliorer l'exhaustivité de la démarche, le département qualité risques a positionné une assistante qualité risques en soutien des cadres animateurs qualité sécurité des pôles et a prévu le recrutement d'un deuxième gestionnaire de risques (arrivée prévue pour octobre 2023). L'accréditation médicale est promue et développée à titre individuel et en équipe concernant une équipe d'ORL. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

- Poursuivre le travail engagé pour sécuriser le circuit du médicament et notamment le stockage et les médicaments à risques dans l'ensemble des services
- Renforcer l'information des patients
- Garantir le respect des bonnes pratiques liées à l'identification de l'endoscope
- Généraliser la démarche d'évaluation des pratiques sur l'ensemble des services
- Poursuivre le travail engagé sur la gestion des évènements indésirables
- Poursuivre la dynamique qualité et sécurité des soins impulsée par la Gouvernance dans sa déclinaison sur le terrain
- Renforcer l'appropriation par les professionnels de la culture qualité et sécurité des soins

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	970211207	CHU DE MARTINIQUE	Quartier la meynard - PZ QUITMAN BP 632 97231 FORT DE FRANCE CEDEX FRANCE
Établissement géographique	970213278	CPP DE BASSEPOINTE	35 RUE JULES-ROUSSEL 97218 BASSE-POINTE FRANCE
Établissement géographique	970213286	CPP MARIN	3 RUE PASTEUR 97290 LE MARIN FRANCE
Établissement géographique	970211421	CHU DE MARTINIQUE - USLD MANGOT VULCIN	Cité hospitaliere de mangot vulcin 97210 LE LAMENTIN FRANCE
Établissement géographique	970211413	CHR DE MARTINIQUE - USLD TRINITE	Rue jean eugene fatier 97220 LA TRINITE FRANCE
Établissement géographique	970211389	CHR DE MARTINIQUE - SITE EMMA VENTURA - USLD	Route de schoelcher 97233 SCHOELCHER FRANCE
Établissement géographique	970211256	CHR DE MARTINIQUE SITE MERE ENFANT	Quartier la meynard 97200 FORT DE FRANCE FRANCE
Établissement géographique	970211249	CHR DE MARTINIQUE - SITE DE CLARAC	Quartier clarac - AVENUE PASTEUR 97261 FORT DE FRANCE CEDEX FRANCE
Établissement géographique	970211231	CHR DE MARTINIQUE - SITE MANGOT VULCIN	Route du vert pré 97232 LE LAMENTIN FRANCE
Établissement géographique	970211223	CHR DE MARTINIQUE - SITE DE TRINITE	Rue jean eugene fatier 97220 LA TRINITE FRANCE
Établissement principal	970211215	CHU MARTINIQUE - SITE P.ZOBDA QUITMAN	Quartier la meynard CS 90632 97261 FORT DE FRANCE CEDEX FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Coordination territoriale		
2	Audit système	Maitrise des risques		
3	Audit système	Dynamique d'amélioration		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
6	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Médecine Maternité Chirurgie et interventionnel	
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

10			Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
16	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte	

			Hospitalisation complète Médecine	
19	Audit système	Leadership		
20	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
22	Traceur ciblé	Accueil non programmé		/
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
24	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
25	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
27	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
28	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
29	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap	

30			Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
31	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Audit système	Engagement patient		
35	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap	

36			Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
37	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
38	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
39	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
40	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
41	Audit système	Entretien Professionnel		
42	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète	

			Médecine Chirurgie et interventionnel	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
46	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
47	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	

48	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	
49	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
50	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
51	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>	
52	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	

53	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
54	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
55	Audit système	Entretien Professionnel		
56	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
57	Audit système	Entretien Professionnel		
58	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
59	Audit système	Entretien Professionnel		
60	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte	

			Hospitalisation complète Soins critiques Médecine Chirurgie et interventionnel	
61	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
62	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
63	Audit système	Entretien Professionnel		
64	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire	

			Médecine	
65	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
66	Traceur ciblé	Accueil non programmé		/
67	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
68	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
69	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
70	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
71	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
72	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte Hospitalisation complète Maternité	

73	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
74	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
75	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
76	Audit système	Entretien Professionnel		
77	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
78	Audit système	Entretien Professionnel		
79	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
80	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
81	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/

82	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>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
83	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
84	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
85	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
86	Audit système	Représentants des usagers		
87	Audit système	QVT & Travail en équipe		
88	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/

89	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>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
90	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>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
91	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
92	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
93	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
94	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p>	

			Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
95	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	

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

