



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
D'ERSTEIN**

13 route de Krafft
67152 Erstein



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 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	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	22
Annexe 3. Programme de visite	26

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 D'ERSTEIN	
Adresse	13 route de Krafft 67152 Erstein Cedex BP 30063 FRANCE
Département / Région	Bas-Rhin / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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	670781152	EPSM - CENTRE HOSPITALIER D'ERSTEIN	13 route de krafft 67150 ERSTEIN FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

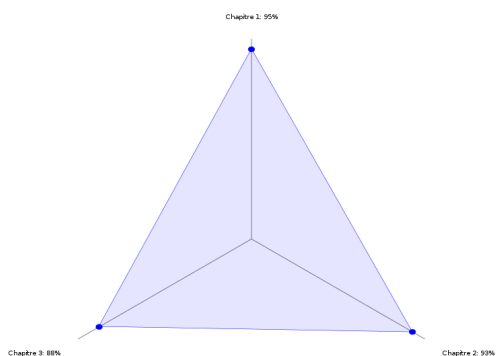
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Psychiatrie et santé mentale
Soins de longue durée
Tout l'établissement

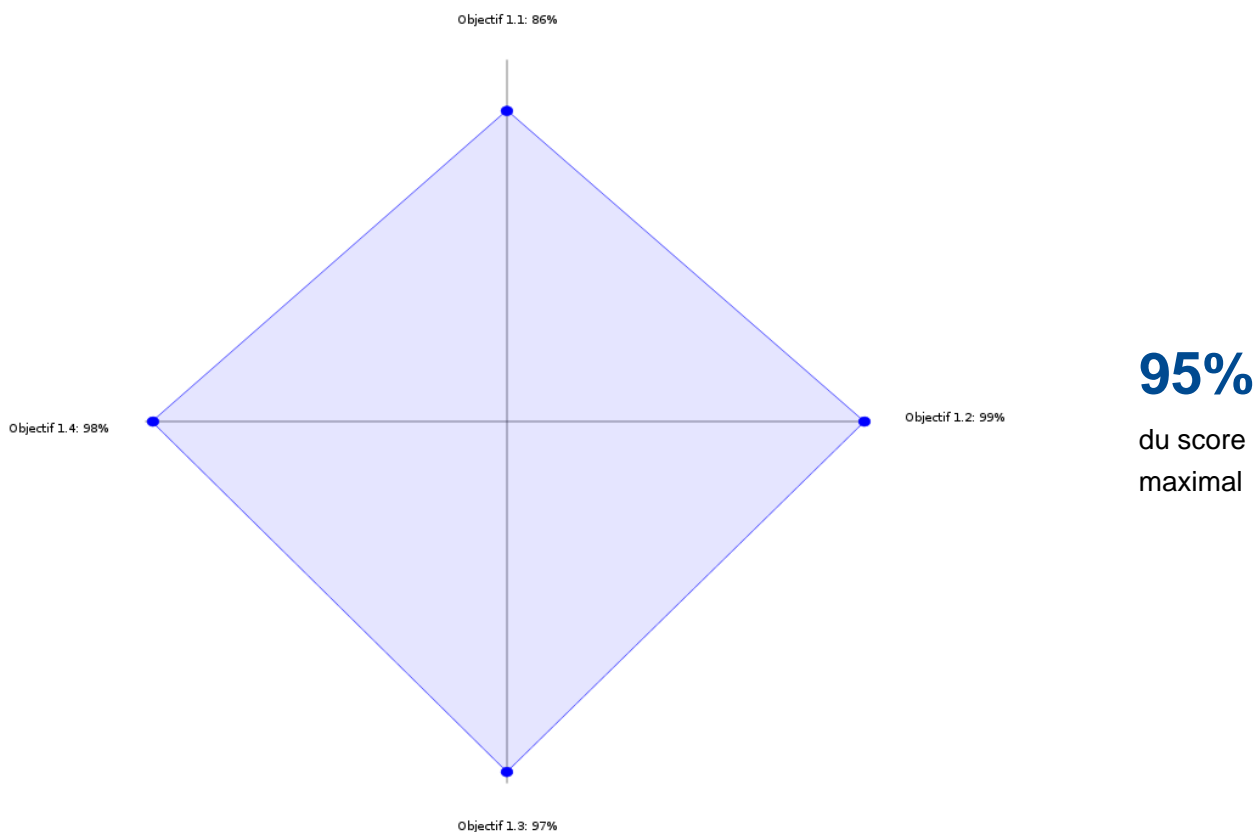
Au regard du profil de l'établissement, **107** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

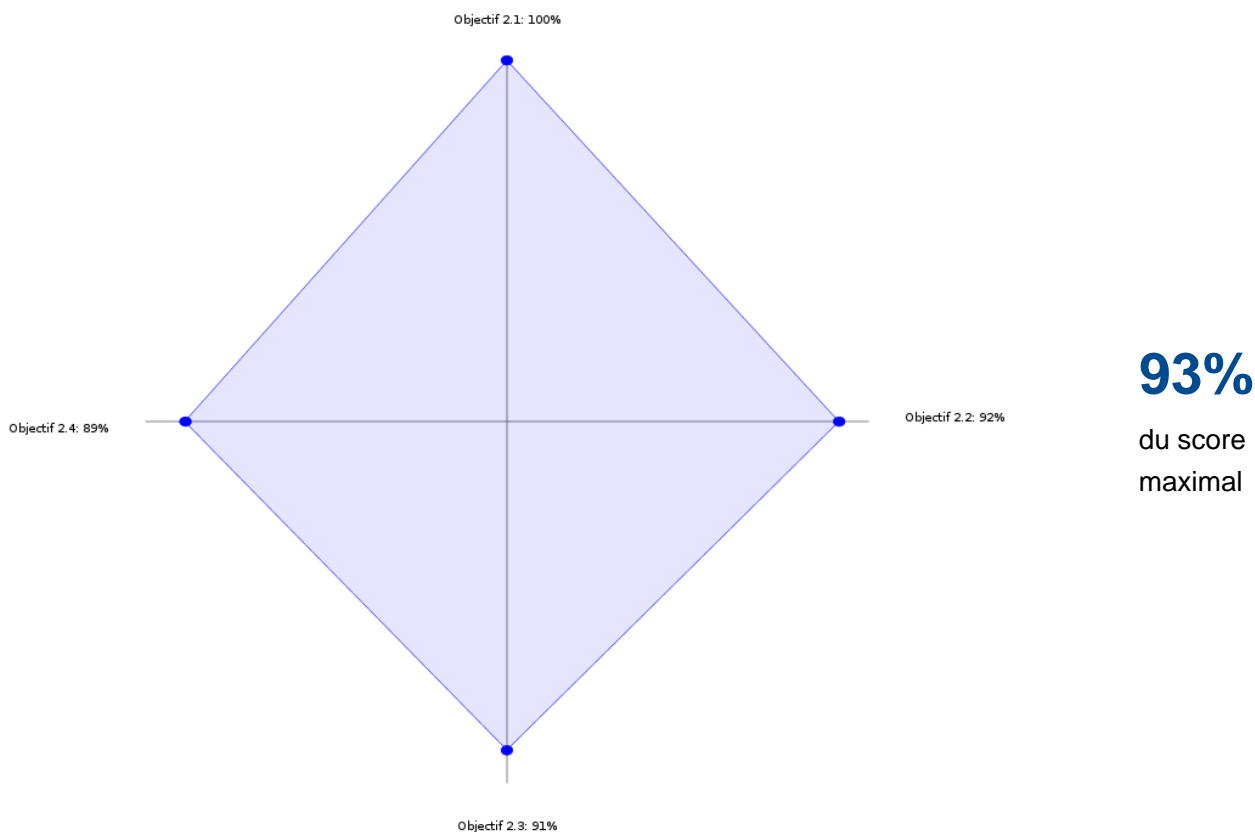


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	86%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	98%

Le Centre hospitalier d'Erstein, établissement public spécialisé en santé mentale auquel est adjointe une unité de soins de longue durée, informe le patient sur ses droits et prend en compte ses attentes et préférences. Le patient est informé sur son état de santé et son implication dans les soins est recherchée tout au long de sa prise en charge, et ce quelle que soit la filière concernée [(psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile, hospitalisation à temps complet, structures alternatives à l'hospitalisation (Centres Médico-Psychologiques, Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel, Hôpitaux de jour), soins de longue durée, etc.)]. Il est partie prenante dans l'élaboration de son projet de soins personnalisé qui est défini en concertation avec le médecin et l'équipe soignante, et y consent après avoir reçu une explication sur les bénéfices et les risques inhérents au traitement (effets secondaires des médicaments psychotropes par exemple, etc.). Si besoin, cette information

est répétée et délivrée en fonction du degré de discernement, de l'âge et de la compréhension de chacun. L'établissement informe le patient sur ses droits à travers différents supports de communication qui lui sont accessibles par voie d'affichage dans les unités de soins, comme la Charte de la personne hospitalisée, la Charte européenne de l'enfant hospitalisé ou la Charte Romain Jacob. Le site web de l'établissement et le « Livret d'accueil des patients » complètent ces informations, notamment en matière de droits d'accès au dossier médical, de non divulgation de présence ou de directives anticipées. Toutefois, le patient n'a pas toujours connaissance de ces informations, notamment celle relative aux représentants des usagers qui peuvent l'accompagner ou celle concernant les modalités pour soumettre une réclamation et déclarer tout évènement indésirable grave lié à ses soins. Il en est de même concernant l'information relative au droit du patient à rédiger des directives anticipées. Des messages de santé publique sont délivrés au patient à travers des flyers mis à sa disposition (« Santé mentale et jeunes », « Troubles addictifs », « Le nutri-score pour mieux manger en un coup d'œil », etc.). Dans les situations de fin de vie, rares et circonscrites à quelques unités, la volonté du patient est recherchée et l'accès aux soins palliatifs est effectif avec le concours si nécessaire de l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Strasbourg. Tous les patients sont invités à faire part de leur expérience au cours des soins et par le biais d'un questionnaire de sortie qui leur est remis. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité, ainsi que de la confidentialité des informations qui le concernent, quel que soit son statut ou son handicap. Le Centre Hospitalier d'Erstein bénéficie dans la majorité des services d'hospitalisation de chambres individuelles permettant de garantir l'intimité et la dignité du patient, avec des cabinets de toilette intégrés (toilettes, douche et lavabo). Il subsiste dans quelques bâtiments plus anciens comme celui appelé « Jule Vernes » des chambres sans sanitaires et toilettes, où l'organisation et les pratiques professionnelles permettent de garantir la dignité et l'intimité des patients dans l'utilisation des équipements communs mis à disposition. Les chambres de soins en isolement sont équipées d'un store aux fenêtres des portes d'entrée permettant leur occultation par le patient afin de garantir son intimité, tout en laissant au personnel la possibilité de l'ouvrir de l'extérieur. Les enfants et adolescents bénéficient d'un environnement adapté à leur prise en charge quels que soient les secteurs de soins. L'autonomie des personnes porteuses d'un handicap ou âgées (unité de soins de longue durée) est préservée par la sollicitation des personnels à les impliquer dans la réalisation des soins ou des activités quotidiennes (repas, etc.). Les contentions mécaniques font l'objet d'une décision médicale systématique expliquée au patient et réévaluée en tant que de besoin, et demeure une mesure de dernier recours. La douleur est anticipée et donne lieu à une évaluation tracée dans le dossier du patient avec réévaluation périodique lorsqu'un traitement antalgique est prescrit. Des échelles spécifiques d'évaluation de la douleur sont utilisées pour certaines prises en charge en santé mentale (« Échelle Simplifiée d'évaluation de la Douleur chez les personnes Dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'Autisme », « Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficiência Intellectuelle »). Les proches et/ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins dès lors que le patient ne s'y oppose pas. Ces derniers participent à l'élaboration du projet de soins et leur implication est recherchée, en particulier lors de la sortie pour favoriser le retour à domicile. Dans les situations difficiles, la présence des proches est facilitée par le biais d'un ajustement des horaires de visite ou en permettant une présence si besoin sans restriction, comme pour les patients en fin de vie. La prise en charge du patient tient compte de ses conditions de vie et de lien social. Le patient en situation de précarité bénéficie d'un accompagnement, notamment par les assistantes sociales de l'établissement, en collaboration avec les structures partenaires de ville pour favoriser l'inclusion sociale (accès ponctuel au logement avec le dispositif logipsy67, etc.). Des objectifs de socialisation sont proposées, en interne avec les ateliers thérapeutiques intersectoriels d'Erstein (ATISE) et en externe avec entre autres les Groupes d'Entraide mutuelle (GEM). En soins de longue durée, de nombreuses animations sont proposées afin de maintenir un lien social comme l'organisation de rencontres intergénérationnelles avec les membres du Conseil municipal des enfants.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



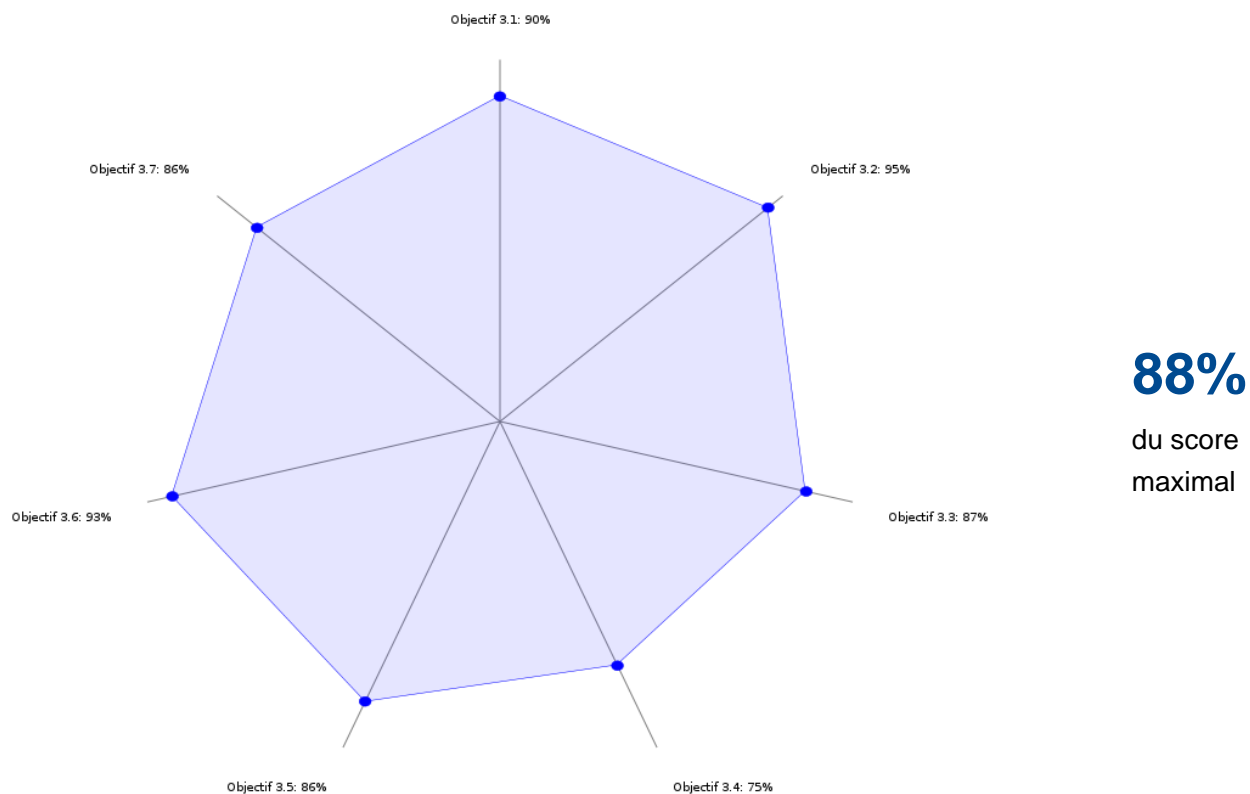
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	92%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	91%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	89%

La pertinence des décisions est prise en concertation. Les équipes évaluent la pertinence des décisions prises en termes de parcours de soins, de prescriptions médicamenteuses et de stratégie médicale à travers des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires. Les mesures de restriction de liberté sont expliquées au patient, résultent d'une décision médicale arrêtée à la suite d'une évaluation bénéfice /risque conduite en équipe, après échec des mesures alternatives mises en place (chambre d'apaisement, etc.) et pour une durée limitée. Elles donnent lieu à une surveillance stricte et à une réévaluation tracée. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées dans le dossier patient par les médecins somaticiens de l'établissement et leur réévaluation à la 48ème heure est tracée, avec conduite d'un audit annuel. Le conseil en antibiothérapie est assuré par un médecin gériatre infectiologue de l'établissement et des séquences de formation sont mises en place lors de

l'arrivée des nouveaux internes. Si besoin, un avis peut être sollicité auprès du CHRU de Strasbourg. Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient. Le dossier patient informatisé (DPI), commun à l'ensemble des intervenants, favorise le partage d'informations en temps utile (les quelques éléments papier sont scannés et intégrés au DPI). La mise en œuvre du projet de soins personnalisé est coordonnée entre tous les acteurs qui concourent à la prise en charge (médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, etc.) et ce dernier est réévalué tout au long du traitement. Les équipes peuvent également faire appel à des spécialistes et disposent à cet effet d'un plateau technique de consultations pouvant dispenser entre autres des soins dentaires, des consultations de cardiologie ou des actes d'imagerie médicale. La phase de transition adolescent adulte est anticipée et coordonnée entre les équipes, à l'intérieur de l'établissement comme en ambulatoire. Une unité dénommée « Olympe De Gouze » prenant en charge des patients âgés de 16 et 25 ans favorise cette transition en permettant un accueil en secteur adultes en temps opportun. Toutefois, le carnet de santé de l'enfant ou de l'adolescent n'est que très rarement mis à jour à la suite d'un séjour. Un examen somatique est réalisé pour tous les patients dans les jours suivant leur entrée, et dans les 24 premières heures pour les soins sous contrainte. Un travail récent de sensibilisation de la communauté médicale autour de la lettre de liaison a été réalisé pour améliorer sa remise au patient le jour de sa sortie et la qualité de son contenu. L'accès aux soins psychiques est favorisé par un repérage précoce en ville via les liens étroits tissés entre l'établissement et notamment les médecins traitants, les infirmiers et psychologues scolaires. Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. L'identification du patient est réalisée pour les patients non communicants via le port d'un bracelet en secteur de santé mentale et par l'élaboration d'un trombinoscope en unité de soins de longue durée. Pour les patients communicants, les professionnels s'assurent de la bonne identité du patient en lui posant une question ouverte. L'ensemble de ces modalités fait l'objet au sein de l'établissement d'une mise à jour du protocole interne pour harmoniser les pratiques des professionnels et garantir ainsi une identification fiable et unique du patient. Les vigilances sanitaires sont connues des professionnels (hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, etc.) et ces dernières sont opérationnelles 24h/24 en matière d'alertes ascendante et descendante avec des responsables identifiés. Les prescriptions médicamenteuses sont rédigées dans le dossier patient informatisé et l'analyse pharmaceutique est réalisée par des pharmaciens référents par service. L'organisation de l'approvisionnement (dispensation sous sachets nominatifs effectuée au sein de la pharmacie pour les médicaments per os), du stockage (condition de conservation, sécurisation, etc.) et de l'accès aux produits de santé est définie au sein des services de soins par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre par les infirmiers avec une traçabilité informatique assurée lors de la prise. Les médicaments dits à haut risque bénéficient d'une prescription, d'une dispensation et d'une administration conformes aux bonnes pratiques avec un étiquetage d'alerte spécifique. La dotation est déterminée par service avec une liste affichée dans chaque poste de soins reprenant les éléments de surveillance à observer. L'équipe opérationnelle d'hygiène coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins et les professionnels connaissent et mettent en œuvre les précautions standards et complémentaires. L'environnement du patient est propre sur l'ensemble des structures. L'établissement anime tous les ans avec le service de santé au travail une campagne de vaccination contre la grippe saisonnière et l'encadrement connaît le taux de couverture vaccinale des professionnels. Les épisodes de violence et la prévention de leur récurrence font l'objet de la mise en œuvre de moyens de « désescalade » par les équipes via une gestion verbale et/ou physique face aux patients (méthode OMEGA) et/ou une mise en chambre d'apaisement si nécessaire. Toutefois, l'établissement n'a pas élaboré un plan de prévention partagé dans ce domaine. Les actes d'imagerie médicale réalisés en interne prennent en compte les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants tant sur le plan du patient que des manipulateurs en électrologie médicale. Les équipes analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions. Chaque prise en charge fait l'objet en réunion pluridisciplinaire d'une analyse de son efficacité au sein des services. Toutefois, les équipes ne réalisent pas toutes des démarches d'évaluation de leurs résultats cliniques à partir d'un échantillon de patients sur une prise en charge pour laquelle elles auraient identifiées un potentiel d'amélioration. Les équipes soignantes travaillent

sur des actions d'amélioration issues des résultats des questionnaires de satisfaction, des réclamations et de l'analyse des événements indésirables associés au soins. Les représentants des usagers ont participé à trente-deux entretiens auprès des patients pour recueillir leur niveau de satisfaction et leur expérience. L'analyse des résultats de cette démarche était en cours lors de la venue des experts visiteurs. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont connus et suivis par les équipes, avec une déclinaison et exploitation au niveau de chaque pôle d'activité. Les événements indésirables associés aux soins sont analysés collectivement en utilisant la méthode « ALARM » avec mise en œuvre d'actions d'amélioration et rétro information auprès des personnels déclarants. Des échanges informels ont lieu autant que de besoin entre les praticiens du laboratoire de biologie médicale, prestataire extérieur à l'établissement (les prélèvements sont toutefois réalisés par les infirmiers des unités de soins), du service d'imagerie médicale du Centre hospitalier d'Erstein, et les prescripteurs afin de répondre aux attentes des uns et des autres (qualité des prescriptions, qualité des résultats des examens de biologie et des comptes rendus des examens d'imagerie médicale).

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	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	87%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	75%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	86%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	86%

Le Centre Hospitalier d'Erstein a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec les besoins de son territoire. L'établissement est en direction commune avec le Centre Hospitalier d'Erstein Ville (SSR et EHPAD). Il est une des trois composantes de la prise en charge psychiatrique du Bas-Rhin et comprend trois secteurs de psychiatrie générale, un intersecteur de psychiatrie enfants adolescents et un Département Intersectoriel de

Psychogériatrie (DIP). Il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) « Basse Alsace-Sud Moselle » de la région Grand Est dont le Centre Hospitalier Universitaire de STRASBOURG est l'établissement support, et au sein duquel le Projet Médical Partagé intègre une filière spécifique « Psychiatrie santé mentale ». Il est également un des établissements contributeurs du Projet Territorial de Santé Mental du Bas-Rhin dans la construction du parcours de soins en psychiatrie et en santé mentale. Dans la perspective d'assurer la continuité des soins et d'éviter une rupture de prise en charge, de nombreux partenariats ont été développés pour assurer la fluidité des parcours de soins. Ces derniers définissent les articulations avec les autres établissements ou structures sanitaires [(le Groupe Hospitalier Sélestat Obernai, l'Établissement Public de Santé Mentale Alsace Nord (EPSAN), les CHRU de Strasbourg (dénommés aussi Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, etc.) et les associations [(Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) de Sélestat et du RIED à Erstein, association ADAPEI Papillons Blancs, etc.)]. Pour une prise en charge coordonnée des patients, des liens spécifiques sont tissés entre les services ambulatoires et les acteurs de ville comme les professionnels libéraux et la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Pays d'Erstein (CPTS). Les nombreuses équipes mobiles en place favorisent également la politique « d'aller-vers » de l'établissement (Équipe mobile de l'adolescent, équipe mobile périnatalité, équipe mobile de la filière gériatrique, etc.). Les modalités de communication permettent aux usagers et partenaires externes de contacter aisément l'établissement, avec en particulier l'utilisation d'une messagerie sécurisée entre professionnels de santé (MSSanté). Une sensibilisation à la recherche clinique a été réalisée en Commission Médicale d'Établissement et l'établissement vient d'adhérer (janvier 2023) à un groupement de coopération sanitaire pour la recherche et la formation en santé mentale. Cependant, cette démarche récente n'a pas permis de repérer les professionnels désireux de s'investir dans une démarche de recherche clinique et le temps nécessaire à cette dernière n'a pas été identifié. L'engagement du patient à titre individuel ou collectif est une priorité de l'établissement. Le Centre hospitalier d'Erstein a dans son projet qualité 2021-2026 « positionné les usagers et leurs représentants comme acteur de la démarche qualité/sécurité des soins ». Il recueille l'expérience patient essentiellement à partir de l'exploitation des questionnaires de satisfaction distribués aux patients à leur sortie. Il a mené récemment avec d'anciens patients et des représentants des usagers des entretiens auprès de patients hospitalisés pour recueillir le ressenti de leur prise en charge. La gouvernance développe une communication centrée sur le patient à partir d'actions ciblées sur des populations, comme la soirée animée par des orthophoniste et neuropsychologues pour la prise en charge des patients aphasiques (en collaboration avec la CPTS). Le « livret d'accueil des nouveaux agents » rappelle l'importance dans les valeurs de l'établissement d'adopter une « communication lisible dans la relation entre soignants et usagers ». La gouvernance promeut la bientraitance par la conduite d'actions inscrites au plan de formation (promouvoir la bientraitance chez la personne âgée, etc.) et par des mises en situation pour repérer des comportements impactant la bientraitance à l'aide de casques de réalité virtuelle. L'établissement veille tout particulièrement au repérage des situations de maltraitance éventuelles subies par les patients en formant les personnels et recense via le PMSI les cas de maltraitance. L'accès du patient à son dossier est organisé et les délais de remise des dossiers sont suivis et analysés. Les représentants des usagers, au-delà des réunions de la Commission Des Usagers (CDU), participent à différentes instances comme le CLIN et le CLUD, sont invités aux réunions du Copil qualité et ont participé à une formation sur la réflexion éthique. L'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap est assuré sur l'ensemble des bâtiments. Concernant la recherche clinique, l'établissement s'appuie sur une organisation territoriale de la recherche clinique portée par le Groupement Hospitalier de Territoire et son établissement support le CHRU de Strasbourg pour l'inclusion éventuelle dans des essais cliniques de patients éligibles. La gouvernance fait preuve de leadership dans son approche managériale. Les orientations de la politique qualité ont été définies dans « Le projet qualité et gestion des risques » du projet d'établissement 2021-2026 à partir de l'analyse de l'ensemble des données disponibles (risques connus, attentes des tutelles et de la réglementation, rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, rapport du bilan des événements indésirables, etc.). La Direction à travers le Directoire, la Commission Médicale d'Établissement (CME) et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) suivent

l'avancée du Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) en séance plénière à travers des points qualité qui leur sont présentés. Une évaluation de la culture qualité / sécurité des soins a été conduite en janvier 2023 auprès des personnels pour mesurer l'acculturation à la qualité des acteurs de terrain.

L'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités est réalisée sur la base d'une gestion centralisée de l'absentéisme assurée par le Bureau d'Accueil Infirmier (nuit, week end et jours fériés). Devant la difficulté à recruter des infirmiers, l'établissement a pour sécuriser les activités mis en place le paiement d'heures supplémentaires pour les personnels volontaires, enclencher une diminution transitoire de l'activité d'hôpital de jour au profit des prises en charge en interne et recruter des personnels dans des métiers comme des éducateurs spécialisés et des professionnels de l'activité physique adaptée pour permettre aux infirmiers de se recentrer sur leurs missions premières. Les responsables paramédicaux bénéficient d'une formation au management par l'obtention d'un diplôme de cadre de santé et/ou d'un master II. Cependant, les personnels médicaux, et notamment les chefs de services nouvellement nommés, n'ont pas encore pu bénéficier d'une formation au management. Le travail en équipe constitue une des bases du développement des organisations au Centre Hospitalier d'Erstein. Le Directoire a vu sa composition élargie en y associant deux cadres supérieurs de pôle. L'établissement a activé un bureau de la Commission Médicale d'Établissement pour générer une dynamique de travail en équipe au niveau de la communauté médicale. Des staffs de la Direction des soins sont organisés ainsi que des séminaires cadres autour de thématiques institutionnelles et managériales. Des collèges de psychologues et d'assistantes sociales ont été mis en place pour amener ces professionnels à travailler autour de sujets communs. Les personnels sont associés aux projets architecturaux les concernant pour prendre en compte leur avis comme au niveau de la filière adolescente. Les temps de présence médicaux et paramédicaux permettent l'organisation de réunions cliniques régulières, mais aussi des temps d'échanges institutionnels. Un temps de transmission a été également instauré au niveau médical lors des « reprises de garde ». Des entretiens annuels des personnels se déroulent ayant pour but l'évaluation des compétences et l'identification des besoins individuels de formation. Au niveau médical, les entretiens professionnels annuels ne sont pas encore mis en œuvre. Un Comité local éthique a été constitué après un appel à candidature avec l'organisation d'une formation autour du questionnement éthique à laquelle les représentants des usagers ont participé (une vingtaine de personnes a assisté à cette formation). Une démarche Qualité de Vie au Travail est mise en œuvre au sein de l'établissement. La Qualité de Vie au Travail (QVT) est une des composantes du projet d'établissement 2021-2026 intégrée au « Projet social et de développement des ressources humaines », avec entre autres un axe intitulé « Prévention et prise en charge du bien-être au travail des agents et de leur santé ». La politique QVT en tant que telle a été validée en Comité Social et Économique (CSE) le 23 mars 2023. Une évaluation des risques psychosociaux a été conduite par un organisme extérieur en 2021 et son exploitation est en cours de finalisation. Des actions visant à l'amélioration des conditions de travail sont en place comme la possibilité offerte aux professionnels d'opter pour le télétravail lorsqu'il y a compatibilité avec leurs tâches et/ou missions (avec élaboration d'une Charte sur le télétravail), la création de postes d'assistante sociale (10 % équivalent temps plein (ETP), de psychologue du personnel (50% ETP) et de diététicienne (50% ETP) pour accompagner les agents lorsqu'ils en émettent le souhait, ou l'organisation d'une campagne de sevrage tabagique dans le cadre des « Lieux de santé sans tabac ». Une sécurisation des parcours professionnels est également mis en œuvre pour améliorer le bien-être au travail en développant les mises en stage et en définissant une politique de gestion des contractuels. Dans le cadre d'un contrat local des conditions de travail signé avec l'ARS Grand Est, un financement a été obtenu en juin 2021 pour soutenir l'établissement dans sa démarche de prise en compte de l'évolution des organisations de travail afin de prévenir les risques psychosociaux induits (inquiétude, perte de repères, etc.). Concernant les difficultés interpersonnelles ou interprofessionnelles, au-delà de la mobilisation du management pour apporter des solutions, un dispositif d'écoute est activable auprès du service de santé au travail et de la psychologue du personnel. L'établissement dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations exceptionnelles a été actualisé en mars 2023. Il recense les risques exogènes

pouvant impacter le site principal (transport de matières dangereuses par la route, incendie de la forêt proche, etc.), les risques naturels (risque sismique, risque d'inondation avec la rivière de l'Ille à proximité, etc.), et les risques concernant les structures extrahospitalières. Une cartographie des risques a été élaborée et le dispositif de gestion permet de prendre en compte la cinétique de différents événements envisageables. Une cellule de crise est activable suivant l'alerte et le rôle des membres qui la composent est défini. Un exercice d'activation de la cellule de crise dans les 45 minutes est prévu sur le premier semestre 2023. Les professionnels et services concernés par l'activation du plan blanc connaissent les modalités de sa mise en œuvre. Les risques numériques sont pris en compte dans le cadre de la sécurisation du système d'information définie dans le schéma directeur du système d'information rédigé en 2017. Au niveau du GHT, un Responsable du Système d'Information a été désigné (RSI). Les professionnels sont sensibilisés aux risques numériques et appliquent les préconisations requises en matière de prévention (changement de mot de passe tous les six mois, etc.). Une Charte de l'utilisateur est en cours de rédaction (« La sécurité est l'affaire de tous »). Le Plan de Sécurisation de l'Établissement est élaboré et des agents de sécurité (SSIAP) interviennent rapidement en tant que de besoin (présence de 2 agents le jour et 1 la nuit sur le site). Un Diagnostic de Performance Énergétique (DPE) a été rédigé en 2014 et l'établissement suit ses consommations d'eau, d'électricité et de chauffage. Le tri sélectif des déchets est en place (carton, bouteilles en plastique, biodéchets, etc.). La prise en charge de l'urgence vitale est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (formations AFGSU actualisées, numéro d'appel d'urgence unique « #*2080 » connu des professionnels, chariots d'urgence contrôlés avec une harmonisation en cours des matériels, notamment en ce qui concerne les défibrillateurs). La gouvernance s'assure du service rendu au patient en pilotant la dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les recommandations de bonnes pratiques sont actualisées au sein des sous-commissions de la CME (CLIN, CLUD, etc.) et leur diffusion est assurée essentiellement à partir du logiciel de Gestion Électronique des Documents (GED) et d'une présentation aux instances selon les thématiques. La veille réglementaire est assurée par la direction générale (orientation des différentes informations et messages, instructions à caractère réglementaire) et orientations vers directions compétentes (DAF, DRHet DSI). Dans le cadre du respect des bonnes pratiques, l'établissement a mis en place un groupe de travail « isolement contention apaisement » pour répondre aux recommandations émises dans le rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté de juin 2019. Le Programme Qualité et Sécurité des Soins est présenté aux représentants des usagers lors de la réunion de la Commission Des Usagers (CDU). Cependant, leur contribution à son élaboration vient d'être initiée par une première invitation au Copil qualité. Les objectifs d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont définis au niveau des pôles à partir de l'analyse des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS). Toutefois, les actions d'amélioration basées sur ces résultats ne sont pas connues des professionnels concernés dans tous les services. Les événements indésirables associés aux soins font l'objet d'une analyse collective avec production d'un bilan annuel, et ceux qualifiés de grave d'une déclaration sur le portail officiel ad hoc.

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	670781152	EPSM - CENTRE HOSPITALIER D'ERSTEIN	13 route de krafft 67150 ERSTEIN FRANCE
Établissement principal	670000603	EPSM - CENTRE HOSPITALIER D'ERSTEIN	13 route de Krafft 67152 Erstein Cedex BP 30063 FRANCE
Établissement géographique	670797943	HOPITAL DE JOUR (67G11)	9 rue du Général Leclerc 67150 Erstein FRANCE
Établissement géographique	670793546	CENTRE DE JOUR LIBERTE (HJ 67G12)	11 av de la liberte 67600 Selestat FRANCE
Établissement géographique	670793520	HOPITAL DE JOUR (67G10)	2 r des jardins 67400 Illkirch-Graffenstaden
Établissement géographique	670014273	HOPITAL DE JOUR (67G11)	161 r du Maréchal Foch 67380 Lingolsheim FRANCE
Établissement géographique	670015270	HOPITAL DE JOUR D'OBERNAI	3 avenue du maire Gillmann 67210 OBERNAI FRANCE
Établissement géographique	670017599	CENTRE DE JOUR ENFANT ET SA FAMILLE (HJ67I04)	1 boulevard du maréchal Foch 67600 SELESTAT FRANCE
Établissement géographique	670016179	CENTRE DE JOUR VALLE DE LA BRUCHE	2 route industrielle de la Hardt 67120 MOLSHEIM FRANCE
Établissement géographique	670016005	CENTRE DE JOUR STRASBOURG SUD	2 rue Schrag 67100 STRASBOURG FRANCE
Établissement géographique	670795822	SOINS DE LONGUE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER D'ERSTEIN	13 rte de Krafft Centre hospitalier d'erstein 67152 Erstein 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	Non
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)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	40
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	201

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	201
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	108
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	39
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	147
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	6
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	6
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	12
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	48,689
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	33,106
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	81,795
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	Dynamique d'amélioration		
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		ei
7	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		transport intra hospitalier
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards ou complémentaires avec ou sans dispositif invasif
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
10	Audit système	Maitrise des risques		
11	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		ei

12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
17	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
18	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
19	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	

20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
23	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
24	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
25	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
26	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL > NA
	Traceur	Prévention des infections		Précautions standards avec

27	ciblé	associées aux soins		ou sans dispositif invasif
28	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
29	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
31	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
33	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire	

			Psychiatrie et santé mentale	
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable
35	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
37	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
38	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Enfant et adolescent Hospitalisation complète	

			Psychiatrie et santé mentale	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
42	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
44	Audit système	Leadership		
45	Audit système	QVT & Travail en équipe		
46	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte	

			Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
47	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
48	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
49	Audit système	Entretien Professionnel		
50	Audit système	Représentants des usagers		
51	Audit système	Coordination territoriale		
52	Audit système	Engagement patient		
53	Patient traceur			
54	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
55	Patient traceur			

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

