



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CHI TOULON LA SEYNE  
SUR MER - HÔPITAL  
SAINTE MUSSE**

54 rue henri sainte claire deville  
Cs 31412  
83056 Toulon



Validé par la HAS en Janvier 2024

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Janvier 2024

# Sommaire

---

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

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

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

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

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

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CHI TOULON LA SEYNE SUR MER - HÔPITAL SAINTE MUSSE	
Adresse	54 rue henri sainte claire deville Cs 31412 83056 Toulon FRANCE
Département / Région	Var / Provence-Alpes-Côte d'Azur
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	830100616	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE TOULON LA SEYNE	54 rue henri sainte claire deville Cs 31412 83056 Toulon FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

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

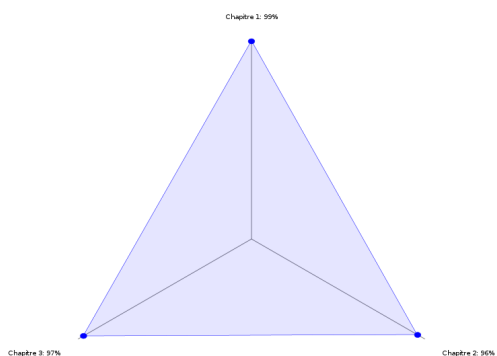


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

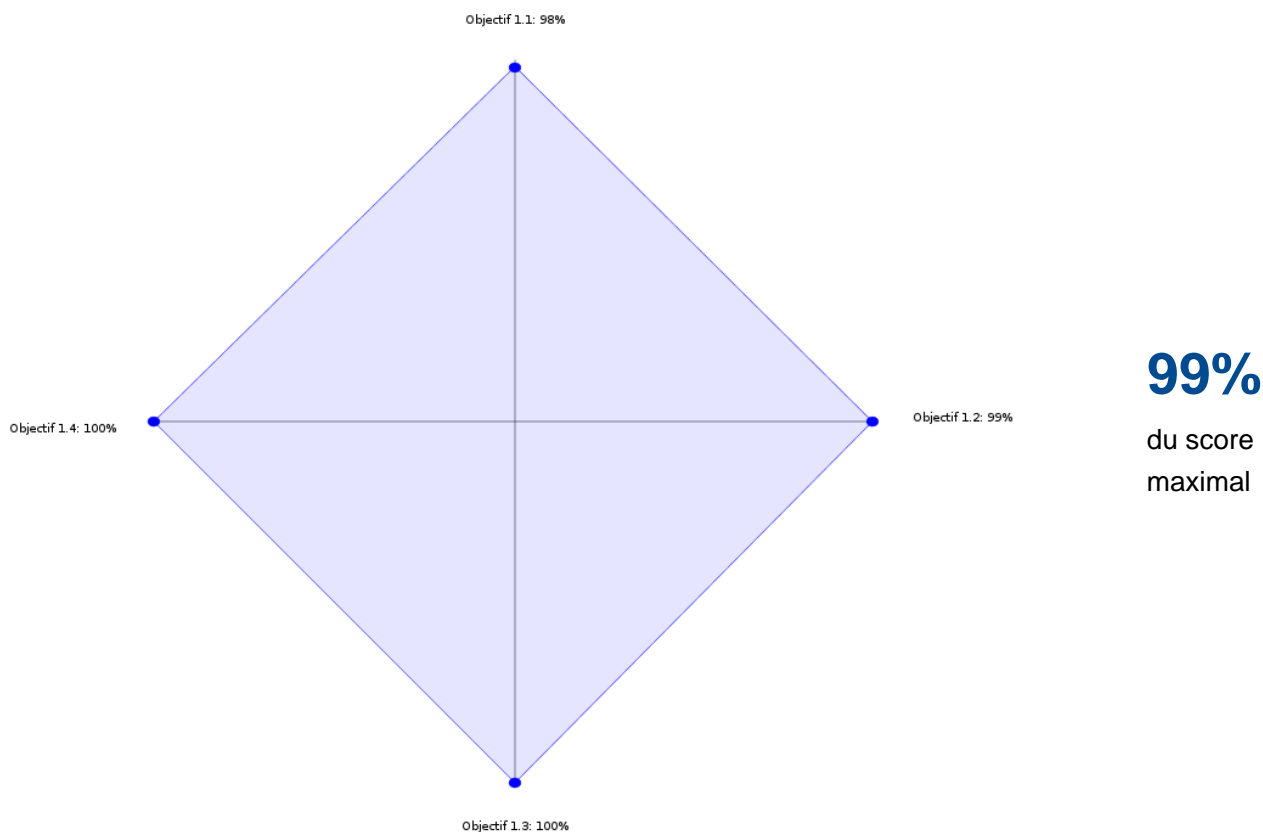
Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

# 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.	98%
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	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 pris en charge au Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon-La Seyne sur Mer reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé et la démarche diagnostique. En cas de nécessité, la consultation d'annonce est systématiquement réalisée en chambre seule. Dans l'ensemble des services visités, on constate une bonne interaction entre les soignants et les patients. L'affichage dans les services permet de compléter ces informations délivrées par les équipes. Pour les patients mineurs, il existe des supports ludiques pour les faire participer aux soins. Le patient est impliqué dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge. Il exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins, basé sur une discussion transversale et attentive et adapté à chaque situation particulière, hors situation d'hospitalisation sans consentement. L'enfant est invité à exprimer son avis

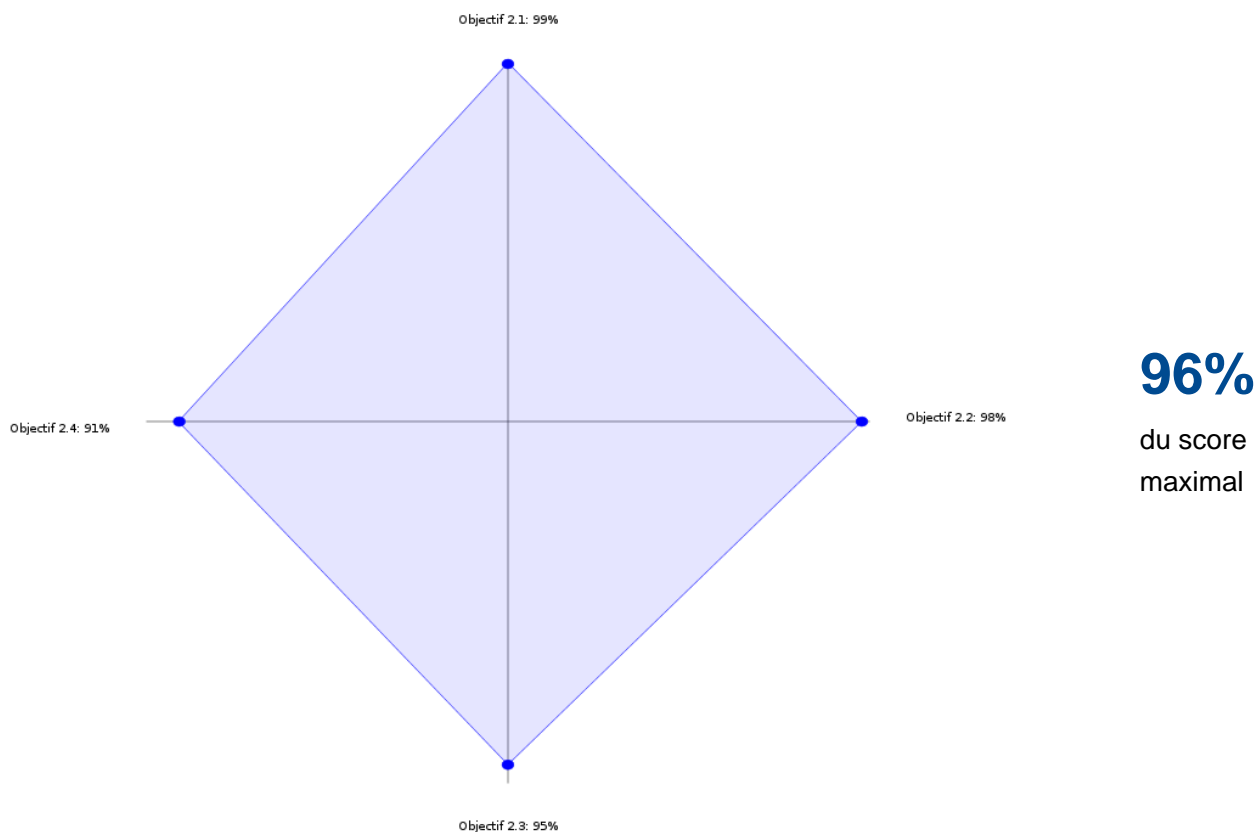
sur le projet de soins le concernant lorsque cela est possible. Le patient bénéficie, lors de son séjour, de messages qui visent à promouvoir sa santé et réduire ses risques. Les équipes proposent notamment un accompagnement en lien avec le service d'addictologie. Le patient bénéficie également d'actions lui permettant de devenir acteur de sa prise en charge (éducation thérapeutique, conseils aux jeunes mamans,...). Les futurs parents bénéficient, dès le début de la grossesse, d'un projet de naissance s'ils le souhaitent. Le patient peut systématiquement désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix. En prévision de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits. Il est également informé, le cas échéant, des dispositifs médicaux qui lui sont implantés et des produits sanguins (PSL et MDS) qui lui sont administrés durant son séjour. En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques relatives à sa prise en charge (différenciation entre le passeport ambulatoire pour les adultes et un passeport ambulatoire dédié à la pédiatrie). Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées. Cela a été constaté auprès de la plupart des patients rencontrés y compris en psychiatrie où une réflexion spécifique a été entreprise sur cette question. L'accès aux soins palliatifs est assuré pour le patient qui en exprime la demande. L'accès à des représentants des usagers est porté à la connaissance des patients (livret d'accueil, affiches) mais ceux-ci ne connaissent pas toujours leur existence ni leur rôle. A la fin de son séjour, le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction à travers plusieurs supports : questionnaire de satisfaction général ou spécialisé pour certains services, enquête e-satis, circuit de réclamation.

Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité tout au long de son séjour. L'établissement dispose de nombreuses chambres individuelles et en cas de chambre double, l'équipe dispose de moyens pour séparer les patients. Toutefois, sur le site Clémenceau (SLD et SSR), les patients ne disposent que de deux douches communes pour des unités de 15 lits. L'établissement souhaite engager un projet de reconstruction actuellement en cours de négociation. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté dans les services de spécialité mais également lorsqu'il est hospitalisé dans un secteur d'adulte (chambre individuelle systématique). Dans les services accueillant des mineurs, les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants. Le patient vivant avec un handicap ou le patient âgé (notamment un UHR) bénéficient du maintien de leur autonomie tout au long de leur séjour autant que possible. En psychiatrie, la prise en charge intègre une évaluation médico-psychologique, psychomotricienne et sociale. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations qui le concernent dans la totalité des secteurs de l'hôpital. Le recours de la contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale et sa pertinence est réévaluée. En psychiatrie, le recours à la contention et à l'isolement est limité et remplacé par des espaces d'apaisement lorsque cela est possible. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement la douleur. Une attention particulière est portée à la prévention et au traitement de la douleur. Toutefois, dans quelques services visités, on ne trouve pas systématiquement la précision du niveau de douleur en cas de prescription d'antalgiques « si besoin ». Les proches du patient, notamment les parents des mineurs hospitalisés, sont invités à s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins et dans les prises en charge secondaires. Une attention particulière est portée aux difficultés que peuvent rencontrer les aidants : aide pour les prises de rendez-vous, prise en compte des disponibilités. Certains services disposent de salons des familles pour faciliter les échanges. Les possibilités de visite sont aménagées pour les situations difficiles (réanimation, fin de vie). La présence des proches est facilitée dans tous les services en-dehors des heures de visite à l'aide de lits accompagnants ; cela se vérifie tout particulièrement dans le service de néonatalogie où la présence des deux parents est facilitée.

Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux adaptés. Le patient vivant avec un handicap peut exprimer ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins, en association avec les soins de support. Un aménagement des traitements est opéré en fonction des demandes personnelles pour favoriser la vie professionnelle. Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie d'une intégration des préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires. Le lien avec l'Education Nationale est maintenu aussi bien en pédiatrie

qu'en pédo-psychiatrie. Des relations privilégiées sont nouées avec des partenaires sociaux ou institutionnels (mairies, associations, aide sociale à l'enfance). En soins de longue durée et en SSR, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social. On note particulièrement les activités faisant appel à la médiation animale (chiens, caille, lama) ou encore l'accès aux cultes. Dans les secteurs de psychiatrie, le patient bénéficie d'activités permettant d'accompagner son inclusion sociale (travail avec des partenaires ou sorties extra-hospitalières permettant le développement d'activités sociales, culturelles et sportives). Pour les situations difficiles ou complexes il est créé un conseil de santé mentale destiné à renforcer le lien avec l'extra-hospitalier. Les conditions de vie habituelles du patient sont prises en compte, notamment pour la préparation de la sortie. La sortie est anticipée au plus tôt et s'appuie sur une assistance sociale spécifique ; c'est également le cas pour le transfert vers le secteur SSR (via le ROR, le logiciel Trajectoire et la mise en place des soins de support).

## 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	99%
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	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	91%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe. Cela concerne les modalités de prise en charge, les prescriptions, le suivi en aval et les préférences du patient. Pour les prises en charge standard, les équipes s'appuient sur leurs protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Dans les cas plus complexes, une concertation pluridisciplinaire est assurée en associant, le cas échéant, des équipes extérieures (du CHU de Marseille par exemple). Une filière de prise en charge du « patient debout » a été mise en place en chirurgie ambulatoire. En cas de prise en charge initiale par le SAMU/SMUR, la pertinence de l'orientation du patient est argumentée avec l'équipe d'aval. La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe. En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du

patient. Dans les secteurs de psychiatrie, la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée. Dans l'ensemble des secteurs, la pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée. Il existe un guide de la prescription des antibiotiques et les internes bénéficient d'une formation spécifique au bon usage de l'antibiothérapie. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est argumentée et les unités disposent de référents transfusion ; ce dispositif permet la réduction globale du nombre de transfusions.

Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale par un médecin urgentiste ou par un médecin libéral selon la problématique identifiée. Le dossier médical préhospitalier du SMUR de Toulon et de l'antenne de la Seyne comporte les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient, y compris la composition de l'équipe d'intervention. Le dossier est interfacé avec le dossier patient des urgences. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge. Une IAO est en place, le médecin référent est identifié et les filières spécialisées sont organisées. L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement grâce au dossier patient informatisé. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont intégrés dans le dossier du patient. Celui-ci est informatisé et déployé sur tout l'établissement dans une version générique, sauf en obstétrique où est utilisé un dossier papier. Il existe plusieurs logiciels métier spécifiques (dialyse, réanimation, ...) non interfacés avec le dossier patient générique. Les comptes rendus sont importés en version PDF dans le dossier générique et assure la complétude et l'unicité de support des informations. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. Celui-ci est construit avec le patient (ou les parents le cas échéant) en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation et est élaboré conjointement par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge, y compris les soins de support (psychologue, diététicienne, kinésithérapeute,...). Le projet de soins prend appui, le cas échéant, sur des RCP tracées. L'établissement a amorcé une conciliation des traitements médicamenteux pour certains types de patients ou de pathologies (personne âgée, insuffisant rénal,...) ou pour certains médicaments (médicaments à risque, antibiotiques). Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. Le dossier commun est notamment accessible aux deux équipes. Il peut être fait appel à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise en cas de besoin : EMSP, EMG, EOH, pharmacien, endocrinologue, experts douleur, psychiatre,... Des recours ponctuels à la télésanté existent pour certains avis spécialisés mais sont peu connus des équipes. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. En cas de déprogrammation, le patient est prévenu et le bloc assure un suivi des écarts de programmation. Une charte du bloc opératoire définit les rôles, procédures et tâches au bloc. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « sécurité du patient » est systématique et utilisée de manière efficace. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient, notamment en psychiatrie. Le carnet de santé, le dossier du patient et le dossier médical partagé sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins. Tout patient hospitalisé en psychiatrie bénéficie d'un examen somatique lors de son admission et le service d'hospitalisation complète dispose d'un somaticien dédié. La prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques (CAP, CMP). Une démarche palliative est mise en œuvre pour les patients en fin de vie ; les services peuvent faire appel à l'EMSP et l'établissement dispose d'une unité de soins palliatifs de 12 lits. Par ailleurs, un accompagnement particulier est assuré pour les parents ayant perdu leur enfant à l'hôpital. Une lettre de liaison est généralement remise au patient et adressée au médecin traitant. Toutefois, cette lettre de liaison n'est pas systématique dans tous les services et tous les services qui l'édictent ne la remettent pas systématiquement au patient. Dans d'autres cas, la lettre est remplie sans canevas préalable ce qui entraîne l'oubli de certains éléments. Les résultats IQSS 2022 publiés en 2023 font état d'un taux à 61% pour le MCO sur le site de Sainte-Musse, 82% en MCO pour le site de Georges SAND et 94% pour le SSR. Des plans d'actions sont mis en œuvre et une démarche d'accompagnement avec l'échelon local de la CPAM du Var est mise en place. Plusieurs

observations ont mis en évidence l'absence de bilan thérapeutique dans la lettre de sortie. En psychiatrie, le CMP adresse un bilan annuel au médecin traitant.

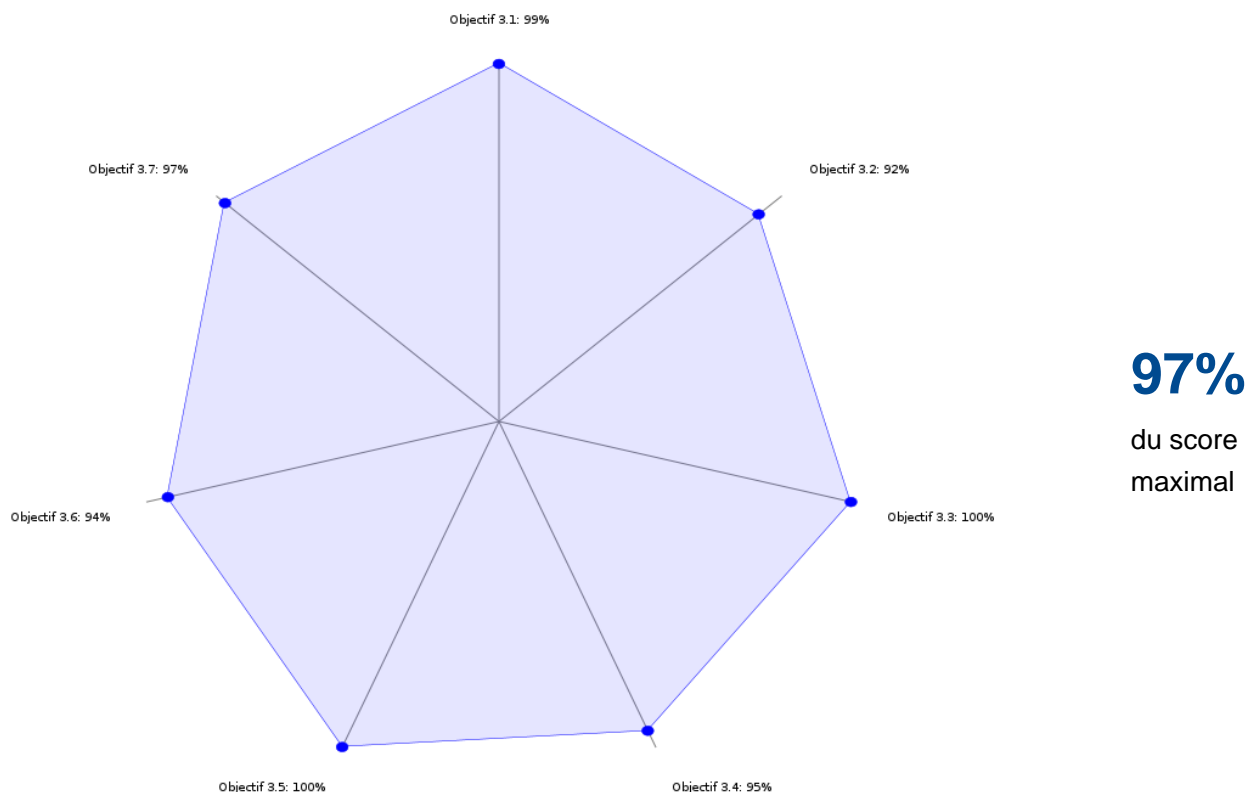
Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires ascendantes (identification de référents dans tous les domaines) et descendantes (dispositif d'alerte dans les unités). Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments. Une analyse et une validation pharmaceutiques sont mises en place. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque : chaque service dispose de la liste qui lui est spécifique ; les règles de stockage, notamment de température, sont respectées ; le logiciel de DPI émet une alerte lors de la prescription et de l'administration et il existe une protocolisation pour certaines prescriptions ; le circuit des chimiothérapies est maîtrisé. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont généralement réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Les salles de soins sont sécurisées, de même que les armoires à pharmacie. Une présence pharmaceutique est assurée très régulièrement dans les unités (dans la plupart des services, un préparateur en pharmacie approvisionne l'unité selon le principe du plein/vide). Cependant, il a été observé la présence de chariots non sécurisés et contenant des médicaments dans les chambres des patients en réanimation. Cette décision est issue d'une analyse pluriprofessionnelle en termes de bénéfices-risques de la part de l'établissement souhaitant limiter les interruptions de tâches des soignants au chevet des patients lourds. D'autre part, il a été observé des stockages de médicaments en vrac et sans identification dans un tiroir (médecine gastrologie). L'établissement a réagi en visite en installant des compartiments permettant de séparer les spécialités prescrites en dehors de la dotation du service. On retrouve également du chlorure de potassium stocké à côté d'autres médicaments (SSR La Seyne). Enfin, on trouve des préparations de pipettes de soluté (avec le nom sur chaque pipette) regroupées dans un seul contenant (psychiatrie CAP48 et secteur fermé) ; cette observation a été immédiatement validée par l'établissement et une démarche a été lancée pour régler ce point. Les stupéfiants sont stockés de façon sécurisée et la clé se trouve dans un coffret à code. Cependant, on observe dans quelques services un mode de rangement de la clé laissant celle-ci trop accessible. Par ailleurs, lors de la distribution, les chariots qui restent dans les couloirs sans surveillance ne sont pas sécurisés (cardiologie, oncologie). L'établissement a réagi en visite. D'autre part, il a été trouvé dans le local matériels d'urgence en psychiatrie ambulatoire une bouteille d'oxygène posée au sol, à la verticale, sans moyen de fixation. Pour le patient vulnérable, le traitement est commenté pendant sa prise en charge mais le comparatif de son traitement habituel avec son traitement de sortie n'est pas systématique. Le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement retrouvé dans le dossier patient informatisé, il est peu tracé et, de fait n'est alors pas systématiquement intégré dans la lettre de liaison de sortie. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Les protocoles sont connus et la traçabilité dans le dossier du patient est systématique. Les taux de destruction sont mesurés et conformes. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les taux d'utilisation de SHA sont connus de la plupart des professionnels. En dialyse, le lavage à l'eau et au savon coexiste avec l'usage des SHA. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires. L'EOH est disponible et présente sur le terrain pour assister les professionnels dans les bonnes pratiques d'hygiène et de nombreuses évaluations et mises en situation sont effectuées. Dans tous les services visités, on constate que l'environnement du patient est propre et que les équipes utilisent les équipements de protection à bon escient. Il a seulement été noté dans un service que le container pour les OPCT débordait en fin de journée (HJ oncologie). Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs. Les pratiques sont évaluées avec l'appui du référent antibiotique de l'établissement et l'EOH. Les équipes maîtrisent généralement le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables. La référence du dispositif désinfecté est tracée dans le dossier patient (date, opérateur). Les équipes appliquent les précautions adéquates pour maîtriser le risque infectieux lié à l'usage des dispositifs invasifs. Le dispositif d'évaluation des pratiques n'est cependant pas systématique. Les équipes respectent les bonnes pratiques per-opératoires :



préparation de l'opéré, précautions, tenues généralement adaptées. Le risque de dépendance iatrogène est maîtrisé par des actions de prévention pluriprofessionnelles. Les recommandations vaccinales sont largement promues par l'établissement : campagnes du service de santé au travail, accès facilité. Le taux de couverture des vaccinations est cependant très faible ; seuls 8 services de l'établissement ont des taux supérieurs à 1 % et les cadres connaissent ces taux. En psychiatrie, un plan de prévention partagé entre les équipes et les patients permet d'anticiper et de gérer les épisodes de violence. Des formations aux techniques d'apaisement sont proposées aux professionnels. Les équipes maîtrisent généralement les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants. Cependant, le patient n'est pas systématiquement informé des risques liés aux actes ni des doses administrées (chirurgie viscérale, médecine gastrologie, HDJ oncologie) ; bien que cela soit tracé dans le dossier, le patient n'est parfois informé qu'au-delà de certains seuils. La prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat sont réalisées (kit de matériel disponible, protocoles, formation des professionnels). L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée. Le transport des patients en intra hospitalier est maîtrisé ; la régulation centralisée des demandes permet de s'assurer du respect des délais et les brancardiers sont régulièrement formés.

Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration. Des staffs réguliers réunissent les équipes médicales et paramédicales avec des analyses de dossiers et des revues de littérature. Des EPP et des audits sont menés dans différents secteurs. Les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients permettent de mettre en place des actions d'amélioration. On note à cet égard la démarche très structurée AMPPATI qui consiste à suivre le parcours du patient au plus près du terrain afin d'identifier les écarts et mettre en place des actions d'amélioration. Les équipes connaissent les retours des questionnaires de satisfaction et agissent sur les points d'amélioration (bruits dans les couloirs, attente pour la prise en charge, qualité des repas). Cependant, dans les services psychiatriques on n'observe pas de réelle analyse quantitative de la satisfaction même si elle est prise en compte au fil de l'eau, notamment lors des entretiens individuels. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse des résultats de leurs indicateurs ; les indicateurs suivis sont peu nombreux et leur dernière mise à jour très récente après une longue période d'absence de recueil. Certains services disposent d'indicateurs spécifiques à leurs secteurs qui font l'objet de suivis : qualité de l'eau en dialyse, audits pharmaceutiques. Les événements indésirables associés aux soins font l'objet d'un suivi attentif : fort taux de déclaration, traitement rapide et exhaustif, analyse systémique en CREX lorsque cela est nécessaire, mise en place d'actions correctives et suivi structuré du plan d'actions. Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont généralement analysées et se traduisent par des actions d'amélioration. Cependant, l'indicateur de réhospitalisation à 48/72 h n'est pas suivi systématiquement (USC pédiatrique). Dans les blocs opératoires, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées et font l'objet d'actions d'amélioration si nécessaire. La qualité des résultats des examens de biologie et d'anatomopathologie est généralement assurée ; cependant elle ne fait pas l'objet d'un suivi structuré ni d'un plan d'amélioration formalisé. Par ailleurs, les prescriptions d'actes de biologie ne sont pas saisies directement par les médecins dans le système d'information et font l'objet de retranscriptions par les IDE à partir de bons d'examen ; l'établissement envisage de mettre en place la prescription connectée comme c'est déjà le cas dans d'autres hôpitaux du GHT. La qualité des résultats des examens d'imagerie fait l'objet d'un suivi et les imageurs participent aux RCP pour les cas ayant nécessité leur avis. Les activités de prélèvement d'organes et de tissus sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration (plan de mise en œuvre des recommandations de l'ABM sur la formation des nouveaux arrivants et sur les effectifs non-conformes de la coordination des prélèvements).

# Chapitre 3 : L'établissement



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	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	95%
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	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours. Il est l'établissement support de son GHT et a identifié les différents partenariats permettant d'organiser les parcours : établissements de court séjour du GHT, hôpital d'instruction des armées (HIA) de Toulon, CHS du département, deux HAD de l'agglomération, structures médico-sociales avec participation à deux GCS handicap-précarité. Il participe à la coordination des

parcours en cas d'activités de recours : équipes médicales partagées, contribution à la CPTS, projet de création d'un SAS, suivi des délais de délivrance de la lettre de sortie et démarche d'amélioration de ces délais. S'agissant de la psychiatrie, l'établissement est inscrit dans la dynamique du projet territorial de santé mentale ; les partenaires du territoire de santé mentale sont identifiés et les professionnels connaissent les orientations du projet territorial. Les modalités de collaboration ont été mises en place entre les services ambulatoires de psychiatrie (CMP, HDJ) et la médecine générale de ville. Les CMP rédigent un bilan annuel de suivi des patients à l'attention du médecin traitant. Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées de l'établissement, il existe des filières de prise en charge rapide : urgences pédiatriques, consultations d'ophtalmologie et de gynécologie 24h/24, filière AVC en partenariat avec l'HIA, filière directe pour les enfants autistes. L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences en établissant des liens avec les EHPAD (25 à 30 % d'hospitalisation évitées selon une estimation de l'établissement). Le SAU du site de Toulon dispose d'une IDE gériatrique des urgences chargée d'accueillir et d'orienter au plus vite la personne âgée. Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément : seniorisation de la réponse téléphonique dans les services, numéros directs remis aux patients, messagerie sécurisée. L'alimentation du DMP est automatisé pour les documents émis par le DPI (lettre de liaison, CR opératoire) sauf opposition du patient ou du médecin qui en assure la prise en charge. Toutefois l'exhaustivité de cette alimentation est inégale en fonction des services et le DMP est souvent méconnu par les équipes. L'établissement promeut la recherche clinique en son sein et en lien avec les CHU de la région. Il héberge une importante délégation à la recherche clinique et participe à de nombreux essais en qualité de promoteur (50 par an) ou d'investigateur (200 par an). Il réalise 30 à 40 publications par an et bénéficie d'un financement régional MERRI à ce titre depuis 2013.

L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression des patients : e-satis, questionnaire de satisfaction général et questionnaires spécifiques, démarche AMPPATI (amélioration du parcours du patient par immersion). Les résultats de l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les RU.

L'établissement mobilise des actions d'expertise des patients. Il existe de nombreux programmes d'éducation thérapeutique. Il convient de relever plus particulièrement l'existence de plusieurs patients experts (néphrologie, ORL) et l'organisation de la semaine « VECU » (valorisons l'expérience et construisons avec les utilisateurs). L'établissement assure la promotion d'une communication centrée sur le patient. De nombreux supports d'information sont remis aux patients durant leur séjour : livret d'accueil général, livrets spécifiques, affichettes spécifiques. Les plaintes et réclamations sont exploitées et diffusées. Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle ; on peut noter la mise en place d'un dispositif d'identification complémentaire plus ergonomique que les étiquettes et badges traditionnels (aimant de couleur par fonction). L'établissement veille à la bientraitance et le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes. L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients, notamment en situation de vulnérabilité (violences conjugales, personnes âgées...). Le signalement est organisé via un onglet sur le formulaire de déclaration des EIAS ; il n'y a cependant pas encore à ce jour de document de synthèse sur cette thématique permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration. L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein. Les professionnels disposent de nombreux outils pour favoriser la prévention de la maltraitance (flyers et échelle graduée). L'établissement assure généralement l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap. Cependant on observe l'absence de lignes de guidage pour les non-voyants à l'intérieur des bâtiments de l'hôpital de Sainte Musse (alors que celles-ci sont présentes à l'extérieur) Une procédure est en place pour assurer l'accompagnement de ces personnes dès que nécessaire. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables ; les équipes disposent de ressources dédiées (assistante sociale, interprète, PMI). L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier et suit les délais de remise des dossiers. L'accès aux innovations thérapeutiques pour les patients est promu grâce à une équipe d'assistants de recherche clinique qui assurent le repérage et l'inclusion dans les essais cliniques (cardiologie, pneumologie, oncologie...). Les représentants des usagers sont très impliqués dans la vie de l'établissement et dans les instances. Ils ont une

bonne connaissance des services et ont concouru à la définition d'un projet des usagers, partie du nouveau projet d'établissement en cours d'élaboration. Cependant les actions de sensibilisation et d'information auprès des patients par les RU restent à consolider ; une réflexion est en cours pour relancer l'activité de la Maison des Usagers qui a vu son fonctionnement interrompu pendant la crise sanitaire.

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique qualité/sécurité des soins est formalisée dans un projet spécifique du projet d'établissement et déclinée au sein d'un PAQSS intégrant une analyse globalisée de l'ensemble des données, risques et connaissances disponibles.

L'établissement soutient une culture de sécurité des soins. Les professionnels participent à des activités permettant de soutenir la dynamique et à l'évaluer : semaine sécurité avec ateliers, jeux des 7 familles disponible dans tous les secteurs (y compris psychiatriques et médico-techniques), boîte à tester le lavage des mains. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge. Plusieurs dispositifs sont mis en œuvre pour pallier les postes vacants et les absences de courte ou longue durée : dépannage intra-service ; pools « pied levé », courte durée, de nuit ; recours à l'intérim ; fermetures de lits. Les responsables d'équipe bénéficient de formations et d'accompagnement au management. Une revue de direction annuelle rassemble les cadres des secteurs certifiés ISO 9001 (4 services à ce jour). La formation des responsables médicaux est également en cours de déploiement.

La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. Des formations sont assurées (« Team management ressource ») bien que de nombreuses équipes fonctionnent plutôt selon des dispositifs classiques ou spontanés (réunions d'équipe, entretiens ciblés par les cadres,...). Des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe sont initiées : le projet PACTE a été mis en œuvre au SAMU-SMUR et des travaux permettent d'améliorer la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux (accompagnement du bloc par l'ANAP). Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées (entretien individuels, plan de formation, accompagnement des nouveaux arrivants, journée des internes, apprentissage en ateliers de simulation...). Pour le personnel médical, l'entretien individuel et la définition d'objectifs de formation sont planifiés pour 2023. L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique. Le comité d'éthique a établi un programme de travail (bracelet d'identification, directives anticipées, gestion du COVID, patients fugeurs,...) et se réunit mensuellement. Il dispose d'une adresse générique permettant à tout professionnel de le joindre. On observe toutefois que les professionnels rencontrés ne se sont pas encore complètement approprié le dispositif mis en place.

La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail. Celle-ci constitue notamment un levier afin de fidéliser les étudiants et de rendre l'établissement attractif. Un projet social s'appuyant sur le Baromètre social de 2022 est en cours de rédaction. On observe une attention particulière au maintien dans l'emploi des travailleurs porteurs de handicaps (220 personnels RQTH). La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles : recours à la médiation, soutien du service de santé au travail (disponibilité d'un psychologue), soutien des internes par le PCME, référent à la direction des affaires médicales pour le suivi de l'absentéisme des médecins.

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Les catégories de risques sont identifiées et l'établissement connaît son positionnement dans le plan ORSAN. Le Plan Blanc a pu être testé en réel à plusieurs reprises (COVID, tensions hivernales, afflux massif de migrants). Les équipements sont disponibles et opérationnels et les professionnels connaissent les circuits d'alerte. Les risques numériques sont maîtrisés. On constate notamment une sécurisation des accès informatiques, des dispositifs de secours et des plans de reprise d'activité. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. Les accès des secteurs protégés sont sécurisés (dispositif d'ouverture par badge avec profils d'accès dans tout l'établissement) et les professionnels connaissent les règles de sécurité et ont un accès facilité au service de sécurité. Les risques environnementaux sont maîtrisés (carnet sanitaire de l'eau, nettoyage des sols sans désinfectant) et il existe des filières adaptées à chaque type de déchet. La démarche de développement durable a été initiée en juin 2022 avec la nomination de référents et la définition de thématiques. Il n'a pas encore été établi de diagnostic initial complet et on observe que les modalités de

pilotage et de suivi du plan d'actions ne sont pas encore consolidées à ce jour. Il est à noter que la maternité s'est inscrite depuis fin 2021 dans le label Maternité écoresponsable THQSE et constitue un service « pilote » pour le reste de l'hôpital. La prise en charge des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement a fait l'objet d'une démarche très complète et structurée. Les professionnels sont formés à la prévention et à la prise en charge de l'urgence vitale. Les chariots d'urgence (ou sacs dans certaines structures ambulatoires) sont homogénéisés, disponibles et maintenus dans les services. Il existe un seul numéro d'appel direct et dédié et facilement identifiable visible dans tous les locaux de l'établissement et connu par tous les professionnels. On constate l'existence d'une procédure dérogatoire pour les urgences vitales touchant les enfants en pédiatrie (appel du pédiatre référent en première intention puis appel du pédiatre de garde). Par ailleurs, en stérilisation centrale, peu d'agents sont formés aux gestes de première urgence et le service ne dispose pas de matériel dédié à la prise en charge de l'urgence vitale.

L'établissement veille à l'identification et à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques. Celles-ci sont accessibles sur la gestion documentaire et actualisées si nécessaire. L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité. Toutefois, dans de nombreux services les équipes ne connaissent pas les recommandations établies par la CDU. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont analysés, exploités et communiqués au niveau de l'établissement, notamment dans les instances. Des objectifs d'amélioration sont définis : prise en charge de la douleur, délais de remise de la lettre de liaison, nutrition/dénutrition,... Cependant, on observe que la plupart des équipes rencontrées n'ont pas connaissance des IQSS de l'établissement ou de leur service ni des actions d'amélioration basées sur les résultats, hormis la consommation de SHA. L'établissement analyse, exploite et communique les événements indésirables liés aux soins. Les EIG sont systématiquement analysés en CREX selon des méthodes adéquates et déclarés sur le portail de l'ARS. L'équipe informe le patient des dommages imputables à sa prise en charge. L'établissement améliore l'organisation en aval des urgences pour optimiser le parcours intrahospitalier. Le suivi des lits disponibles est assuré au fil de l'eau par des référents dédiés (bed manager) ainsi qu'au sein d'une cellule de gestion quotidienne des lits et d'une cellule hebdomadaire des tensions hospitalières. On peut noter la mise en place d'une salle d'attente de post-urgences pour les malades couchés, avant leur transfert dans les services, ce qui fluidifie l'aval du SAU. De même, l'établissement a mis en place un salon de sortie post-hospitalisation afin de libérer les services au plus tôt. L'accréditation des médecins est promue dans l'établissement. A ce jour, 10 médecins sont accrédités ainsi qu'une équipe (urologie).

# 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	830100616	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE TOULON LA SEYNE	54 rue henri sainte claire deville Cs 31412 83056 Toulon FRANCE
Établissement principal	830000345	CHI TOULON LA SEYNE SUR MER - HÔPITAL SAINTE MUSSE	54 rue henri sainte claire deville Cs 31412 83056 Toulon FRANCE
Établissement géographique	830100608	CHI DE TOULON LA SEYNE -CH GEORGE SAND	Avenue jules renard 83507 La Seyne-Sur-Mer FRANCE
Établissement géographique	830020012	CHI DE TOULON LA SEYNE -CH GEORGE SAND - SLD	Avenue jules renard Avenue jules renard 83507 LA SEYNE SUR MER FRANCE
Établissement géographique	830212767	CHI DE TOULON LA SEYNE-HOPITAL CLEMENCEAU SLD	421 avenue du 1er bataillon 83130 La Garde 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	Oui
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 SMR 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	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Oui
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non



Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Oui
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
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	12,333
Nombre de passages aux urgences générales	82,441
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	26,288
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	206,066
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	485

Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	141
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	53
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	49
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	25
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	4
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	24,425
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	32
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	1
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	52
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	14
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	10
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	14
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	16
Activité Hospitalière PSY	

Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	149
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	10
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	159
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	33
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	24
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	57
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	2
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	4
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	6
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	39,486
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	15,875
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	55,361
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	28
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	1
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			
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
6	Traceur ciblé			EIG selon liste ES
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

7			Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
10	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 Médecine	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	

12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
13	Audit système			
14	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
	Patient		Tout l'établissement	

18	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
20	Traceur ciblé			Chimiothérapie
21	Traceur ciblé			Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	

25	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	



30	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
31	Traceur ciblé			EIG selon liste ES
32	Audit système			
33	Traceur ciblé			PSL
34	Traceur ciblé			SMUR + SAMU
35	Audit système			
36	Audit système			
37	Audit système			
38	Audit système			
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences 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 critiques Médecine	
42	Traceur ciblé			Désinfection des endoscopes
43	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 Ambulatoire Médecine	
44	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 Ambulatoire Médecine	
45	Traceur ciblé			Urgences Générales et pédiatrique
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap	

46			<p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
47	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	
48	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Médecine</p>	
49	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires

50	Traceur ciblé			Antibiotique injectable : Prescription à administration
51	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
52	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
53	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie + Per opératoire
54	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
55	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
56	Traceur ciblé			Médicament à risque et/ou ATB : Prescription à administration
57	Audit système			
58	Audit système			
59	Audit système			
60	Traceur ciblé			Chambre > bloc
61	Audit système			
62	Audit système			
63	Traceur ciblé			PSL
64	Audit système			
65	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	

66	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
67	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	
68	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
69	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
70	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	

71	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
72	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
73	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
74	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
75	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé	

76			<p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
77	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Soins de longue durée</p>	
78	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

			Médecine	
79	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
80	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
81	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
82	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	



83	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
84	Traceur ciblé			Médicament à risque et/ou ATB : Prescription à administration
85	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
86	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 Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
87	Traceur ciblé			Chambre > Médecine nucléaire
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer	

88			<p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Médecine</p>	
89	Audit système			
90	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
91	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
92	Audit système			
93	Traceur ciblé			Urgences Générales
94	Traceur ciblé			Urgences > Service

95	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p>	
96	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Médecine</p>	
97	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
98	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p>	

			Psychiatrie et santé mentale	
99	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
100	Audit système			
101	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 critiques Chirurgie et interventionnel	

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

