



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
VERDUN/SAINT MIHIEL**

2 rue d'anthouard
55100 VERDUN



Validé par la HAS en Mars 2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mars 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	24
Annexe 3. Programme de visite	28

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

CENTRE HOSPITALIER VERDUN/SAINT MIHIEL	
Adresse	2 rue d'anthouard 55100 VERDUN FRANCE
Département / Région	Meuse / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	550006795	LE CENTRE HOSPITALIER VERDUN/SAINT-MIHIEL	55100 VERDUN FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

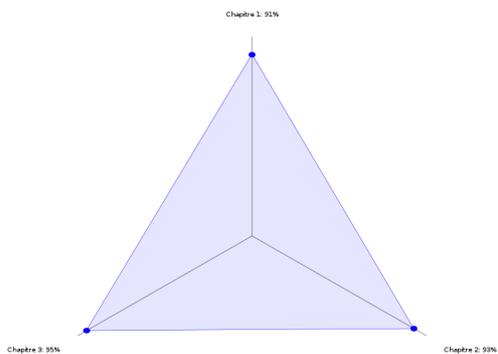
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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

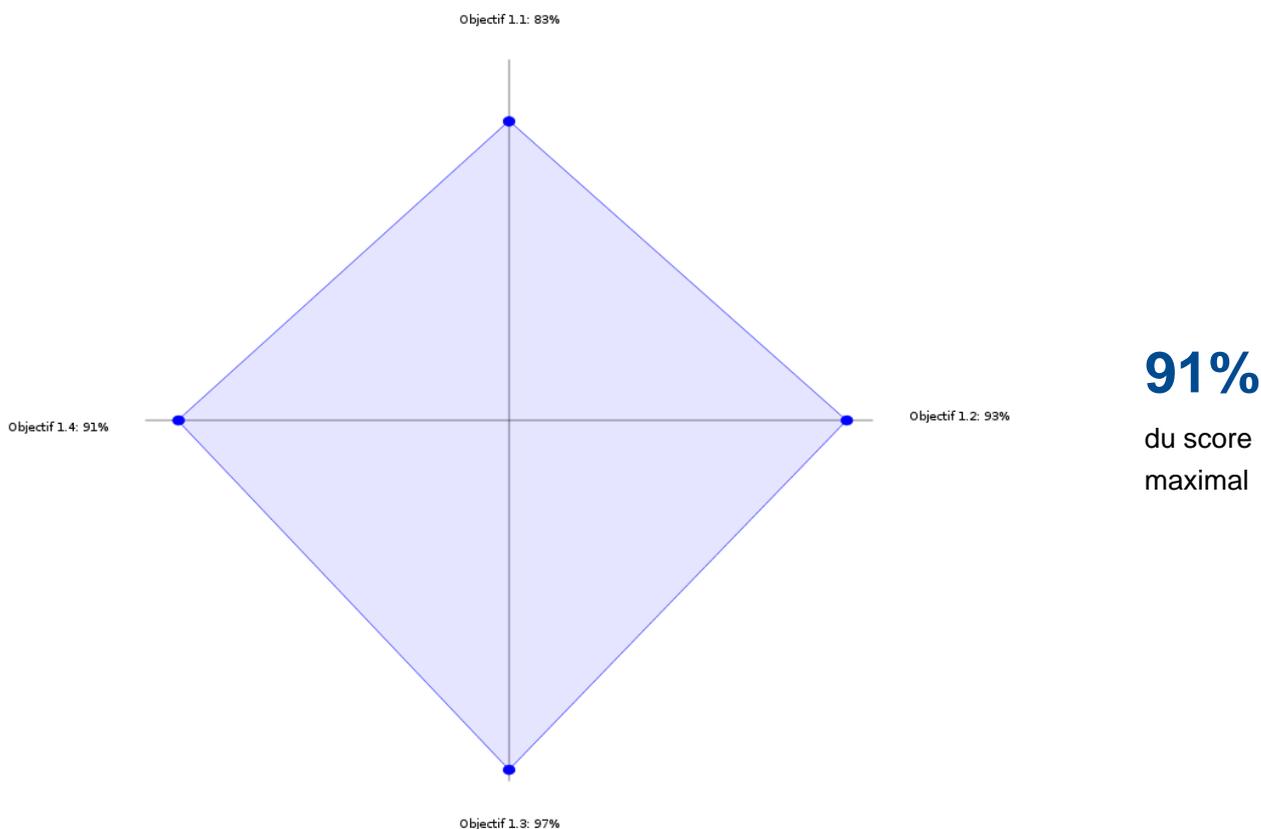
Au regard du profil de l'établissement, **131** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



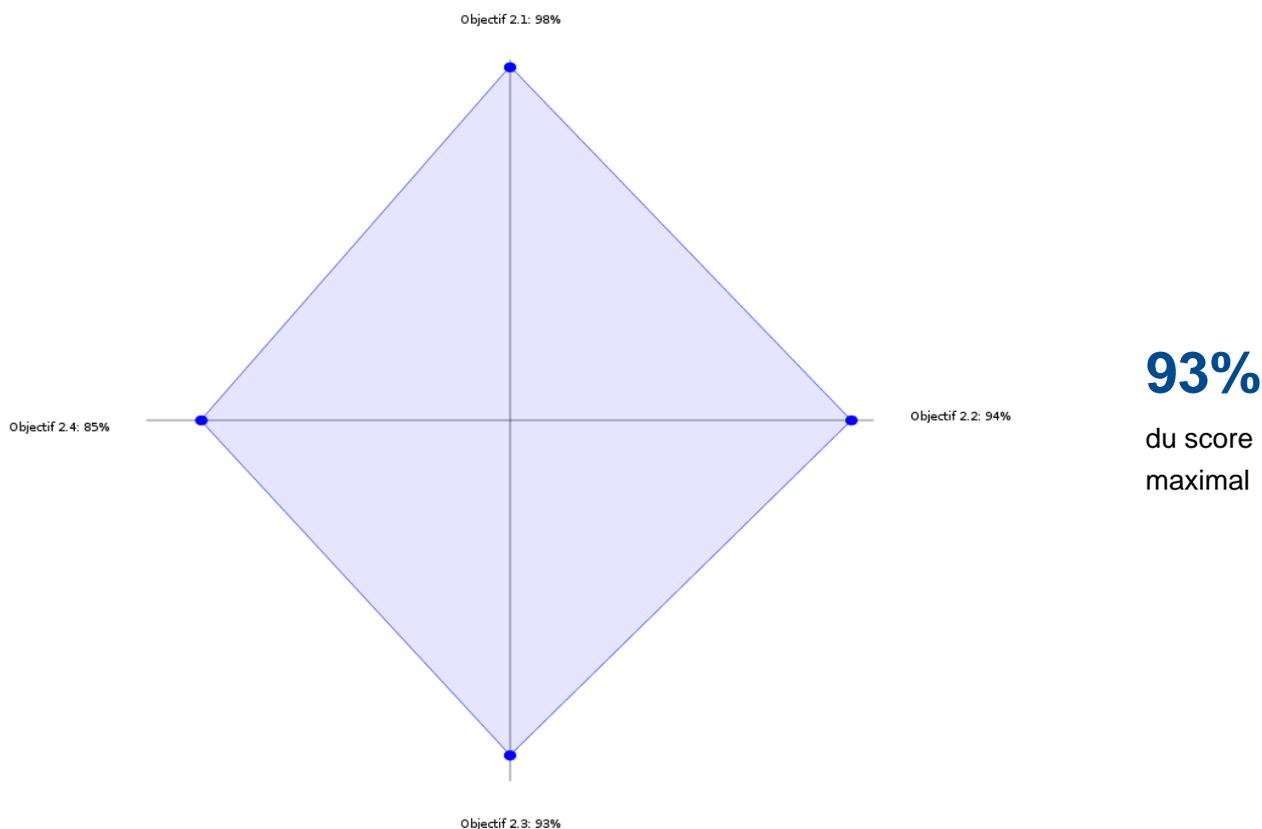
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	83%
1.2	Le patient est respecté.	93%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	91%

Au sein du centre hospitalier (CH) de Verdun, les patients sont le plus souvent informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leurs sont proposés. Ils sont associés à la réflexion bénéfique/risque, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé recueilli le plus souvent à partir d'un formulaire signé par le patient. L'information donnée au patient est complétée par d'autres dispositifs. Tels des supports écrits, avec par exemple, une documentation dense et explicative en oncologie hôpital de jour (HDJ), des documents à destination des patients détenus ou encore les supports écrits communiquées dans le cadre du coaching parental (COPA) en maternité. En ambulatoire les informations sont reprécisées lors de l'appel de la veille et du lendemain, et par écrit dans un passeport dédié en chirurgie et en endoscopie. L'information est également relayée par des infirmiers de pratiques avancées (IPA) en néphrologie, oncologie, gériatrie et psychiatrie ou par

l'Infirmière (IDE) coordonnatrice en hospitalisation à domicile (HAD). Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante en coordination avec les sagefemmes de ville si possible dès le début de la grossesse. Il est expliqué et présenté aux parents au début du deuxième trimestre (entre 16 et 20 SA), et ce dans tout le GHT. Il s'articule avec le projet CoPa, la restauration de la salle nature, et les différentes approches de préparation à la naissance : haptonomie, hypnose, préparation classique, méthode BONAPACE, piscine etc Lorsque la femme est suivie en libéral et réalise sa première consultation en Centre hospitalier au 8 eme mois : le projet de naissance de la femme est abordé, colligé dans son dossier. Les consignes de suivi des médicaments sont connues des patients. Dans la plupart des secteurs, des messages de prévention primaire sont proposés : la nutrition, l'activité physique, les risques liés aux addictions, le risque suicidaire, la violence faite aux femmes, les accidents domestiques... L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence d'une équipe mobile. En cas d'admission aux urgences, l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) communique un délai de prise en charge. L'information du patient n'est cependant pas complète. L'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées n'est le plus souvent pas expliquée et le recueil de la personne de confiance n'est pas toujours tracé. Par ailleurs, malgré l'affichage à l'entrée de chaque service, et la présence d'informations dans le livret d'accueil institutionnel, les patients rencontrés n'ont le plus souvent pas intégré les données sur les représentants des usagers et les bénévoles, et ne savent pas comment signaler un évènement indésirable, formuler une plainte ou réclamation, ou faire part de leur expérience. En cas de transfusion, un patient a dit ne pas avoir été informé des produits administrés. Toutefois la traçabilité de cette information est le plus souvent retrouvé dans les dossiers. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables n'est pas systématiquement communiquée au patient. Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité. Des équipements de séparation sont le plus souvent utilisés dans les chambres doubles et aux urgences. Cependant, la vétusté et l'architecture des locaux ne permet pas toujours de respecter la dignité des patients. En chirurgie orthopédique par exemple, deux douches sont installées pour 24 lits. Par ailleurs, en unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) dans une chambre commune de 4 lits, il a été constaté que les rideaux de confidentialité bien qu'à disposition des soignants, n'ont pas été installés, exposant ainsi un patient en partie dénudé au regard des autres patients et de tous les professionnels. Un projet de reconstruction prévu à échéance de 2024-2026 permettra aux patients de disposer de chambres individuelles. Un rappel des pratiques en matière de respect de la dignité et de la confidentialité a été faite par l'encadrement durant la visite. Par ailleurs, des formations sur cette thématique sont inscrites au plan de formation et suivies par des soignants tous les ans. Un rappel sur les bonnes pratiques en matière de respect de la dignité et de l'intimité et sur la traçabilité des volontés du patient dans le dossier patient informatisé est également inscrit au plan d'actions. Les patients mineurs sont pris en charge par des équipes formées aux spécificités des enfants et adolescents en pédiatrie et en pédopsychiatrie. Des espaces de jeu sont à leur disposition. Des mesures particulières sont prises pour les enfants accueillis au bloc opératoire, aux urgences (circuit réservé à la prise en charge des enfants). En unité de chirurgie ambulatoire (UCA) les enfants bénéficient d'un circuit adapté : chambre spécifique décorée, accueil des parents, recueil des deux consentements, accueil spécial également au bloc avec, masque à la fraise, diplômes remis à la sortie. L'autonomie des patients en situation de handicap ou âgés est préservée. La contention mécanique est utilisée en dernier recours, après réflexion en équipe. Néanmoins, il a été constaté qu'en retour de bloc des barrières sont posées systématiquement au lit du patient sans avoir été prescrites. Les équipes justifient ces pratiques par une volonté de sécuriser la prise en charge des patients en post opératoire. Le protocole existant n'a pas pu être présenté. Durant la visite, un protocole "Sécurisation du patient en pré et post opératoire" a été rédigé et remis aux auditeurs afin de formaliser les pratiques existantes. Bien que tous les patients rencontrés disent que leur douleur a toujours été évaluée et soulagée, les évaluations et les traitements de la douleur ne sont pas régulièrement tracés dans le dossier patient et quelques prescriptions d'antalgiques « si besoin » sans précision explicite du niveau de douleur ont été retrouvées. La présence des proches et des aidants est facilitée. Les horaires de visite sont adaptés, des locaux aménagés, comme les salons des familles en pédiatrie qui sont disponibles. Leur implication dans le

projet de soins est favorisée, cela a été noté par exemple dans toute la filière gériatrique, pédiatrique, obstétricale et en réanimation. Cependant le projet de soins et d'accompagnement en secteur de psychiatrie adulte et pédiatrique n'est à ce jour pas co-construit avec le patient. Durant la visite, une équipe pluridisciplinaire s'est réunie afin d'engager une réflexion sur la construction du projet et la formalisation d'un document. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte. L'accompagnement des patients en situation de précarité sociale, repose sur un accès facilité au service social dans l'ensemble des secteurs. Des dispositifs de coordination sont mis en œuvre, on peut citer en maternité l'auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités, le staff psycho-médico-social avec le réseau de périnatalité. La préparation de la sortie est anticipée pour prendre en compte les conditions de vie habituelle. En maternité, par exemple, le dispositif de coaching parental (COPA) permet d'anticiper la sortie et de proposer aux parents la venue d'une auxiliaire de puériculture à leur domicile, une visite à domicile par un ergothérapeute permet d'organiser la sortie des patients victimes d'un accident vasculaires cérébral (AVC) et un suivi pluridisciplinaire qui repose sur la présence d'une IPA permet d'organiser les auto-dialyse de 4 patients à leur domicile. L'hospitalisation à domicile (HAD) est proposée au patient dès son entrée à chaque fois que nécessaire et facilitée par la présence d'une IDE coordinatrice. Les besoins des personnes en situation de handicap sont pris en compte dans les projets de soins. La prise en charge éducative des jeunes patients est adaptée à leur situation. En Unité de Soins de Longue Durée (USLD) un programme d'activités pluri-hebdomadaire favorise le maintien de l'autonomie et le lien social.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	98%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	85%

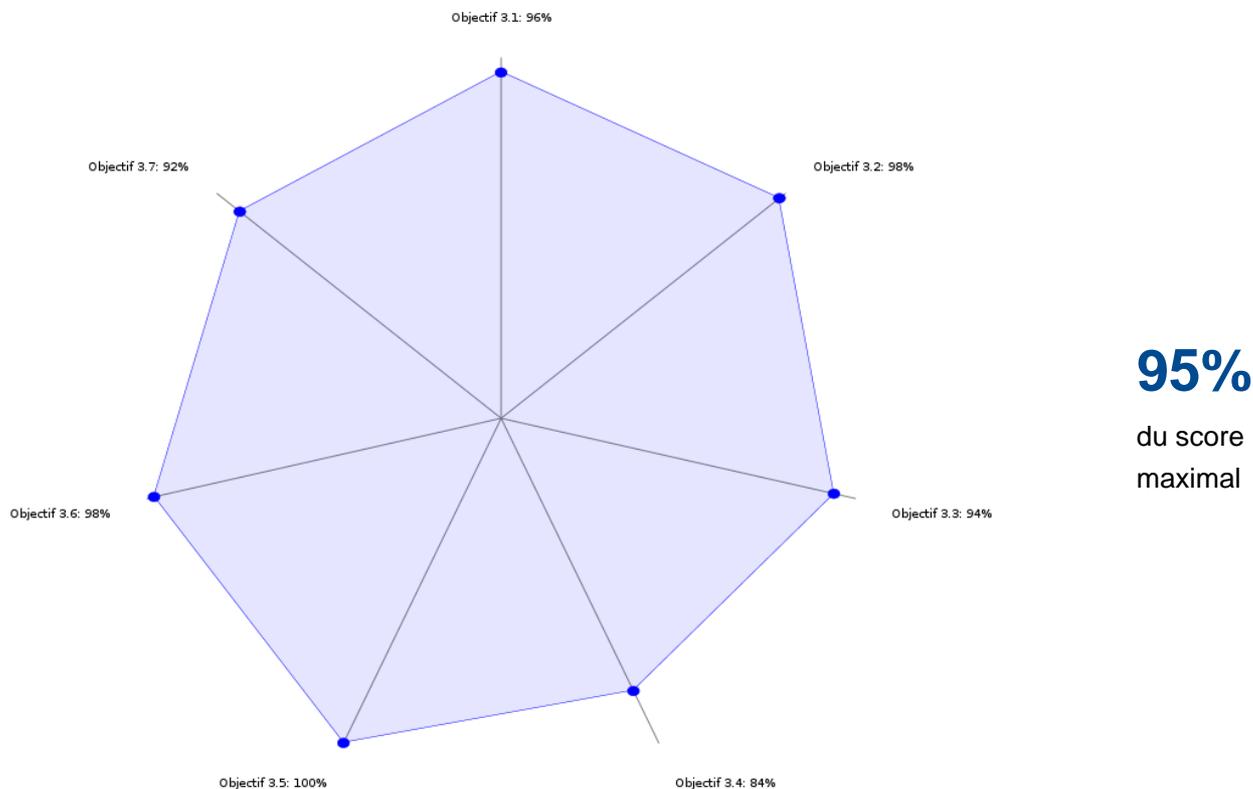
Les équipes analysent la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. Des recommandations de bonnes pratiques sont disponibles pour les principales prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques complexes sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires en place dans la majorité des secteurs, ou dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en oncologie. La pertinence des orientations par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) est argumentée. La pertinence de la transfusion est argumentée notamment via une analyse bénéfice/risque avant tout acte transfusionnel. Les praticiens se réfèrent à des protocoles pour les antibiothérapies probabilistes de première intention. Excepté en HAD, la traçabilité de la réévaluation des antibiothérapies initiales a été retrouvée dans tous des dossiers. Dans les services d'hospitalisation une synthèse

pluriprofessionnelle est organisée tous les jeudis en présence d'un infectiologue, Les antibiothérapies initiales sont abordées et réévaluées à cette occasion. En psychiatrie, la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est toujours argumentée. En cas de restriction de liberté le patient et/ou sa personne de confiance reçoivent une information claire et explicite. La pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé est également évaluée notamment dans le cadre des conciliations médicamenteuses. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins du patient de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Le dossier patient majoritairement informatisé est partagé par l'ensemble des intervenants. Le dossier pré-hospitalier du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) également informatisé (tablettes) est complété et intégré au dossier patient informatisé (DPI) en Portable Document Format (PDF). Aux urgences, la formation à l'accueil et l'orientation des infirmiers chargés du tri des patients est généralisée, un médecin référent est identifié, les dossiers antérieurs sont facilement accessibles. Cependant, à ce jour la décision d'orientation ne s'appuie pas sur une grille de tri validée. Bien que la grille de tri figure dans le cahier des charges, le prestataire ne l'a pas encore intégrée dans le DPI récemment déployé. L'orientation prend en compte l'avis du patient, un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité, une attention et un circuit bien défini tient compte du patient mineur. Les délais d'attente sont communiqués en temps réel au patient et accompagnant sur la base d'un code couleur affiché dans la salle d'attente. En psychiatrie la prise en charge ambulatoire ne permet pas un accès précoce aux soins psychiques dans toutes les situations, le risque suicidaire n'est pas évalué à l'aide d'une grille partagée. Les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adultes se coordonnent lors des phases de transition des adolescents vers l'âge adulte. Tous les patients hospitalisés en psychiatrie bénéficient d'un examen somatique réalisé aux urgences. Une organisation est mise en place pour connaître la disponibilité des lits d'aval. Le cadre des urgences et/ou l'Infirmier organisateur de l'accueil (IOA) recueillent 3 fois par 24H la disponibilité des lits au sein de l'établissement. Aux urgences les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et la dignité des patients. De multiples dispositifs de coordination sont déployés pour mettre en œuvre le projet de soins. On peut citer les équipes mobiles de soins palliatifs, de gériatrie, les infirmiers de pratique avancée (IPA) en oncologie, néphrologie, gériatrie et psychiatrie. Des staffs pluri professionnels et pluri disciplinaires sont réunis dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales. Des collaborations avec d'autres établissements sont développées comme les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec le CHU de Reims. La Télé-fibrinolyse dans le cadre de la prise en charge des AVC est organisée avec le CHU de Nancy et des téléconsultations sont en place pour les consultations d'anesthésie pour les détenus. La conciliation médicamenteuse est développée en médecine gériatrique, en unité neurovasculaire, en médecine (neurologie, rhumatologie) et en réanimation. La cellule de programmation valide chaque semaine la planification des actes interventionnels et coordonne l'intégration des interventions urgentes. La check-list sécurité du patient est utilisée au bloc opératoire et en endoscopie lors des vérifications croisées. Une fiche de liaison permet l'échange d'informations en amont du bloc, et en sortie de salle de réveil. Cette fiche n'a pas à ce jour fait l'objet d'une évaluation. La démarche palliative est coordonnée dans le cadre de staffs pluridisciplinaires, et de la participation de l'équipe de soins palliatifs. La lettre de liaison est majoritairement éditée le jour du départ du patient. Les professionnels s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont appliquées. Les modalités de gestion des vigilances sanitaires sont définies et connues des équipes. Les prescriptions médicamenteuses sont principalement assurées dans le dossier patient informatisé. En réanimation, il existe un support papier unique pour la prescription/administration des médicaments. Néanmoins, il a été observé que certains médicaments étaient prescrits sans les modalités de dilution, les objectifs d'administration (ex : insuline et noradrenaline) et les solvants à utiliser. Durant la visite un rappel des bonnes pratiques en matière de prescription a été fait par le chef de service auprès des praticiens. Par ailleurs, l'informatisation de la pancarte de réanimation intégrant les règles de bonnes pratiques en matière de prescription/administration est en cours de déploiement dans le service de réanimation. Le bilan thérapeutique est intégré au dossier du patient. Les pratiques d'approvisionnement en urgence répondent aux besoins des services, le transport est sécurisé. L'administration est tracée. L'analyse pharmaceutique est

déployée dans tous les secteurs y compris en réanimation. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. Elles disposent de la liste des médicaments à risque spécifique à leur service. Elles connaissent les médicaments à risque utilisés dans leur secteur ainsi que les mesures particulières à appliquer. Les bonnes pratiques de stockage des médicaments sont le plus souvent respectées. Cependant, il a été observé que les ampoules injectables de chlorure de potassium étaient stockées au milieu des autres injectables sans autre précaution que l'apposition d'un pictogramme au même titre que les autres médicaments à risque. Durant la visite le stockage a été modifié et sécurisé. Les ampoules de potassium ont été retirées des services qui n'en avaient pas l'utilité et stockées au milieu des médicaments per os dans les autres services afin de diminuer les risques d'erreurs d'administration. Le risque d'erreur d'administration du chlorure de potassium étant inscrit dans la liste des never events diffusée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). La surveillance des températures des enceintes réfrigérées contenant des médicaments thermosensibles est généralisée. Les transfusions sont tracées dans le dossier transfusionnel. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins. Les précautions standard et complémentaires sont mises en œuvre. En secteur interventionnel, les protocoles d'antibioprophylaxie et de préparation cutanée des patients sont actualisés, et connus des équipes. Les vérifications sont tracées, les professionnels utilisent les équipements de protection individuelle et les dosimètres. En ambulatoire, l'autorisation de sortie est validée. La désinfection du matériel thermosensible réutilisable d'endoscopie est centralisée et prise en charge par une équipe formée, la traçabilité du traitement est assurée. La vaccination est promue et favorisée par l'établissement par l'intermédiaire du médecin du travail. A la maternité, les équipes sont formées à la prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). Les professionnels chargés du transport des patients sont formés aux règles de sécurité, d'identitovigilance, d'hygiène et de confort du patient. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la dénutrition, les chutes, les effets indésirables des médicaments. Les professionnels exposés aux rayonnements ionisants utilisent les équipements de protection et les dosimètres. Les professionnels analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions. On peut citer pour exemples les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur la tenue du partogramme, le déclenchement artificiel du travail, la césarienne code Orange menées en maternité, l'évaluation de la tenue du dossier en odontologie, les troubles de la déglutition chez les personnes âgées, le délai de réalisation des scanners en médecine, l'évaluation de la qualité de la prescription et de la traçabilité de l'administration des stupéfiants, la contention physique du patient en unité neurovasculaire ou les audits douleur, antibioprophylaxie, étiquetages des médicaments et les audits check list Les équipes sont associées à l'exploitation des résultats de la satisfaction et de l'expérience patient, ainsi que des plaintes et réclamations. Elles connaissent le plus souvent les recommandations de la commission des usagers. Toutefois, majoritairement les professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance des résultats du questionnaire e.satis. Les résultats des indicateurs sont exploités, par exemple le taux de conformité de l'hygiène des mains, de la dosimétrie au bloc, le taux de prise en charge ambulatoire en chirurgie, le taux de refus de prélèvements d'organes... Cependant dans les services les événements indésirables associés aux soins (EIAS) ne sont pas toujours analysés avec les professionnels et ne donnent pas toujours lieu à des plans d'actions. Il a été objectivé une faible déclaration d'EIAS dans certains secteurs de soins à l'instar de la psychiatrie générale en hospitalisation complète où les professionnels rencontrés ont dit ne pas avoir déclaré d'EIAS depuis plusieurs années. L'établissement a communiqué une liste de déclaration d'EI de secteur dont seulement douze concernaient des EIAS sur les deux dernières années. Ces EIAS méconnus des soignants rencontrés n'ont pu faire l'objet d'analyse avec les professionnels et de déclinaison de plans d'actions. Bien qu'ayant diffusé une charte d'incitation à la déclaration, l'établissement justifie cette situation par la survenue d'une cyberattaque dont il a été victime en début d'année. Ce qui a conduit à un retour à la déclaration des EI en version papier et induit une diminution des déclarations. Dans les secteurs de soins critiques, les équipes exploitent des indicateurs notamment pour le suivi des infections qui sont analysés lors de réunions pluridisciplinaires deux fois par semaine en présence des infectiologues. Un registre de refus des admissions a été récemment mis en

place en réanimation polyvalente. Cependant le taux de ré hospitalisation précoce à 48/72 heures n'est pas suivi en réanimation polyvalente. Dans les secteurs interventionnels (bloc opératoire et endoscopie), les indicateurs de suivi de la réalisation de la check-list sont connus et exploités collectivement par les équipes. La qualité des résultats de biologie et d'imagerie est suivie et fait l'objet de plan d'actions, notamment en termes de délais. L'équipe de coordination des prélèvements d'organes exploite les indicateurs de prélèvements d'organes et de tissus du programme Cristal Action, un plan d'action est en cours à la suite du dernier audit de l'Agence de Biomédecine. L'équipe veille à développer l'activité de prélèvement et soutient dans cette démarche les établissements du territoire. Par ailleurs une activité de prélèvement multi organe sur donneurs décédés a été développée en 2022 (Maastricht 3). Dans ce cadre, à ce jour 3 procédures ont été engagées.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	96%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	84%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	92%

Le projet d'établissement est défini en cohérence avec le territoire. Les orientations stratégiques sont déclinées dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Cœur Grand Est qui regroupe 8 établissements de santé répartis sur le territoire de la Haute Marne et de la Meuse, le centre hospitalier de Verdun situé sur quatre sites (trois sur Verdun, (St Nicolas, Désandrouins et Ste Catherine) et un sur St Mihiel),

en est l'établissement support. Des dispositifs de coordination sont en place, comme les pôles médicaux territoriaux qui sont les éléments structurants du projet médical partagé (PMP). Ils contribuent à l'organisation des parcours de soins et de santé qui favorisent la coordination des soins entre les professionnels des secteurs sanitaires, médico-social et de ville. L'harmonisation des pratiques et des procédures entre les établissements du GHT, dans une approche pluridisciplinaire et transversale, est un levier majeur dans l'optimisation des parcours du patient et se fonde sur la collaboration entre les professionnels afin d'éviter les ruptures dans la continuité des soins. L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale. Il a mis en place une coordination entre le service de psychiatrie ambulatoire et la médecine de ville. En pédopsychiatrie, l'établissement s'est doté d'une plateforme de coordination et d'orientation en faveur des troubles du neurodéveloppement et neuromoteurs (PCO-TND) accessible aux médecins libéraux du territoire. Des filières prioritaires (avec les maternités niveau 2B de Saint-Dizier et de niveau A du CHU de Nancy, avec les soins intensifs de pédiatrie du CH de Saint-Dizier, l'oncologie du CHU de Reims, la cardiologie du CHR de Metz, la neurochirurgie du CHU de Nancy...) sont organisées. Des postes médicaux sont partagés notamment avec le CHU de Nancy et entre les établissements du GHT. Pour répondre aux besoins en imagerie un groupement d'intérêt économique (GIE) en radiologie a été constitué dans le cadre d'une coopération public/privé. Le dossier patient informatisé mise en place au sein de CH de Verdun va être déployé en 2023 dans tous les établissements de santé du GHT. Certains services de soins participent à des programmes de recherche clinique nationaux tels que l'intérêt de la thrombolyse aux urgences dans les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et le protocole de recherche PREMEX en maternité qui a pour objectifs d'améliorer les connaissances sur la prématurité et les soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés prématurés. L'accès en urgence aux filières spécialisées de cardiologie, neurochirurgie et neurologie est organisé. La télé-fibrinolyse pour les AVC est développée en collaboration avec le CHU de Nancy. Une salle est réservée à cet usage aux urgences. Des médecins et infirmiers libéraux correspondants du SAMU sont mobilisés pour prendre en charge les urgences pré hospitalières en complément de l'équipe du SMUR. Par ailleurs, des téléconsultations sont organisées en anesthésie pour les patients détenus en Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP). Les pharmaciens et la directrice du CHVSM sont membres de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Les usagers et les médecins de ville peuvent contacter aisément l'établissement. L'accès se fait par le standard ou par des numéros permettant d'accéder directement aux services de soins. Un parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées est en cours de réflexion avec la gériatrie et les urgences. Des entrées directes sont organisées avec appel direct des médecins de ville aux gériatres de l'ES. Un dispositif de lits activables en pneumologie et en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) en cas de tension saisonnière contribue à limiter les passages évitables aux urgences. Des organisations sont également en place pour favoriser les entrées directes en pédiatrie. Par ailleurs, une organisation est en place pour favoriser l'hospitalisation à domicile (HAD) dès la prise en charge par le SMUR (appel direct à l'astreinte de coordination par l'IDE du SMUR). L'établissement promeut l'engagement du patient. En plus du questionnaire e.satis, un questionnaire de satisfaction institutionnel ainsi que des questionnaires personnalisés pour certaines unités ou prises en charge (chirurgie ambulatoire...) sont remis aux patients. Les résultats de l'enquête e-satis sont exploités. De plus une expérimentation est en cours avec un logiciel permettant notamment d'exploiter les avis des patients recueillis sur internet. Des démarches mobilisent l'expertise des patients, on peut citer les patients experts qui interviennent en néphrologie en particulier en cas de greffe. En oncologie une réflexion est en cours pour mobiliser l'expertise patient. Des formations à la communication avec le patient sont en place (bienveillance, communication sereine, programmes de simulation...). Les plaintes et réclamations sont analysées avec les représentants des usagers. Le dispositif de médiation médicale est opérationnel. Le centre hospitalier assure la promotion de la culture de la bienveillance, veille au respect des droits des patients et de leur famille et lutte contre la maltraitance ordinaire. Le circuit de signalement des actes de maltraitance touchant les patients est connu des professionnels. L'accessibilité des locaux est assurée pour les personnes porteuses d'un handicap. Des dispositifs sont en place pour l'accueil et l'accompagnement des personnes vulnérables. L'accès au dossier est organisé pour les patients qui le demandent. Le suivi est assuré en lien

avec la commission des usagers. Cependant les délais de remise du dossier ne sont à ce jour pas respectés en raison d'un nombre important de demandes de transmission de dossiers. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement et participent aux instances telles que le directoire, le comité qualité, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), du comité bientraitance, éthique et droits des patients (BED), le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Ils ont élaboré un projet des usagers 2018-2023 articulé avec le projet d'établissement, et suivent sa mise en œuvre. La gouvernance a passé convention avec des associations de patients telle que l'association de Lorraine des insuffisants rénaux. L'accès aux soins de personnes vulnérables est favorisé grâce à plusieurs vecteurs : présence d'assistantes sociales, de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), de convention avec la protection maternelle et infantile (PMI), réseau d'interprètes. La gouvernance s'attache à développer une dynamique collective de culture de la qualité et de la sécurité des soins. Les représentants des usagers y sont associés. La politique qualité est déclinée en actions concrètes dans chaque pôle et service. Les cadres informent leurs équipes des projets qui les concernent. La culture qualité des professionnels est évaluée par des audits tels que les audits réalisés en endoscopie sur la connaissance des règles de bonnes pratiques ou encore sur les bonnes pratiques en matière de matériovigilance et de pharmacovigilance. Dans le contexte actuel de pénurie de ressources humaines, l'établissement veille à l'équilibre entre les professionnels permanents et remplaçants. Un logiciel interne de gestion des remplacements sur la base du volontariat facilite les remplacements. Par ailleurs, des dispositions transitoires sont mises en œuvre telles que la réduction d'activité, le recours aux heures supplémentaires ou à l'intérim. La gouvernance a déployé une politique d'attractivité pour les métiers en tension avec pour exemples une offre de contrats d'allocation d'études pour les infirmiers, de contrats d'apprentissage pour les manipulateurs en radiologie, de formations qualifiantes et certifiantes pour tous les professionnels, de primes allouées aux contractuels, un accès rapide à la stagiarisation et la mise en place de mesures visant à améliorer l'accueil des internes (réfection de l'internat). Les cadres bénéficient d'actions de coaching. Des coachings d'équipes sont également prévus dans les contrats de pôle. Des réunions régulières sont organisées par la direction des soins pour partager et structurer l'expérience des cadres. La gouvernance soutient le travail en équipe et le développement des compétences. Un programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) est en cours déploiement en chirurgie. Des dispositifs innovants de formation des personnels sont déployés avec le centre de simulation au sein de l'établissement notamment pour la maternité. Elles sont ouvertes aux autres établissements du territoire et à la médecine de ville. Des programmes d'accréditation en équipes sont proposés aux équipes d'anesthésie, chirurgie et réanimation. La politique de qualité de vie au travail est construite notamment sur la base d'un audit sur l'évaluation des risques psychosociaux à l'initiative de la direction des ressources humaines avec l'appui d'un préventeur, d'un ergonomiste, de la médecine du travail et des membres du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Les actions de prévention sont suivies dans le cadre du (Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels (PAPRIACT) et des actions inscrites dans le projet social. Il existe des mesures de prévention et de gestion des difficultés interpersonnelles. Celles-ci s'appuient notamment sur un dispositif de déclaration des violences, un soutien de l'équipe d'encadrement et un soutien psychologique accessible et connu de tous les professionnels. Des temps de discussion collective sont en place dans les unités. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maîtrisée. L'établissement a identifié les risques auxquels il peut être confronté, et a mis en place des moyens de réponse : cellule de crise activable sans délai, exercices de mise en situation avec retour d'expérience structuré, plan de gestion de crise intégrant le plan d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). Les risques pouvant générer des tensions hospitalières sont identifiés, notamment les épidémies saisonnières, des cellules de crise sont déclenchées en cas de besoin avec les directeurs, les cadres et les médecins, des lits en surnombre sont identifiés et utilisés en cas de tension en pneumologie et en UHCD. Des exercices sont réalisés à l'instar de l'exercice ORSAN-AMAVI organisé en avril 2022 (accident de bus). Un retour d'expérience a également été réalisé suite au plan blanc COVID. Le plan de sécurisation de l'établissement est opérationnel. Les équipes connaissent la

procédure de prise en charge des urgences vitales et disposent de matériels uniformisés et vérifiés, ainsi que d'un numéro d'appel direct. Les professionnels sont informés des mesures de prévention des risques numériques; des procédures dégradées sont activables en cas d'incident. La politique de développement durable est établie sur la base d'un diagnostic initial et déclinée en plans d'actions. Des actions sont menées en termes de développement durable avec un référent identifié, des mesures de maîtrise des consommations énergétiques, des filières de tri des déchets sont déployées. La démarche qualité institutionnelle est inscrite au niveau du territoire notamment dans le cadre du GHT. Des réunions sont organisées avec les cellules qualité et gestion des risques des différents établissements avec un partage des situations et des outils. La démarche qualité repose également sur l'organisation d'audits croisés (parcours patient, traceurs ciblés et patients traceurs) avec des professionnels formés à cet effet, les résultats sont présentés à toutes les instances. Les vigilances sont organisées aussi bien de manière descendante qu'ascendante, les référents sont identifiés, nommés au niveau du GHT et connus. Les indicateurs qualité sont majoritairement communiqués et analysés à l'échelle de l'établissement avec les professionnels. Cependant, dans un service les professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance de la déclinaison concrète de la politique qualité au sein de leur service et n'avaient pas été sollicités pour proposer de nouvelles actions du projet qualité. L'établissement de santé (ES) a pris acte de cet événement et s'engage à poursuivre le déploiement de la démarche qualité auprès des équipes. La crise sanitaire suivie d'une cyberattaque a retardé le déploiement de la démarche auprès de tous les professionnels. Soulignons que l'établissement à l'instar de nombreux établissements de l'est de la France a été très impacté par la crise sanitaire. Les professionnels sont formés à la déclaration des Evénements Indésirables (EI) qui sont gérés via un logiciel remis en place récemment après la cyberattaque, la cellule qualité les centralise et les réoriente vers les responsables des services concernés, les réponses sont renseignées dans le même logiciel pour retour au déclarant. Une réunion hebdomadaire entre la cellule qualité et les cadres de santé permet d'étudier, de traiter les EI et mettre en œuvre les actions correctrices. La dynamique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins est soutenue par la gouvernance qui a intégré des objectifs d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans les contrats de pôle. Les recommandations de bonnes pratiques sont mises à disposition des équipes. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel intègre les retours des patients et la contribution des usagers. Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont le plus souvent analysés avec les équipes et donnent lieu à des plans d'action. Ils sont régulièrement suivis par la commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers, des usagers (CDU). Des revues de morbi-mortalité (RMM) et des comités de retour d'expérience (CREX) se réunissent dans les services de chirurgie, d'anesthésie-réanimation, en maternité ainsi que sur des thématiques particulières comme la transfusion, la prise en charge médicamenteuse. Ils sont organisés pour tous les événements indésirables graves, et les plans d'actions sont suivis. Un tableau de suivi recense les besoins journaliers en lits d'aval du service des urgences adultes, le plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval des urgences est opérationnel.

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	550006795	LE CENTRE HOSPITALIER VERDUN/SAINT-MIHIEL	55100 VERDUN FRANCE
Établissement principal	550000012	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - HOPITAL SAINT NICOLAS	2 rue d'anthouard 55100 VERDUN FRANCE
Établissement géographique	550005524	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - CMP ADULTES ET HOPITAL DE JOUR MONTMEDY	20 rue de la 2 eme db usa 55600 Montmedy FRANCE
Établissement géographique	550004808	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	72 rue saint sauveur 55100 VERDUN FRANCE
Établissement géographique	550003362	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - HOPITAL DESANDROUINS	Route d'etain 55100 VERDUN FRANCE
Établissement géographique	550000202	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - CH SAINTE ANNE	Place jean berain 55300 Saint Mihiel FRANCE
Établissement géographique	550000186	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - UNITE D'HOSPITALISATION POUR ADOLESCENTS	18 rue d'anthouard 55100 Verdun FRANCE
Établissement géographique	550006480	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - CMP ADULTES	12 place saint nicolas 55100 VERDUN FRANCE
Établissement géographique	550005870	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - APPARTEMENT THERAPEUTIQUE	4 rue jean bouin 55100 Verdun FRANCE
Établissement géographique	550003370	CH VERDUN/SAINT MIHIEL - USLD	56 rue saint sauveur 55100 VERDUN FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Oui
Autorisation de SSR en HAD	Oui
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Oui
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	3,421
Nombre de passages aux urgences générales	29,654
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	41,813
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	188
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	66
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	35
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	18
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	25
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	15,008
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	11
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	4
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	109
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	17
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	48
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	9
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	56

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	8
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	64
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	38
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	32
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	70
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	13,882
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	7,174
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	21,056
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	10
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	30

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences générales, SAMU , SMUR
2	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
3	Audit système	Engagement patient		
4	Audit système	Coordination territoriale		
5	Audit système	QVT & Travail en équipe		
6	Audit système	Maitrise des risques		
7	Audit système	Dynamique d'amélioration		
8	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		GREFFES
9	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient urgences médecine
10	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient		Tout l'établissement	

15	traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
16	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient couché > Bloc général
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de longue durée Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	

			Programmé	
21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique
22	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
27	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
28	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	

29	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Adulte Pas de situation particulière Programmé	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
32	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
33	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Maternité Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
34	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
35	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque
	Audit	Leadership		

36	système			
37	Audit système	Représentants des usagers		
38	Audit système	Entretien Professionnel		
39	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient assis vers acte d'imagerie
40	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		per opératoire
41	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
42	Parcours traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		endoscope
44	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
45	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou

				sans dispositif invasif
46	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
47	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
48	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de précarité SAMU-SMUR Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Hospitalisation complète	
49	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
50	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins critiques Adulte Hospitalisation complète	
	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap	

51			<p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
52	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Programmé</p>	
53	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
54	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
55	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
56	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

			Programmé	
57	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
58	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Urgences Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
59	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins critiques Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
60	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
61	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Urgences Médecine Pas de situation particulière	

			Hospitalisation complète	
62	Audit système	Entretien Professionnel		
63	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Hospitalisation à domicile Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
64	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
65	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
66	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine	

			Programmé	
67	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
68	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
69	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
70	Patient traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer SAMU-SMUR Adulte Médecine Hospitalisation complète	
71	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

72	traceur		Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
73	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
74	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		PECM HAD
75	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	
76	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
77	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé SAMU-SMUR Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
78	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Psychiatrie et santé mentale Adulte	

			Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
79	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Médecine Hospitalisation complète Programmé	
80	Audit système	Entretien Professionnel		
81	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
82	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	

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

