



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

HOPITAL LA MUSSE

Allee louis martin

Bp 119

27180 Saint Sebastien De Morsent



Validé par la HAS en Février 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 – Février 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	13
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	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

HOPITAL LA MUSSE	
Adresse	Allee louis martin Bp 119 27180 Saint Sebastien De Morsent FRANCE
Département / Région	Eure / Normandie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750814030	FONDATION LA RENAISSANCE SANITAIRE	4 rue Georges Picquart 75017 PARIS FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

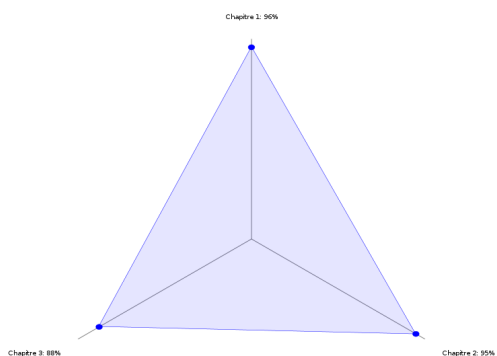
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

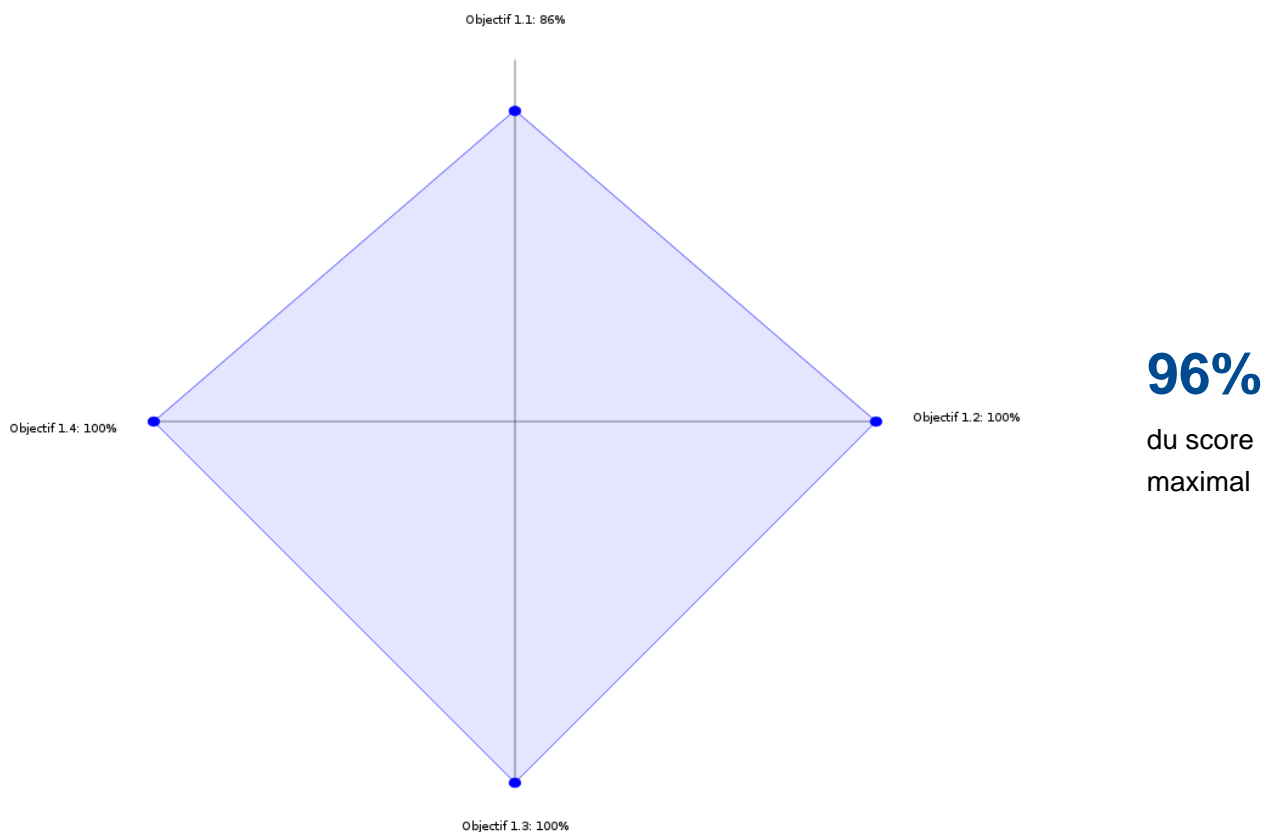
Au regard du profil de l'établissement, 100 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

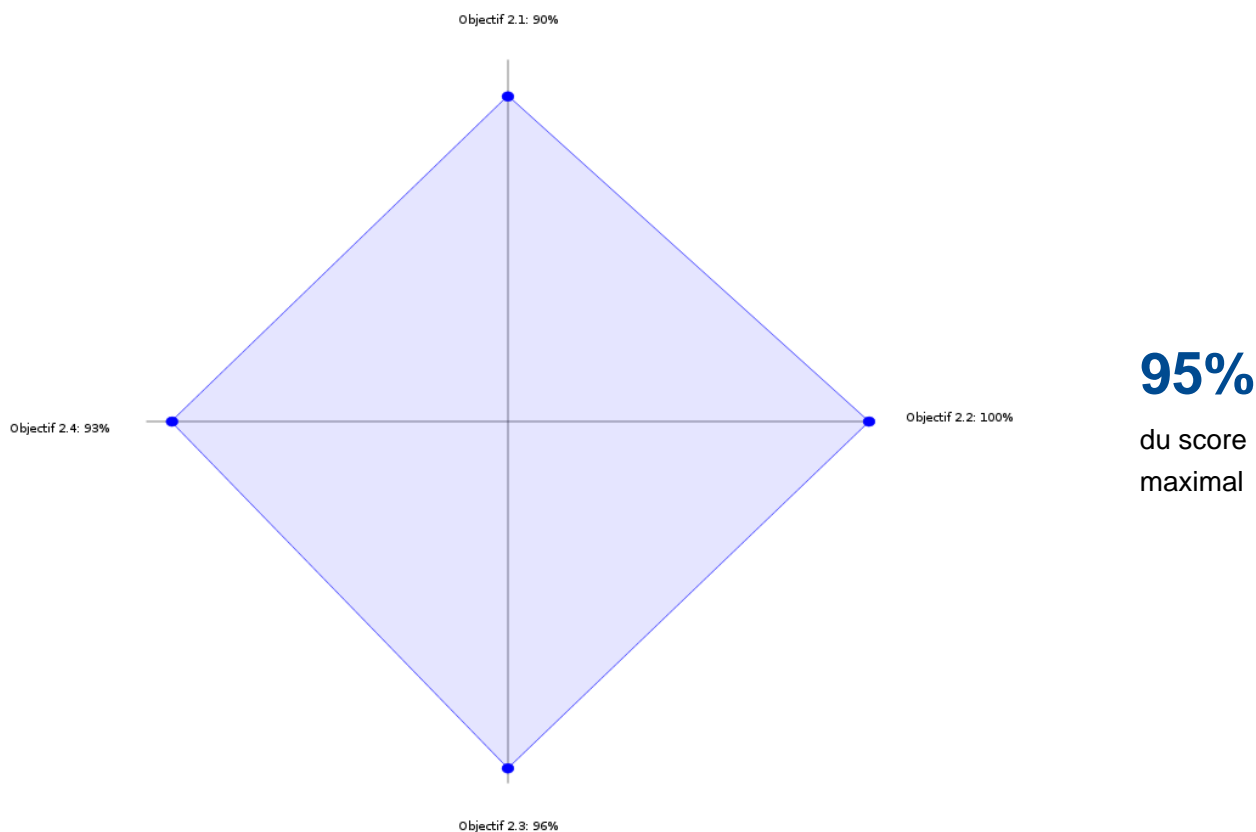


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	86%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

A l'hôpital de la Musse, les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont délivrés. Les dispositifs d'information écrits sont spécifiques selon la nature de la spécialité médicale (explication sur les soins et sur la douleur pour le pôle enfant, flyers d'information affichés). Lors des investigations terrain, dans la plupart des services, il n'a pas été retrouvé d'affichage relatif au handicap au travers notamment d'une charte. Les patients sont invités à exprimer leur consentement libre et éclairé et sont impliqués dans la réflexion bénéfices/risques. Les patients échangent sur le projet de soins personnalisé et au sein du pôle enfant, les parents sont associés à l'élaboration du contrat de soins. L'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées est réalisée au travers du livret d'accueil et des documents d'information sont transmis au patient. Cependant, les patients rencontrés ont mentionné ne pas avoir connaissance de cette

possibilité de formuler leurs directives anticipées. L'information recherchée est réalisée par le personnel de l'accueil administratif qui s'assure de l'existence ou pas de directives anticipées et non du souhait de les rédiger. Les prises en charge palliatives sont accessibles au patient au travers de l'unité SSR Oncologie et Soins palliatifs au travers des ressources internes. Le patient est informé quant à la possibilité de désigner une personne de confiance. L'information du patient quant à la possibilité de déclarer des événements indésirables graves associées aux soins n'est pas effective. Des supports de prévention (lutte contre le tabac, activité physique, vaccination pour les enfants...) sont disponibles dans les services. Un livret spécifique est utilisé pour le Pôle enfant. Les informations sur les représentants des usagers sont contenues dans le livret d'accueil de l'établissement et sont affichées à l'entrée des services de soins. Cependant, certains patients rencontrés n'ont pas intégré ces informations et ne connaissent pas le rôle des représentants des usagers. Les patients rencontrés ne savent pas pour certains comment signaler une plainte ou réclamation, faire part de leur expérience ou signaler un événement indésirable grave associé aux soins. Les patients mentionnent que les conditions d'accueil et les pratiques garantissent la dignité et l'intimité. En effet, les patients peuvent bénéficier d'une chambre particulière ou d'une chambre double dans laquelle un rideau séparateur permet de garantir l'intimité du patient lors des soins. Les portes des chambres sont fermées. Au sein du Pôle enfant, la prise en charge des mineurs fait l'objet d'un environnement adapté (salle d'attente configurée pour l'accueil d'enfants, équipement de rééducation dédié aux enfants ...). Le maintien ou la restauration de l'autonomie du patient sont réalisés de manière systématique tout au long du séjour et ce, quelle que soit l'unité concernée de Soins de suite et réadaptation. Les règles de confidentialité sont respectées dans les différents secteurs d'activité. La contention mécanique recouvrant principalement les barrières de lit est prescrite et réévaluée. La prise en charge de la douleur fait l'objet d'évaluations régulièrement tracées dans le dossier patient. Celle-ci est prise en charge à la fois lors des soins techniques mais est également anticipée pour toute douleur induite par les soins comme par exemple de manière préventive, avant tout acte de rééducation. Au sein du pôle enfant, un livret spécifique douleur est transmis aux enfants et à leurs parents. La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite et la disponibilité des locaux. L'implication est favorisée lors du séjour avec une association de l'entourage familial au projet personnalisé de soins mais aussi pour les mineurs avec une participation de l'autorité parentale aux entretiens de suivi et au contrat de soins. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte. Les patients en situation de précarité sociale ont la possibilité d'accéder au service social quel que soit le secteur d'activité. Une coordination sociale est effective pour le patient âgé et se traduit par un partenariat avec le DAC (Dispositif d'appui à la coordination), le CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique) ... La préparation de la sortie est anticipée pour prendre en compte les conditions de vie habituelle. Pour exemple, une visite en amont de la sortie peut être réalisée par l'ergothérapeute. Un recours au PRADO peut être appuyé par l'assistante sociale et l'ergothérapeute en cas de nécessité. Il existe un partenariat actif avec les associations de familles et les bénévoles très présents. Les besoins et préférences spécifiques des personnes présentant un handicap sont pris en compte dans le projet de soins personnalisé.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



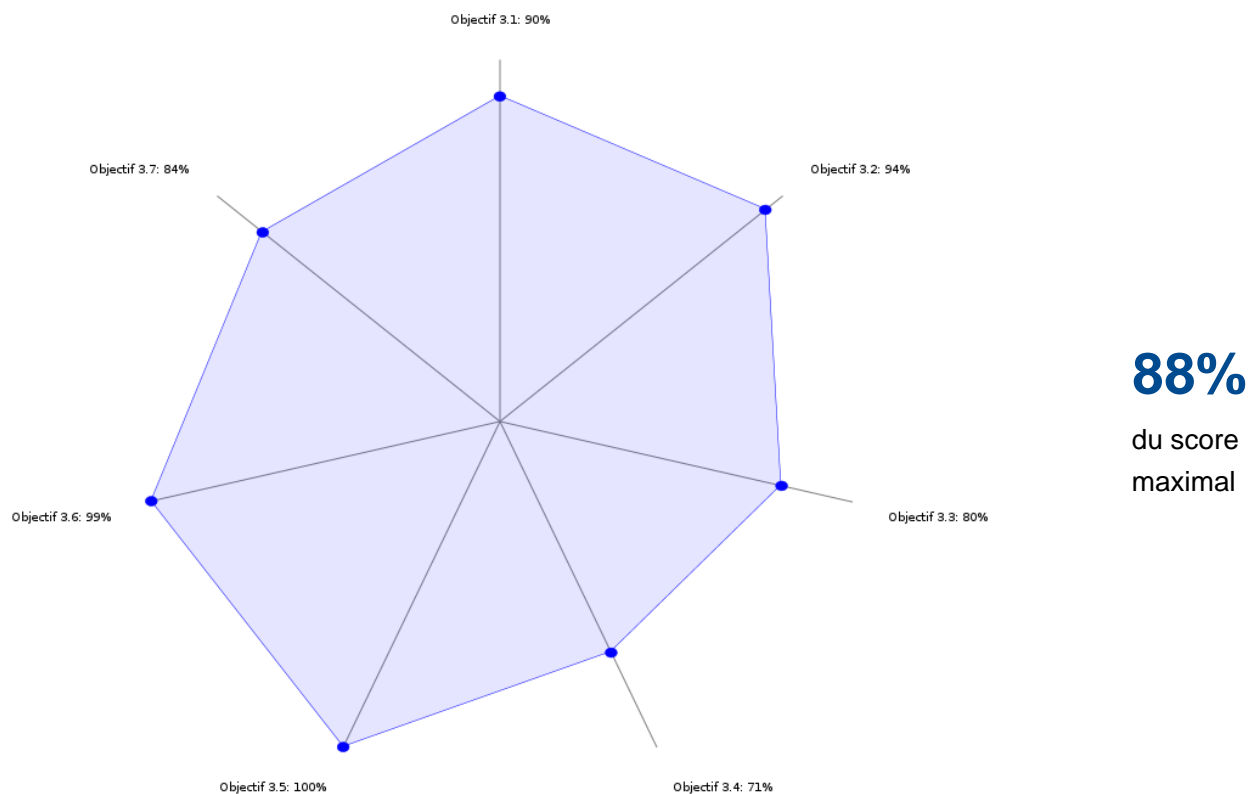
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	90%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	92%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour les prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques complexes sont échangées de manière collégiale lors des staffs pluridisciplinaires et pluri professionnels en place dans les différentes unités à périodicité bi- mensuelle. Toutefois, le processus de demande d'admission en SSR comprend en première intention une réception de demande au secrétariat d'admission qui a pour mission d'enregistrer celle-ci selon le profil du patient, de valider et d'orienter la demande vers le bon service. Le médecin chef de pôle de chaque pavillon ou le médecin de l'unité valide ensuite. En fonction du profil du patient, le médecin peut être amené à transférer le patient vers une autre unité que l'orientation initiale faite par la secrétaire. La pertinence de l'admission n'est pas réalisée en équipe pluri

professionnelle et les critères d'admission sont traités en premier lieu par la secrétaire des admissions afin d'être réactif dans le délai des admissions. L'établissement a rédigé une procédure d'admission indiquant la Commission d'admission non opérationnelle à date. Les professionnels ont pris note de ce constat durant la visite et se sont engagés à réajuster le processus en y intégrant un caractère pluri professionnel et une évaluation effective de la pertinence. En cas de transfusion de produits sanguins, l'évaluation de la pertinence est effective. La collaboration avec l'HAD est réalisée selon les situations. La prescription d'antibiothérapie est argumentée et réévaluée dans le dossier patient au travers d'un formulaire dédié selon les protocoles d'antibiothérapie probabiliste de première intention. Afin d'améliorer la réévaluation de l'antibiothérapie, un système d'alerte a été intégré dans le dossier patient. Un médecin de l'établissement est référent des bonnes pratiques d'antibiothérapie et un infectiologue du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen peut être sollicité à la demande. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins du patient, de manière pluridisciplinaire et pluri professionnelle de l'admission à la sortie. Le projet de soins est réévalué à périodicité bimensuelle, animée par le médecin référent avec l'ensemble des intervenants (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, IDE, aide-soignant...). Une attention particulière est portée aux personnes vulnérables avec une anticipation de la sortie par le service social, les disponibilités en lits en temps réel sont accessibles depuis le ROR (Répertoire opérationnel de ressources) actualisé quotidiennement. De multiples dispositifs de coordination sont déployés (EHPAD, HAD, établissements médico-sociaux dans le champ du handicap, coordination filière gériatrique avec un mode d'entrée privilégié en UCC, médecins généralistes, équipes territoriales mobiles de rééducation...). La conciliation médicamenteuse à l'entrée a été déployée récemment selon un score reprenant notamment l'âge du patient, le nombre et type de médicaments et la présence ou non d'insuffisance rénale. A la sortie, la conciliation médicamenteuse a commencé à être mise en place. Le dossier patient informatisé est largement déployé dans les différents services et est partagé en temps réel entre les différents professionnels avec une traçabilité effective. Certains thérapeutes rédigent des suivis qui alimentent le dossier patient avec des temps dédiés au rédactionnel comme c'est le cas dans le Pôle enfant. Le recours à des spécialistes est effectif avec des temps partagés de praticiens permettant des consultations avancées de neurologue, neurochirurgien ou gériatre. La lettre de liaison est majoritairement transmise le jour de la sortie. L'alimentation du Dossier médical et pharmaceutique (DMP) est effective. Les professionnels s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont respectées, le bracelet d'identification est utilisé dans l'ensemble des services d'hospitalisation adulte et un badge est utilisé au Pôle enfant. Les modalités de gestion des vigilances sanitaires sont définies et connues des équipes avec un affichage des types de vigilance et référents par service de soins. Les prescriptions médicamenteuses sont tracées dans le dossier patient informatisé. L'analyse pharmaceutique est mise en œuvre pour l'ensemble des services (Niveau 2-3 selon la classification de la Société Française de Pharmacie Clinique). L'administration est tracée. Le bilan thérapeutique est inscrit dans la lettre de liaison. Les professionnels sont sensibilisés à la gestion des médicaments à risques qui sont identifiés dans chaque unité. La traçabilité des transfusions est effective, des formations sont assurées par le médecin hémovigilant et des IDE sont référentes de la transfusion. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins. Avec les correspondants en hygiène des unités (IDE et aide-soignant), elle mène des actions de sensibilisation des professionnels notamment sur les opportunités d'hygiène des mains et des actions de formation auprès des médecins sur les BHR (Bactéries hautement résistantes). Une traçabilité sur les dispositifs invasifs est effective avec un formulaire exhaustif dans le DPI. La culture évaluative en matière du risque infectieux a été relancée récemment avec des projets de réitérer des audits en hygiène des mains datant de 2020, gestion des excréta, précautions complémentaires qui sont plus anciens ... En matière de prévention des infections, l'équipe assure le suivi d'indicateurs de prévention notamment l'ICSHA (indicateur de consommation en solution hydro-alcoolique) dont le suivi est mensuel. Les équipes rencontrées connaissent les précautions standards et complémentaires ainsi que la consommation de solution hydro-alcoolique. L'antibiothérapie est prescrite lors des visites médicales, son administration est tracée. Un système d'alerte mis en place récemment dans le dossier patient permet au médecin prescripteur de

réévaluer l'antibiothérapie. Celle-ci a été effective dans les dossiers investigués. Des actions de sensibilisation sur ces nouveaux outils sont réalisées par les pharmaciens et notamment au travers d'un audit récent basé sur les formulaires de réévaluation. L'autorisation de sortie en ambulatoire est validée. Les campagnes de vaccination sont proposées aux professionnels avec un recensement piloté par la Direction des ressources humaines, un affichage dans les unités de soins et une accessibilité gratuite à la vaccination grippale et Covid. Les professionnels chargés du transport des patients (notamment pour les transports du service de soins vers la radiologie conventionnelle) respectent les règles de sécurité et de confort du patient. Le circuit et les pratiques en balnéothérapie sont conformes aux bonnes pratiques avec une attention accrue par rapport au risque infectieux. Les équipes sont vigilantes aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la chute, la dénutrition, les effets indésirables des médicaments... L'analyse des résultats cliniques a été réactivé récemment par les professionnels leur permettant d'alimenter les plans d'actions d'amélioration (audit sur la réévaluation de l'antibiothérapie, réalisation de 20 patients-traceurs en 2022, RMM tenus par la communauté médicale en fonction des situations cliniques, parcours-traceur, audit sur la prise en charge de la douleur, audit sur le projet personnalisé de soins...). Du fait de la relance récente de la dynamique évaluative en 2022, le recueil des indicateurs qualité et sécurité des soins n'est pas déployé sur l'ensemble des secteurs d'activité. Lors d'un recueil effectif, les professionnels rencontrés mettent en place les plans d'actions découlant de leur analyse. Les indicateurs qualité et sécurité des soins en recueil obligatoire 2022 ne sont diffusés que sous forme provisoire et ont été communiqués en instance (CME, CDU et encadrement des soins). Les équipes contribuent au recueil et à l'évaluation de la satisfaction patient selon Esatis et un questionnaire interne en version numérique transmis via les téléphones mobiles des patients. Une expérimentation avec digitalisation du questionnaire est actuellement réalisée en SSR gériatrie. Les résultats des enquêtes de satisfaction ne sont pas affichés. L'exploitation de l'expérience patient en lien avec les représentants des usagers est développée en addictologie avec la réalisation d'un groupe de parole animé par un patient. L'expérience patient n'est pas à ce jour développée dans les autres services de soins. Les événements indésirables (EI) associés aux soins sont informatisés avec une transmission d'un accusé de réception au déclarant et retour sur sa déclaration. En première intention, la responsable qualité oriente les EI vers les cadres concernés en fonction de leur nature afin de faire un retour au déclarant. L'analyse des événements indésirables a lieu ensuite en Comité opérationnel de la qualité et gestion des risques dont la mission est de mettre en œuvre la politique qualité et d'analyser les EI. Celui-ci se compose d'un médecin, de la responsable qualité, de la responsable Ressources Humaines et de 2 cadres de santé avec une périodicité de réunion mensuelle. Ce comité opérationnel présélectionne des EI qui seront traités en CREX avec une analyse des causes profondes selon la méthode Orion. Le CREX est quant à lui composé de cadre de santé, d'IDE, médecin, pharmacienne, rééducateur et responsable qualité. Le Comité CREX suit également l'état d'avancement des actions tous les 6 mois. Les comptes rendus des CREX sont transmis à l'encadrement des soins. Les professionnels reçoivent également une lettre CREX tous les 6 mois comprenant l'entièreté de l'analyse des EI de l'établissement. La structuration récente du dispositif d'analyse des EI datant de cet été permet une analyse collective des EI dont certains professionnels rencontrés n'ont pas pu y participer à ce jour.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	90%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	80%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	71%
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	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	84%

L'Hôpital de la Musse est un établissement participant au service public hospitalier dépendant de la Fondation La Renaissance Sanitaire avec des implantations multirégionales (Grand-Est, Aisne, Seine et Marne ...). Le projet d'établissement s'inscrit en adéquation avec le projet médical de territoire porté par le GHT. L'inscription territoriale de l'établissement est marquée par un partenariat avec la CPTS (Communauté des professionnels

du territoire de santé) actuellement travaillé, un travail collaboratif avec le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Rouen, le CH (Centre Hospitalier) d'Evreux, CH Versailles, CH Gisors, la Clinique Pasteur, HAD et EHPAD environnants. L'établissement et ses trois pavillons composés des différents services de soins sont joignables par un numéro direct au niveau de l'accueil en continu jour et nuit. Ce numéro est repris dans le livret d'accueil de l'établissement. Un projet de déploiement de la messagerie sécurisée est en cours afin de faciliter l'échange d'informations avec les professionnels. Les contacts téléphoniques au niveau des équipes médicales peuvent se faire par contact direct ou par appel au secrétariat médical. L'Hôpital de la Musse dispose d'un Centre de recherche clinique adossé à son Institut de formation lui permettant de déployer des programmes de recherche clinique et de repérer des professionnels désireux de s'y investir (enseignant APA Activité Physique adapté, orthophoniste...). L'établissement n'a pas formalisé sa politique de recherche clinique. Les passages aux urgences sont évités avec un circuit d'admission directe. En effet, l'organisation médicale identifie un médecin référent en service de médecine interne, cardiologie permettant des circuits courts mais aussi en réanimation ce qui facilite les contacts médicaux. La promotion de l'engagement du patient est portée par la gouvernance. L'établissement s'attache à recueillir la satisfaction des patients au travers d'un questionnaire interne simplifié en question associé au dispositif national Esatis dont les résultats sont transmis à l'encadrement. Afin d'améliorer les taux de retour du questionnaire papier, l'établissement a mis en place des tablettes en SSR gériatriques avec un accompagnement par les soignants. L'exploitation des résultats des questionnaires est analysée en CDU. L'évaluation de l'expérience patient n'est pas engagée à ce jour. Les démarches de mobilisation d'expertise patients sont engagées au travers d'un programme d'éducation thérapeutique BPCO (broncho-pneumopathie obstructive) dans lequel un patient-expert participe. L'établissement assure la promotion de bonnes pratiques de communication entre les professionnels et auprès des patients : formation des professionnels sur la gestion de l'agressivité et maltraitance ordinaire, à la juste place, écoute thérapeutique en neurologie. La culture de la bientraitance est effective et se concrétise par une charte de bientraitance, un groupe de travail bientraitance, une procédure conduite à tenir lors de la détection d'une situation de maltraitance en différenciant les personnes vulnérables et des actions de formation. Le circuit de signalement des actes de maltraitance est formalisé et connu par les professionnels. Les équipes ont été sensibilisées à la maltraitance ordinaire. L'accessibilité des locaux pour les personnes souffrant d'un handicap est assurée. L'accompagnement des personnes vulnérables est effectif. L'établissement a organisé les modalités d'accès au dossier médical et en suit les délais. L'inclusion des patients dans des programmes de recherche est promue par l'établissement. Celui-ci a participé à 2 études portant sur l'exosquelette et notamment pour la prise en charge de patients ayant eu un AVC en phase post-aigüe et l'étude EPONA à destination des traumatisés crâniens avec le centre d'équithérapie intégré dans l'offre de soins thérapeutiques de l'établissement. Au-delà, d'autres innovations sont proposées aux patients et notamment les simulateurs de conduite, la cryothérapie, le laboratoire d'analyse de marche... Les Représentants des usagers sont associés au groupe identitovigilance, intégrés dans le groupe bientraitance mais sont peu connus par les professionnels rencontrés. Ils analysent les plaintes, réclamations et événements indésirables lors de la CDU. Le projet des usagers n'est pas formalisé à ce jour et la réflexion est engagée. La gouvernance est inscrite dans le pilotage d'une dynamique collective de culture qualité et sécurité des soins. La politique qualité est déclinée en actions concrètes par thématique concernée et le suivi est assuré par la responsable qualité en lien avec les référents soignants par thématique. Les actions prioritaires nécessitant des arbitrages sont également évoquées en staff de direction hebdomadaire auquel participent les cadres. Les professionnels de terrain ne connaissent pas systématiquement les actions du PAQSS du fait en partie de la restructuration récente du management qualité. La vision institutionnelle de la culture qualité et sécurité des soins n'est pas déployée complètement dans chaque unité de soins. La culture sécurité des soins a été évaluée au travers des seuls quizz en hygiène et l'établissement a pour projet de l'intensifier. L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité des soins est recherchée avec une politique managériale marquée par une affectation fixe des équipes de nuit et une présence de l'encadrement de proximité jusque 22h00 à raison de 3 fois par mois. Un livret est remis aux nouveaux arrivants avec un accueil personnalisé, un parcours d'intégration et un tutorat mis en place

lorsque cela est possible. Des journées d'intégration à hauteur d'une périodicité biannuelle sont organisées au sein de l'établissement. Afin de faciliter la mobilité interservices, un travail récent a été mené quant à l'uniformisation des salles de soins. L'encadrement (cadres rééducateurs, cadres de santé...) bénéficie de formations initiales au management et participe à des retours d'expérience pilotés par la Direction. Un fléchage sur la thématique managériale (entretiens de recrutement...) est inscrit dans le plan de formation. Le travail en équipe est favorisé avec les réunions de service, les réunions de Pôle toutes les 6 semaines, les staffs pluridisciplinaires et les temps de transmission. L'établissement ne s'est pas engagé à ce jour dans une démarche structurée du travail en équipe, type PACTE. La démarche de qualité de vie au travail est portée par la gouvernance. Une politique QVT est formalisée et intègre différentes actions QVT développées depuis quelques années au sein de l'établissement. Celles-ci concernent la mise en place d'une conciergerie, la possibilité de pouvoir bénéficier de la balnéothérapie, de pouvoir réaliser de l'activité physique dans le parc de l'établissement, de se relaxer au centre d'équithérapie... Une demi-journée QVT est organisée chaque année avec des ateliers proposés aux professionnels (sophrologie, relaxation, diététique...). L'évaluation de la satisfaction des professionnels a été réalisée en avril 2022. Face aux risques auxquels l'établissement est confronté, celui-ci a mis en place des moyens de maîtrise : cellule de crise rapidement activable, retour d'expérience structuré COVID en 2020, plan de situations sanitaires exceptionnelles réactualisé en 2022, schéma directeur du système d'information... L'établissement n'a pas réalisé de mise en situation de crise. Les règles de sécurité sont connues par les équipes et les voies d'accès sont sécurisées avec une formalisation dans le plan de sécurisation de l'établissement. Un groupe de travail développement durable est mis en place. Les actions identifiées concernent : mesure en faveur d'économies énergétiques en électricité, gaz, opportunités d'équipement en panneaux solaires, parc de véhicules électriques, mise à disposition de vélos dans l'enceinte de l'établissement, production d'oxygène en autonomie totale, mise en fonction d'une source d'eau potable... Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène. Cependant, lors des investigations terrain, certains secteurs ne disposaient pas de locaux de stockage intermédiaire fermés à clef. L'établissement a rapidement réagi durant la visite de certification en mettant des systèmes de digicode afin de sécuriser ces locaux. La procédure prise en charge des urgences vitales est connue des professionnels, avec des matériels uniformisés et régulièrement vérifiés et un numéro d'appel direct. Toutefois, dans certains secteurs d'activité et notamment sur les pôles de rééducation fonctionnelle et de SSR gériatriques, le chariot d'urgence n'est pas aisément et rapidement accessible aux professionnels puisqu'il est positionné entre deux unités sur des étages différents. De plus, en raison de l'extension d'activité au Pôle enfant, le chariot d'urgences pédiatriques n'est pas complètement équipé ce qui le rend non opérationnel. L'établissement a bien identifié ces risques et a pour projet d'installer des sacs d'urgence dans tous les services et de compléter le matériel du pôle enfant. La gouvernance porte la dynamique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées. Cependant, il a été constaté que certaines procédures n'ont pas été remises à jour depuis plusieurs années au niveau de la gestion documentaire ne permettant pas de réactualiser les recommandations de bonnes pratiques. L'établissement ne suit pas de tableaux de bord d'indicateurs, analysés avec les professionnels de terrain qui donnent lieu à des plans d'actions d'amélioration suivis. Les professionnels connaissent l'outil de déclaration des évènements indésirables associés aux soins. Les évènements indésirables au-delà des graves et récurrents sont analysés en pluridisciplinarité, font l'objet d'actions correctives et sont présentés en CDU. Les indicateurs qualité et sécurité des soins ne sont pas tous connus des équipes rencontrées par les experts-visiteurs.

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	750814030	FONDATION LA RENAISSANCE SANITAIRE	4 rue Georges Picquart 75017 PARIS FRANCE
Établissement principal	270000912	HOPITAL LA MUSSE	Allee louis martin Bp 119 27180 Saint Sebastien De Morsent 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	
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)	
Existence de Structure des urgences générales	
Existence de Structure des urgences pédiatriques	
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	
Autorisation de Médecine en HAD	
Autorisation d' Obstétrique en HAD	
Autorisation de SSR en HAD	
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	
Existence de SMUR pédiatrique	
Existence d'Antenne SMUR	
Existence d'un SAMU	
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
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	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	378
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	30
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
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	Entretien Professionnel		
2	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Audit système	Maitrise des risques		
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Traceur ciblé en balnéothérapie
	Audit	Entretien Professionnel		

12	systeme			
13	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
14	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
15	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Programmé</p>	
16	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	

17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Programmé	
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique	

			Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Programmé	
24	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
27	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
28	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
	Traceur	Gestion des produits sanguins		/

31	ciblé	labiles		
32	Audit système	Leadership		
33	Audit système	QVT & Travail en équipe		
34	Audit système	Représentants des usagers		
35	Audit système	Engagement patient		
36	Audit système	Coordination territoriale		
37	Audit système	Dynamique d'amélioration		
38	Audit système	Entretien Professionnel		

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

