HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER EU

2 rue de cleves
B.p. 109
76260 Eu

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 14
Chapitre 3 : L'établissement 18
Table des Annexes 23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l’établissement en 2023 25
Annexe 3. Programme de visite 29

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 évaluéepar 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, siune 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER EU	
Adresse	2 rue de cleves B.p. 109 76260 Eu FRANCE
Département / Région	Seine-Maritime / Normandie
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	760780056	CENTRE HOSPITALIER DE EU	2 rue de cleves Bp 109 76260 Eu FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

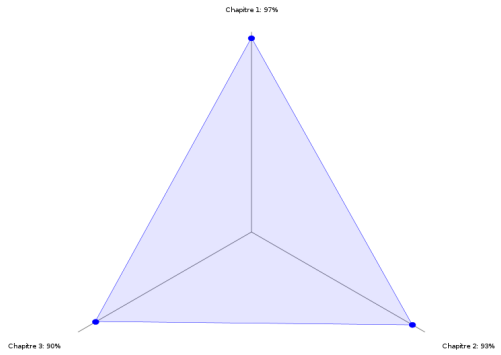
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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
SAMU-SMUR
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

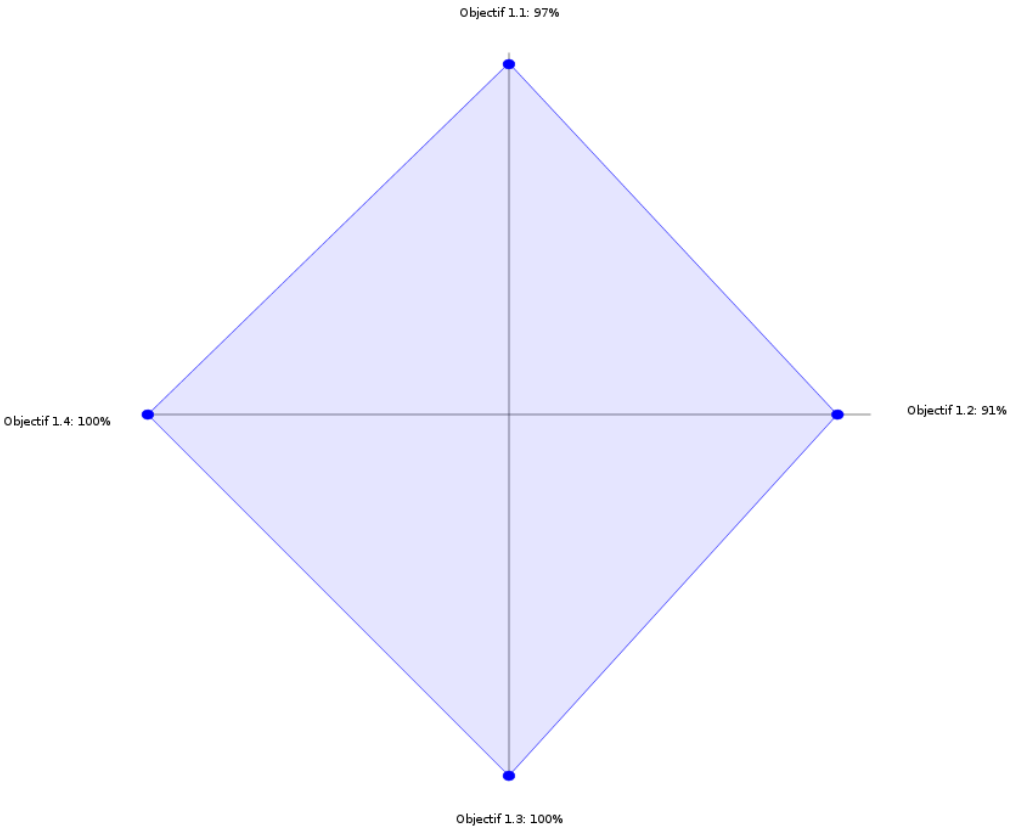
Au regard du profil de l'établissement,102 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



97%

du score maximal

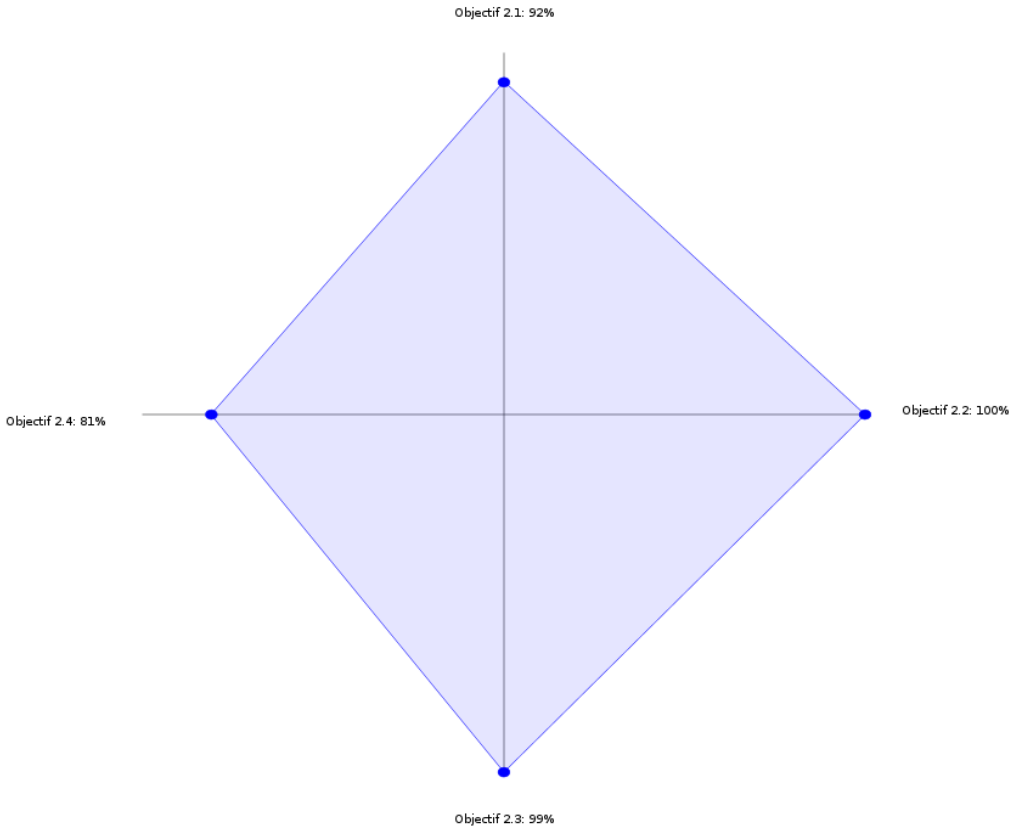
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	91%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé et son implication est recherchée. Le patient bénéficie d'informations adaptées. Une pochette lui est remise à son entrée. Elle contient un livret d'accueil, une présentation du service, un plan de l'établissement, les numéros utiles, les tarifs, la liste des représentants des usagers avec leurs contacts. Le livret d'accueil présente le Groupement Hospitalier de Territoire, l'établissement, les modalités de prise en charge, l'admission, le séjour, la sortie, les droits et devoirs de l'usager, les contacts des représentants des usagers, l'engagement des professionnels (prise en charge de la douleur, l'amélioration continue de la qualité, la restauration…). Différentes chartes sont affichées dans les lieux de passage (charte de la personne hospitalisée, charte Romain Jacob, charte de bientraitance) ainsi que les contacts des représentants des usagers. Toutefois, la majorité des patients rencontrés disent ne pas être informés des structures et des

personnes, Représentants des Usagers et ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner. La majorité des patients dit ne pas connaitre les modalités pour les contacter (coordonnées, permanences…) Des supports de prévention sont à disposition dans les salles d'attente : nutrition, vaccination, AVC, identitovigilance… Le patient est impliqué dans sa prise en charge. Une recherche de consentement est réalisée et tracée pour tous les soins, notamment dans le cadre des produits sanguins labiles. Lors de son entrée, un recueil de données environnementales est réalisé. Il permet de mieux connaitre le patient, ses besoins, ses préférences. Le patient bénéfice d'une écoute et d'un accompagnement dans son projet de soins personnalisé. Celui-ci est réévalué régulièrement, tout au long de sa prise en charge, lors de réunions pluridisciplinaires tracées, comme observé lors de la visite. Ses volontés et ses souhaits sont pris en considération, son autonomie est préservée ou développée. En SSR, le résultat de l'Indicateur Qualité Sécurité des Soins (IQSS) 2022 concernant le projet de soins, projet de vie est à 89%. Le patient est invité à désigner dès son entrée, une personne de confiance. Celle-ci est tracée dans le dossier. Un formulaire est disponible dans le livret d'accueil. Une réflexion éthique est en cours concernant les Directives anticipées, peu formalisées, et la façon de les aborder avec le patient. Une formation est prévue pour les professionnels en 2023. Dans le cadre de la fin de vie, le patient a accès aux soins palliatifs au sein de l'établissement, qui dispose d'un lit en service de médecine. Un travail de collaboration est en place avec les réseaux de soins. Des experts peuvent intervenir (Equipes Mobiles de Soins Palliatifs de Dieppe, Amiens, Abbeville, équipe mobile douleur de Dieppe). Un médecin et une IDE de l'établissement possèdent un DU en Soins Palliatifs. Des formations sur la fin de vie ont lieu régulièrement (2 professionnels formés en 2021, 2 prévus en 2023). Dans le cadre d'un poste aménagé, une Aide -Soignante est présente du Lundi au Vendredi de 10h à 15h pour prendre en charge les patients en fin de vie : confort, massages, lecture, accompagnement… Dans ce cadre, l'accueil des familles est facilité : horaires, lits et fauteuils pour les accompagnants. L'entourage du patient est intégré, selon la volonté de celui-ci, dans la mise en œuvre du projet de soins et lors de la préparation de sa sortie. Un salon d'accueil des familles a été aménagé dans une ancienne chambre et est mis à la disposition de celles-ci. La sortie se fait en fonction des souhaits du patient, de ses besoins, de ses capacités. Une coopération opérationnelle est en place avec les deux HAD de proximité (Dieppe et Abbeville). Certains patients ont pu en bénéficier. Dans ce cas, les relais sont préparés avec les équipes du domicile, qui rencontrent le patient et son entourage dans l'établissement. Le patient et son entourage reçoivent dès l'entrée une information sur la préparation de la sortie qui s'effectue le matin. Toutes les sorties sont préparées en amont, tracées dans le dossier du patient. Le patient peut faire part de sa satisfaction sur sa prise en charge à l'aide du document de satisfaction disponible dans le livret d'accueil. En 2022, le taux de satisfaction en Médecine est de 97% (sur un retour de 7% des questionnaires). Le taux de satisfaction en SSR est de 88% (sur un taux de retour de 39.4% des questionnaires). En 2022, 28 courriers de remerciements ont été reçus par l'établissement. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité. Bien que les locaux soient anciens, la suppression des chambres à deux lits en médecine et SSR, les 2 chambres de l'UHCD et l'aménagement des box aux urgences favorisent le respect de l'intimité et de la dignité. Les locaux sont propres et spacieux. Ils sont adaptés aux prises en charge et facilitent le maintien de l'autonomie et ou la prise en charge de patients en situation de handicap. Les chambres bénéficient de toilettes et lavabos. Une douche commune est proposée aux patients de médecine, 2 douches communes aux patients de SSR. Celles-ci sont adaptées aux situations de handicap. La confidentialité est préservée dans l'ensemble de l'établissement. Le bien-être et le confort du patient sont intégrés dans une prise en charge globale personnalisée. La prise en charge de la douleur est anticipée et organisée. Les évaluations sont régulières. Les professionnels disposent d'un document de poche avec les différentes échelles, réalisé par les professionnels engagés dans le Comité de Lutte contre la Douleur. 1 IDE et 1 médecin possèdent un DU. Des référents sont en place dans les unités. Des audits réguliers sont réalisés (suivi de dossiers). Les résultats des IQSS 2022 liés à la douleur sont de 98% en SSR et 100% en MCO. Certaines contentions mécaniques (barrières de lits) en SSR et en médecine ne font pas l'objet d'une décision médicale. La motivation ayant conduit à son recours ne fait alors pas l'objet d'une analyse bénéfices/risques. Elle n'est ni argumentée, ni tracée. Par ailleurs, dans le cas de contentions prescrites, il n'est pas retrouvé dans

certains dossiers de SSR, la réévaluation de la pertinence du maintien. Les équipes tiennent compte du handicap des patients. Des éducateurs en Activités Physiques Adaptées et une ergothérapeute participent à la ré autonomisation des patients et ou au maintien de leur autonomie et de leur confort. Les équipes ont participé à des mises en situation sur le handicap et la qualité de vie, organisées par l'ergothérapeute. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte. Les besoins et préférences de celui-ci sont demandés tout au long de sa prise en charge. Ses difficultés sont tracées. L'accompagnement des patients en situation de précarité sociale repose sur un accès facilité au service social. La liste de professionnels parlant une langue étrangère est connue. Une marche thérapeutique est organisée pour les patients une fois par semaine en addictologie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



93%

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	92%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	81%

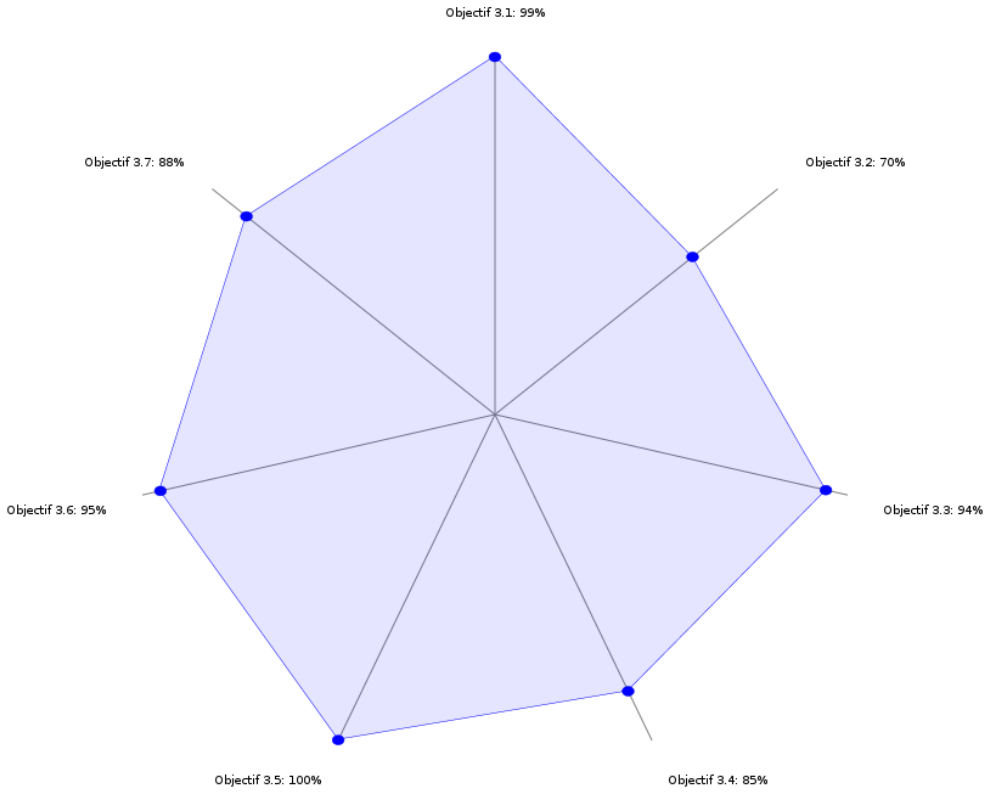
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est en grande partie argumentée au sein de l'équipe. Les entrées directes sont décidées en collaboration avec le SAMU et ou les médecins traitants. Les sorties en HAD sont proposées dès l'entrée du patient si possibilité. Les prescriptions d'antibiotique et de produits sanguins labiles sont argumentées, évaluées et tracées. Les prises en charge complexes en SSR sont débattues avec les autres médecins de la structure. La pertinence du maintien en SSR est réévaluée lors des staffs hebdomadaires. Toutefois, l'évaluation pluri professionnelle de l'admission en SSR n'est pas systématique. L'établissement a réalisé une procédure corrective durant la visite. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Les patients pris en charge par le SAMU de Rouen et l'équipe SMUR du CH de Dieppe,

positionnée sur le CH d'EU, bénéficient d'un dossier pré hospitalier complet intégré dans le Dossier Patient Informatisé du CH de Dieppe. Leur orientation est réalisée en collaboration avec les urgentistes d'EU et les médecins des services d'accueil (UHCD et Médecine). 7/9 Infirmiers d'Accueil et d'Orientation des urgences sont formés. Leur formation est réalisée aux urgences du CH de Dieppe. Les patients sont triés dès leur accueil et pris en charge en fonction de leur degré de gravité. Les enfants sont pris en charge prioritairement. Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap sont adressées si possible directement en UHCD ou en Médecine. Elles ne sont pas laissées en attente sur des brancards. Les délais d'attente sont affichés et communiqués aux patients. La disponibilité en lits est réalisée tous les matins et suivie au fil de l'eau. Les salles d'accueil, la Salle d'Urgences Vitales, les box aménagés ainsi que les pratiques professionnelles mises en place permettent en grande partie le respect de la confidentialité et de la dignité du patient. Si besoin l'ancien dossier papier du patient est recherché aux archives. Le DPI est en déploiement depuis septembre 2022 sur l'ensemble des secteurs. Il est mis en place depuis Février en SSR. Les différents professionnels du GHT y ont accès et utilisent les éléments nécessaires à la prise en charge du patient. Durant la période transitoire de mise en place et dans l'attente de numérisation des dossiers papier, ceux-ci sont sortis des archives et complètent le DPI. Des staffs pluridisciplinaires et interdisciplinaires (visioconférences avec spécialistes, comité éthique, équipes mobiles du territoire) sont mis en place de façon hebdomadaire dans l'ensemble des unités. Ils permettent de réajuster les projets de soins. L'assistante sociale et l'ergothérapeute y participent. La diététicienne et la psychologue rencontrent les patients selon les besoins. Des correspondants experts sont accessibles (EMSP, Equipe Opérationnelle d'Hygiène, réfèrent en Antibiothérapie). Chaque service dispose d'un référent en Ethique. La conciliation médicamenteuse est engagée par les médecins des services de Médecine et SSR. Toutes les prescriptions d'entrée des patients font l'objet d'appel au médecin traitant ou spécialiste, et à la pharmacie de ville afin d'identifier le traitement habituel qui est tracé dans le DPI. Toutes les modifications, suppressions ou nouvelles prescriptions sont argumentées et tracées. Le traitement de sortie fait l'objet d'une analyse fine et d'explications médicales, reprises par les IDE à la sortie du patient. La lettre de liaison, remise au patient lors de la sortie de celui-ci, intègre la prescription de sortie. La gouvernance de l'établissement n'a cependant pas identifié des secteurs, situations ou des profils pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux. Une réflexion est en cours dans le cadre du GHT. Le centre Hospitalier d'EU est pilote, avec la pharmacienne comme animatrice de la démarche. Le patient sort systématiquement avec sa lettre de liaison, ses ordonnances et une fiche de liaison paramédicale si nécessaire. Le courrier compte le traitement d'entrée et le traitement de sortie. Les IDE expliquent les traitements de sortie aux personnes vulnérables. Le résultat des IQSS 2022 concernant la lettre de liaison montre un score de 80% en MCO et 91% en SSR. Les équipes maitrisent les risques liés à leurs pratiques. Elles respectent les pratiques d'identification du patient, qui dispose d'un bracelet d'identification. En 2022, 84 Fiches d'Evénements Indésirables ont été déclarées concernant l'identitovigilance. Une analyse a permis de remarquer que ces fiches étaient liées exclusivement à des doublons. Le circuit des vigilances sanitaires est formalisé et connu des professionnels. Les vigilants sont identifiés sur un tableau affiché dans les services. L'établissement coopère au niveau régional dans le cadre du CPIAS et du CPRV (Comité régional de Pharmaco vigilance). Les alertes descendantes sont gérées par l'administrateur de garde qui les reçoit sur sa boite mail. Par ailleurs, différents professionnels sont référents et participent à la mise en place d'actions et à leur suivi : médicaments, hygiène, douleur, éthique, bientraitance. La liste des référents est disponible dans le guide « ANTI PANIQUE », disponible dans chaque service. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments. L'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur. Les médicaments à risques sont identifiés, adaptés à chaque service, affichés et, connus des professionnels de l'établissement. Cependant, le médicament injectable n'est pas systématiquement identifiable jusqu'à son administration. L'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables. Or, l'identité du patient est remplacée par le numéro de chambre, entrainant un risque d'erreur. L'établissement dès l'alerte des experts, a réajusté ces pratiques. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Le

stockage est sécurisé : potassium isolé, signalétique spécifique. Les médicaments sont préparés par la pharmacie 2 fois par semaine (Lundi et Vendredi). Une dotation supplémentaire gérée par les équipes de soins est en place si besoin. Elle est rangée dans des armoires sécurisées. Lors de la visite de terrain une armoire aux urgences ne fermait pas de façon sécurisée (corrigé par l'établissement dès la remarque formulée). Le transport est sécurisé. Les médicaments thermosensibles sont acheminés dans des contenants réfrigérés sécurisés. Les frigos sont munis de sondes. Les températures sont relevées et tracées quotidiennement sauf aux urgences où l'exhaustivité n'a pas été retrouvée durant la visite. Une alarme est déclenchée en cas de changement de température. Les médicaments à risques sont rangés de façon sécurisée (étiquette rouge). Les morphiniques sont sécurisés dans une double armoire. Les chariots à médicaments sont sécurisés. Des référents pharmacie ont été mis en place en Novembre 2022. Une fiche de missions a été formalisée : vérification de la tenue des armoires, suivi des périmés, sensibilisation des professionnels aux risques, participation aux audits… Les patients reçoivent une information concernant la gestion de leurs traitements personnels. Le bilan thérapeutique du patient est intégré au compte rendu d'hospitalisation et expliqué au patient. Le patient dispose d'un comparatif de son traitement habituel (avant le séjour) et de son traitement de sortie. Les équipes maitrisent la sécurité transfusionnelle. L'analyse bénéfices/risques est effective ainsi que l'analyse de pertinence. Le consentement éclairé du patient est réalisé. Les équipes connaissent les procédures et protocoles. Les coursiers de l'établissement se déplacent chercher les poches à l'EFS de Dieppe. L'établissement transfuse exclusivement des culots globulaires : 219 en 2021, 53 en 2022, 12 depuis 2023. Le taux de destruction des culots est de zéro. Tous les 2 mois, une formation transfusionnelle est organisée au CH de Dieppe pour les médecins, IDE et coursiers. Les équipes maitrisent le risque infectieux. Les précautions standards et complémentaires sont formalisées, connues des professionnels et appliquées. Les locaux sont propres. Le bio nettoyage est tracé. Les chambres des patients et les locaux de soins sont entretenues par les ASH. Ceux-ci sont formés à l'hygiène des locaux et disposent de chariots adaptés. Les couloirs et locaux annexes sont entretenus par une société extérieure. Un suivi de la qualité de l'entretien fait l'objet de signalements, en cas de problème auprès de la société qui réajuste si nécessaire. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales se réunit quatre fois par an. En l'absence pour cause de congé maternité du médecin référent, il ne s'est pas réuni en 2022. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène est constituée d'un médecin et d'une IDE du CH de Dieppe intervenant 1jour par semaine. Celle ci est très présente auprès des équipes pour les accompagner dans les isolements. Par ailleurs, l'infirmière hygiéniste participe à une réunion d'information le jeudi matin avec l'encadrement, l'équipe qualité et la gestionnaire des risques. Elle adresse par mail au cadre concerné une synthèse des points vus dans le service lors de son passage hebdomadaire. Les professionnels savent la contacter facilement. Les référents hygiène des services se rencontrent également quatre fois /an. La dernière réunion a eu lieu le 2/02/2023. L'IDE hygiéniste rencontre les nouveaux arrivants pour compléter leurs connaissances en précautions standards et complémentaires. La prescription et le suivi des abords vasculaires sont tracés dans le DPI. Une procédure encadre la pratique. Un audit d'observation régional est prévu en 2023. La procédure de gestion des excréta est connue et appliquée (audits inopinés régulièrement réalisés, dernier réalisé en Février 2023). Les isolements sont prescrits et les précautions complémentaires adaptées sont en place. 7 ASH ont participé en 2021 à une formation de renforcement de compétences. Les équipes maitrisent l'hygiène des mains. Les indications des lavages des mains sont connues. Des solutions hydro alcooliques sont à disposition dans les chambres et les communs. Des audits sont organisés régulièrement (journée "pulp fiction », audit zéro bijou). Les RU sont associés aux audits sur le lavage des mains. Le taux d'utilisation du SHA, est connu. Un rappel régulier des bonnes pratiques est réalisé pour en favoriser l'utilisation. L'IQSS (ICSHA) 2022 est à 63% (56% en 2021) très en dessous des attendus. Suite à ces résultats, diverses actions ont été menées dans les unités par l'IDE Hygiéniste et la gestionnaire des risques : sensibilisation renforcée à l'utilisation du SHA, réalisation d'un audit coup de poing zéro bijoux en Février 2022 (59 professionnels audités, 99.8 % de conformité en SSR, 89.4% aux urgences et à la radiologie, 94% en médecine), diffusion de posters. Les RU ont participé à un clip sur les conduites à tenir sur les précautions d'hygiène en gestion de situation COVID. L'utilisation des équipements de protection individuelle

est respectée. Les modalités à suivre en cas d'accident d'exposition au sang sont affichées et connues. Un kit de premiers soins est à disposition. Des unités mobiles de protection sont disponibles dans les services. Des carebags sont utilisés pour les excrétas. Les recommandations vaccinales sont respectées. Les professionnels sont suivis par le Service de Santé au Travail du CH de Dieppe, où ils se déplacent pour rencontrer un Médecin. Une IDE de ce service est présente sur le site d'EU une fois par semaine. La psychologue du travail intervient à la demande. En 2022, 52% des professionnels de Médecine/Urgences/Radiologie étaient vaccinés contre la grippe, 17% des professionnels du SSR (chiffres connus des professionnels). Des actions de sensibilisation sont menées régulièrement. Les actions suivantes ont été réalisée fin 2022 dans le cadre de la grippe saisonnière : vaccination gratuite dans les services, messages internet, affichage, participation des représentants des usagers à la sensibilisation, interventions du président du CLIN. Les équipes maitrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants. Le CH d'EU dispose d'une table de radiologie conventionnelle. 4 Equivalents Temps Plein de Manipulateurs en radiologie dont 1 Conseiller en Radio Protection (5%), organisent l'imagerie. Ils travaillent de 9h à 21h et sont d'astreinte de 21h à 9h. Si besoin d'examens complémentaires en imagerie, le patient est adressé au CH de Dieppe. Les images sont lues et interprétées par les radiologues de Dieppe. Les patients sont informés des rayonnements ionisants qu'ils ont subi, dans les comptes rendus radiologiques. Le transport intra hospitalier est maitrisé. Il est assuré par un duo IDE/AS du service adresseur. Le matériel est adapté, les formations requises assurées. Les équipes évaluent en grande partie leurs pratiques. Les indicateurs sont affichés. Les IQSS sont analysés en équipe, des plans d'actions d'amélioration sont formalisés. Des questionnaires de satisfaction sont réalisés auprès des patients, les plaintes et réclamations sont suivies et analysées. Les RU participent deux fois par an au recueil des questionnaires de satisfaction et de l'expérience patient. Les patients ont à leur disposition des boites aux lettres où ils peuvent déposer les questionnaires de satisfaction remplis. Cependant, il n'existe pas de démarche d'évaluation des résultats cliniques des patients. Les professionnels déclarent des événements indésirables à l'aide d'un logiciel. Le gestionnaire des risques a réalisé une sensibilisation sur la notion de presqu'accident auprès des professionnels de terrain. En 2022, 240 événements indésirables ont été déclarés. Les déclarations sont transmises au gestionnaire des risques, au COPIL Qualité et au cadre concerné. Elles sont analysées et cotées au fil de l'eau par la gestionnaire des risques. Selon le résultat de la cotation (fréquence/ gravité/ maitrise), les Fiches d'Evénements Indésirables sont classées en trois catégories de risque (faible/modéré/ important). Les destinataires concernés doivent répondre dans un délai d'un mois pour les risques faibles et modérés, sous quelques jours pour les risques importants. Les FEI sont présentées en COPIL qualité du CH d'EU, et au COPIL Qualité du GHT. L'établissement a défini une moyenne de 4 CREX par an. Or, en 2021, un CREX a été réalisé, un en 2022 et un en Janvier 2023. 12 professionnels sont formés à la méthode Orion. Or, aucun des professionnels rencontrés n'a participé à un CREX et n'en connait les modalités. La procédure de signalement des Evénements Indésirables Graves est connue. L'accès au portail national de signalement est connu. Il n'a pas été utilisé récemment. Le guide "anti panique » présent dans les services intègre les conduites à tenir en cas d'EI et d'EIG. Le médecin du service informe le patient de tout EI le concernant. L'information est tracée dans le dossier. En 2022, sur l'ensemble des EI, ont été déclarés 52 chutes, 84 erreurs d'identitovigilance, 21 risques patients et 19 problématiques de communication. Aucun événement indésirable grave n'a été déclaré en 2022. Les examens de laboratoire sont réalisés par le Centre Hospitalier de Dieppe. Les résultats sont transmis directement dans le DPI. Des liens permanents existent entre les équipes et permettent de mettre des actions d'amélioration en œuvre en cas de dysfonctionnement.

Chapitre 3 : L'établissement



90%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	70%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	85%
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	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	88%

L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Le Centre Hospitalier d'EU est membre du GHT « Caux Maritime », dont l'établissement support est le Centre Hospitalier de Dieppe, avec lequel, il est en direction commune depuis 2011. Le projet médico soignant 2023/2027 est en cours de finalisation. La médecine libérale a été largement associée à l'élaboration de ce projet. Des collèges médicaux

libéraux / hospitaliers sont organisés mensuellement avec la présence de médecins, de pharmaciens, d'une IDE libérale. Le CH d'EU est labellisé "hôpital de proximité » depuis 2021. Un Comité Hospitalier de proximité (CoHprox) s'est réuni une première fois en novembre 2022. Il est composé d'élus, de représentants de la médecine libérale, de représentants de l'établissement. Il participe au projet du nouvel hôpital pour répondre au plus près aux besoins de la population. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé n'est pas en place sur le territoire. Toutefois, les médecins libéraux participent aux gardes des urgences le weekend et la nuit. Les collaborations ainsi développées ainsi que la mise en place d'une cellule d'ordonnancement de territoire gérée par le Centre Hospitalier de Dieppe participent à prévenir les passages évitables aux urgences. En Médecine, 40% des entrées des personnes âgées se font de façon directe. Ces collaborations permettent par ailleurs d'apporter une réponse aux tensions hospitalières. Les délais de délivrance du courrier sont suivis. Les IQSS « lettre de liaison » 2022 sont pour la médecine de 80% et pour le SSR de 91%. La messagerie sécurisée est en place avec la médecine de ville. Les partenariats engagés permettent la fluidité et la complémentarité des parcours notamment avec les Centres Hospitaliers de Dieppe et Abbeville. Des consultations avancées dans de nombreuses spécialités sont organisées par le CH de Dieppe (Addictologie, Chirurgie digestive, traumatologie, diététique, gérontologie, médecine du sport, médecine interne, neurologie, ORL, rhumatologie), et par le CH d'Abbeville pour les consultations d'urologie. Toutes ces consultations sont affichées dans les différentes unités. Dans le cadre du projet hôpital de proximité, le CH de EU envisage d'organiser localement en lien avec le CH de Dieppe et le GHT, une Equipe mobile de gériatrie, et une équipe mobile sur la cicatrisation des plaies. Des coopérations existent également avec le CHU de Rouen. Des rencontres ont été organisées avec les EHPAD privées de proximité ne dépendant pas du GHT. Les patients pris en charge en HAD, rentrent directement dans le service de médecine dans le cadre de ré hospitalisations. Par ailleurs, le CH d'EU participe à l'Unité de Recherche Clinique du GHT. Un travail est en cours sur l'Insuffisance cardiaque. Il est mené par l'équipe de Médecine et fera l'objet d'une publication. L'alimentation du Dossier Médical Partagé (mon espace santé) et du Dossier Pharmaceutique ne sont ni promues, ni effectives, à ce jour. Ce projet sera initié une fois la mise en place du Dossier Patient Informatisé totalement finalisée. L'établissement favorise, en partie, l'engagement des patients individuellement et collectivement Les usagers participent deux fois par an au recueil direct de la satisfaction des patients. Toutefois, le taux de retour insuffisant ne permet pas l'exploitation de E SATIS (moins de 10% en Médecine). En addictologie, l'expertise des patients est utilisée dans des groupes de patient. L'établissement a en grande partie une communication centrée sur le patient. Les professionnels sont identifiables par catégorie. Les chartes sont affichées dans les différents services. Un livret d'accueil est remis au patient à son entrée. Les professionnels bénéficient de sensibilisations et ou formations diverses comme les soins palliatifs, la douleur, la bientraitance. En cas de difficulté de communication dans les services, les patients ou accompagnants sont reçus de manière préventive. Un médiateur peut être sollicité. Cependant, Il n'est pas retrouvé de formations spécifiques des professionnels sur la communication dans les plans de formation 2021-2022 et 2023. L'établissement veille à la bientraitance et au respect des patients à travers la Commission Des Usagers et un comité d'éthique. La bientraitance fait l'objet d'une action importante au niveau du GHT, qui la décline dans les différents CH (référents dans les services et groupes de travail). Le groupe de réflexion éthique du CH d'EU est en place depuis 2014. Il est composé de la référente éthique, d'un médecin de l'établissement, de la neuropsychologue, de la psychologue, de la représentante du Conseil de la vie sociale, de la représentante des familles et usagers, de professionnels des secteurs sanitaire et médico-social (équipes de jour et de nuit sur la base du volontariat). Il se réunit à minima 3 fois par an. La dernière réunion a eu lieu le 23/02/2023. Une conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance par les professionnels ou l'entourage du patient a été élaborée. La fiche qualité « puce à l'oreille » facilite ce signalement. 2 professionnels ont reçu une formation en 2021. Toutefois, la systématisation des situations de maltraitance ne sont pas évaluées. Elles ne sont pas encore répertoriées dans le PMSI. L'établissement favorise l'accès aux personnes en situation de handicap. Les locaux sont accessibles aux Personnes à Mobilité Réduite. Un professionnel est formé au langage des signes. Les personnes vulnérables et précaires ont un suivi spécifique avec l'assistante sociale, qui rencontre les familles si

besoin et travaille en lien avec des associations. Un listing des professionnels parlant une langue étrangère est à disposition des professionnels (anglais, espagnol, ukrainien, langue des signes…) Le patient peut accéder à son dossier médical. En 2022, 6 demandes ont été effectuées (16 en 2021). Mais, il n'y a pas de suivi des délais d'accès du patient à son dossier. Les 3 RU, en place depuis plusieurs mandats, sont impliquées dans le fonctionnement de l'établissement. Dans le cadre de la Commission des Usagers (4 en 2022), elles participent à l'analyse des questionnaires de satisfaction, des plaintes et des réclamations (8 en 2022). Elles participent à la CDU du GHT qui se réunit une fois par an. Deux représentants des usagers sont membres du comité éthique et se sont impliquées dans des groupes de travail sur la bientraitance et la prise en charge des décès. Elles sont joignables par mail. Elles ont pu assister à des webinaires organisés par la HAS sur la certification. En dehors de la CDU, elles participent au conseil de surveillance et au CLIN. Elles participent aux audits "zéro bijou" organisé par l'EOH. Elles sont sollicitées pour la réflexion sur le nouvel hôpital, le projet d'établissement et la problématique des presqu'accident. Leur avis est sollicité pour les projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (aménagement, communication destinée au patient). Elles ont participé à l'élaboration du questionnaire de satisfaction et au livret d'accueil. Les IQSS sont présentés en CDU. Cependant, il n'existe pas de projet des usagers. Le PAQSS n'intègre pas leurs propositions. Elles n'interviennent pas auprès des nouveaux professionnels et des étudiants. La gouvernance fait preuve de leadership. Elle fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique qualité est organisée et structurée à partir du GHT, qui a mis en place en Mai 2022 un journal mensuel de soutien à la démarche continue. Celle-ci est déclinée auprès des praticiens participant à la Commission Médicale Unifiée de Groupement puis auprès du COPIL qualité de chaque établissement. Celui-ci pilote l'ensemble de la démarche sur l'établissement, où un PAQSS est décliné. La coordinatrice générale des soins du CH de Dieppe réunit tous les cadres de santé du GHT une fois par semaine. Les professionnels participent à la semaine sécurité proposée tous les ans. Du 21 au 25/11/2022, 3 actions ont été menées : présentation de mon espace santé, réalisation d'une enquête « expérience patient sur les infections associées aux soins » (participation de 12 patients), quizz sur la grippe saisonnière. Par ailleurs, ils étaient invités à participer le 6/10/2022 à la journée « les olympiades du soin » organisée par le Réseau Normand Qualité Santé Qual'Va (structure régionale d'appui à la qualité) : défi « mixés », défi « combinaison du vieillissement », défi « troubles de l'audition ». 34 personnes ont participé (en majorité des personnels administratifs). Cependant, l'établissement n'a pas mis en place d'évaluation de la culture sécurité. La gouvernance s'est dotée d'outils pour piloter l'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et sécurité des prises en charge (maquettes organisationnelles et plannings). Dans le cadre d'absences paramédicales, les équipes s'auto remplacent en fonction de l'activité. L'établissement propose par ailleurs, à l'aide d'une application, des heures supplémentaires aux professionnels qui le souhaitent. Le taux d'absentéisme 2022 est de 6.88%. Aucun poste para médical n'est vacant. Afin d'être équitable entre les agents, la gouvernance a réajusté sa politique et a mis en place un temps de travail permettant aux ASH de bénéficier de jours RTT. Afin de pallier les manques médicaux sur le secteur des urgences, 12 médecins libéraux, 4 médecins retraités et 2 médecins hospitaliers sont présents la nuit et les Week ends. La gouvernance favorise le travail en équipe (réunions paramédicales, temps d'échanges médicaux, staffs, temps de transmissions, comité éthique, salle de pause...). Une dynamique est présente chez les professionnels rencontrés. Les équipes peuvent bénéficier si besoin d'un temps de psychologue. L'encadrement a bénéficié de formations en management. Toutefois, il n'y a pas de démarche d'accréditation en équipe, il n'y a pas de travail de synchronisation des temps médicaux et paramédicaux. La gouvernance favorise le développement de compétences. Les formations des professionnels, demandées lors des entretiens annuels, sont diversifiées pour maintenir leurs compétentes (hygiène des locaux, AFGSU, hémovigilance, diététique, ergonomie…) ou développer celles-ci (DU soins palliatifs, DU Douleur, DU addictologie, DU plaies et cicatrisation, assistant de soins en gérontologie, congrès). Les professionnels lors des réunions de service font un bilan des formations réalisées. Des entretiens professionnels sont initiés pour les équipes médicales à compter de 2023. Tous les professionnels de l'établissement peuvent poser leurs questions et ou participer au comité éthique. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance.

Lancée en 2018 sur le GHT, réajustée en novembre 2022, la politique est déployée dans chaque établissement. Une charte d'engagement a été adressée à l'ensemble des professionnels en Septembre 2019. Cette charte vise à garantir un cadre d'exercice professionnel bienveillant, favorisant l'expression de chacun et permettant à chaque acteur hospitalier de devenir acteur de la qualité de vie au travail. Les nouveaux arrivants paramédicaux sont accueillis par les cadres des unités et bénéficient d'une visite de l'établissement. Ils reçoivent un dossier avec la fiche de taches adaptée à leur affectation et un memento mentionnant les différents codes et accès du service, du coffre de stupéfiants, de la boite à clés, les lieux de rangement des différents dispositifs médicaux, le circuit du médicament, des informations diverses (numéros de téléphone, vestiaire, repas…). En SSR, les professionnels qui le souhaitent bénéficient de « Cafés psycho ». Ils peuvent échanger avec la psychologue autour d'un café une fois par semaine. L'établissement a créé un guide anti panique pour les professionnels. Présent en format papier dans chaque service, celui-ci a été réalisé par le COPIL Qualité du CH d'EU, suite à un recueil des attentes des professionnels. Il permet aux professionnels de retrouver rapidement les procédures liées aux situations d'urgence (plan blanc, accident nucléaire…), et celles liées aux conduites à tenir (déclaration des EI, référents, identitovigilance…) Afin de faciliter le travail des agents et prévenir les tensions Musculo Squelettiques, le CH d'EU dispose d'une formatrice PRAP, qui réalise des formations auprès des professionnels selon les besoins. L'élaboration, le suivi et l'évaluation de la QVT sont réalisés en concertation avec les partenaires sociaux lors des rencontres mensuelles du dialogue social. L'établissement dispose de 2 délégués du personnel permanents. Par ailleurs, la mise en place de la politique QVT a été réalisée suite à un envoi de questionnaires auprès des professionnels du GHT. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. Un Cadre de santé de l'établissement est référent de la gestion des lits et tensions hospitalières. Il remplit le ROR (Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé) et travaille en collaboration avec la cellule d'ordonnancement du GHT, basée au CH de Dieppe. Il lui adresse la disponibilité en lits tous les matins après avoir géré l'ensemble des entrées. Dans des situations rares et difficiles, un doublement des lits est effectué sur l'établissement. La gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles est en partie maitrisée. Les plans de gestion de situations exceptionnelles sont formalisés en étroite coopération avec le CH de Dieppe. Un RETEX a été organisé en 2022 au niveau du GHT pour la période de gestion du Covid. Des circuits spécifiques sont mis en place au besoin dès les urgences pour limiter la transmission des agents infectieux. Toutefois, l'établissement n'a pas organisé "de gestion de situations exceptionnelles », en dehors du Covid depuis plusieurs années. La démarche développement durable est en place sur le GHT et décliné sur le CH d'EU. Des actions de sensibilisation sont réalisées auprès des professionnels : semaine européenne développement durable, affiches. Un référent développement Durable est nommé. Le GHT s'est doté d'un conseiller pour la transition écologique et énergétique en Santé. Un copil et 7 groupes de travail sont en place. Des représentants du CH d'EU y participent. Un guide de "gestion des tris des déchets" par filière pour faciliter le recyclage est formalisé, des actions d'économie d'Energie significatives sont menées (ampoules LED au SSR, chaudière, baisse du taux de DASRI, …). Le plan de sécurisation réalisé, intègre également le plan de prévention des risques environnementaux Les professionnels connaissent les modalités à suivre dans le cadre des risques numériques (modes dégradés, dossier papier à disposition, changement de login et de mot de passe tous les 45 jours) et dans le cadre des intrusions et agressions. Des caméras participent à la sécurisation des urgences. La prise en charge des urgences vitales est maitrisée dans l'enceinte de l'établissement. Les chariots d'urgence viennent d'être remplacés par des sacs d'urgence disponibles dans l'ensemble de l'établissement. Ils sont faciles d'accès. La traçabilité du suivi est définie et connue. Un numéro d'urgence d'appel direct des médecins Urgentistes est affiché et connu des professionnels. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence de façon systématique tous les 4 ans par le CESU de Dieppe. 10 professionnels ont été formées en 2021, 12 en 2022. Toutefois, aucun exercice de mise en situation des urgences vitales n'est réalisé sur le Centre Hospitalier d'EU. L'établissement développe en grande partie une dynamique d'amélioration continue de la qualité. Les bonnes pratiques et recommandations sont partagées lors des staffs et des collèges médicaux. Elles sont intégrées dans la gestion documentaire et présentées aux équipes en lien avec

l’encadrement. La veille juridique est assurée par la direction juridique et la direction de la qualité. Les RU ont participé à la semaine sécurité patient, à des enquêtes de satisfaction auprès des usagers deux fois/an et des audits ou sensibilisation (hygiène des mains, vaccination des professionnels et des patients). Les résultats des IQSS sont partagés en instances et font l’objet d’actions correctives intégrées au PAQSS. Cependant, celui-ci n’intègre pas de propositions liées à l’expérience patient. Il n’y a pas d’exploitation des résultats E SATIS, ni d’évaluation de la culture sécurité des soins Il n’existe pas de revues de pertinence des admissions et des séjours.

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	760780056	CENTRE HOSPITALIER DE EU	2 rue de cleves Bp 109 76260 Eu FRANCE
Établissement principal	760000042	CENTRE HOSPITALIER DE EU	2 rue de cleves B.p. 109 76260 Eu FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de 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	Non
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	1,360
Nombre de passages aux urgences générales	21,017
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	20
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	17
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	2
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	17
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	QVT & Travail en équipe		
2	Audit système	Leadership		
3	Audit système	Représentants des usagers		
4	Audit système	Engagement patient		
5	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		couché via les urgences
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable

10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable
11	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI déclaré en N-1
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
14	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
16	Traceur ciblé	Accueil non programmé		urgence
17	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète	

			Soins de suite et réadaptation	
18	Audit système	Coordination territoriale		
19	Audit système	Dynamique d'amélioration		
20	Audit système	Maitrise des risques		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Juin 2023