



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
GABRIEL DEPLANTE**

1 rue de la foret
Cs70088
74151 RUMILLY



Validé par la HAS en Janvier 2024

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 – 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER GABRIEL DEPLANTE	
Adresse	1 rue de la foret Cs70088 74151 RUMILLY FRANCE
Département / Région	Haute-Savoie / Auvergne-Rhône-Alpes
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	740781208	CENTRE HOSPITALIER GABRIEL DEPLANTE	1 rue de la foret Cs 70088 74151 Rumilly FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

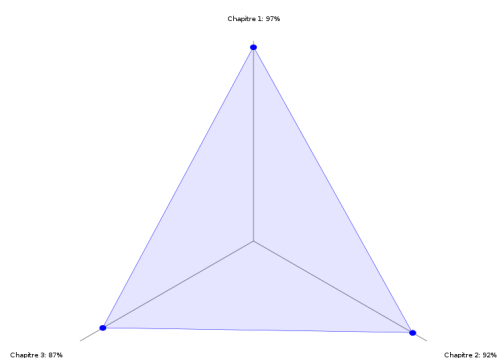
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

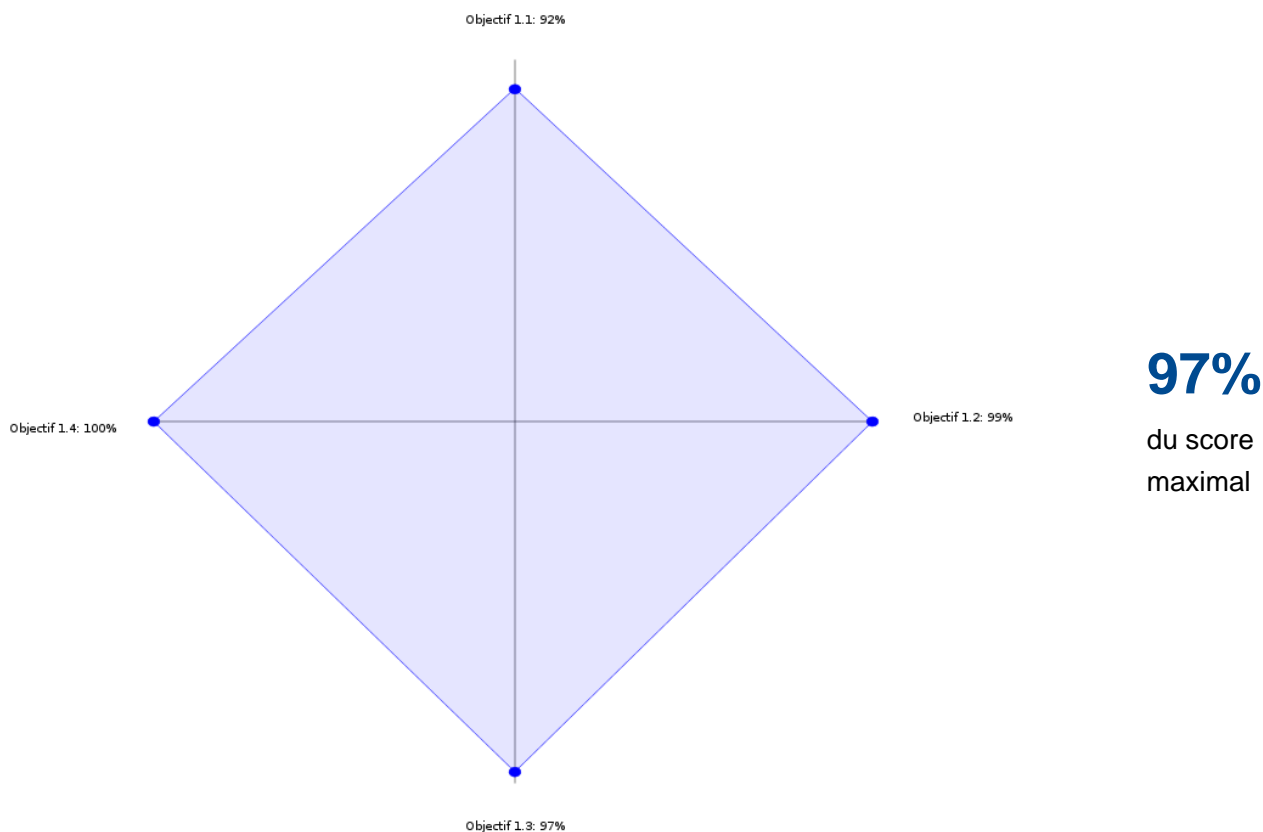
Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

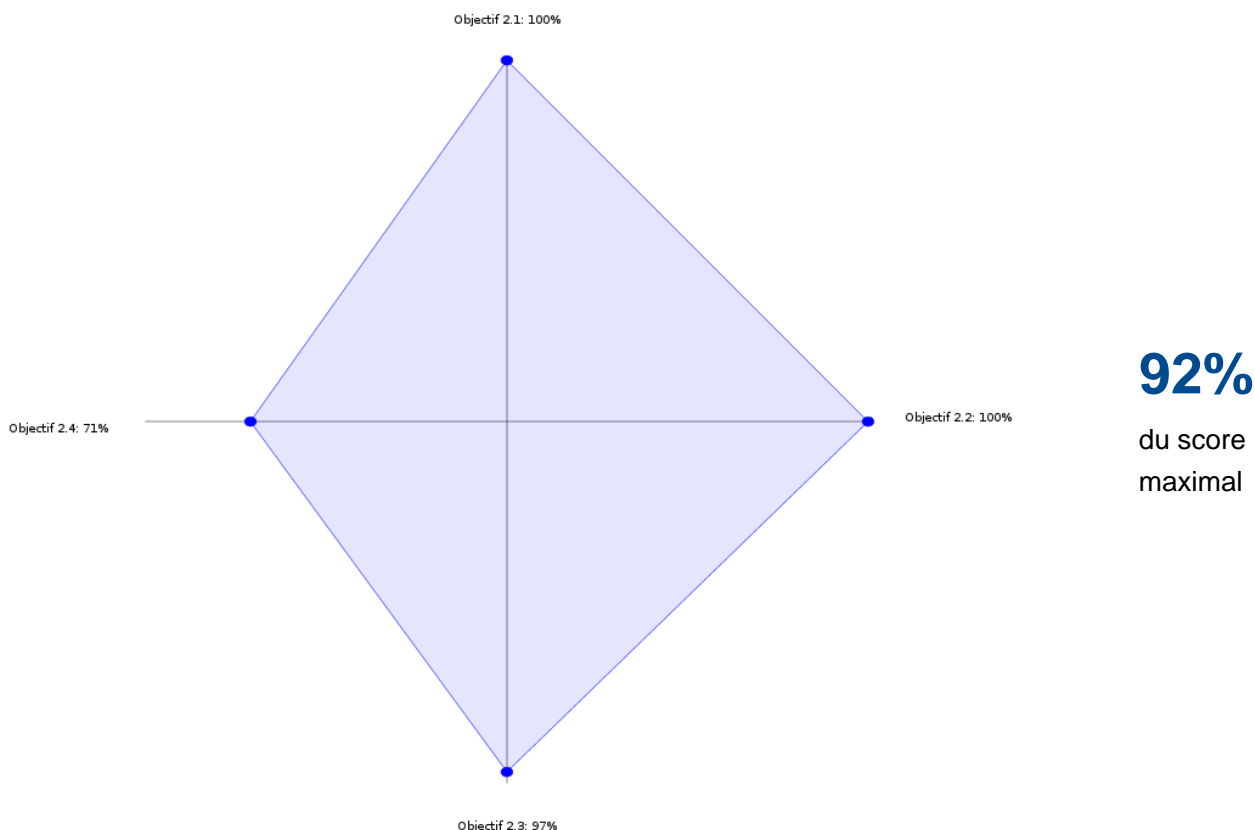


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Au centre Hospitalier de Rumilly, le patient est acteur de sa santé. Il reçoit de la part du personnel une information sur son diagnostic, son état de santé, ses traitements et ses soins. Divers documents sont distribués pour appuyer l'information orale. L'information peut être générale grâce au livret d'accueil ou plus spécifique, comme la fiche expliquant par exemple l'épreuve d'effort chez les patients en rééducation cardiovasculaire. L'information est également personnalisée avec les plannings de rééducation notamment, présent dans les chambres et détaillant le programme des rendez-vous paramédicaux quotidiens des patients. Le patient peut être impliqué dans sa prise en charge. Cette implication est proposée de façon adaptée aux capacités du patient, notamment dans le service de rééducation neurologie pour les patients craniolésés et donc avec des difficultés de langage. Les outils de communication sont ainsi adaptés entre le patient et

l'équipe, avec des questions fermées permettant d'y répondre par des gestes simples (mouvement de la main) jusqu'à l'utilisation d'une planche alphabétique pour un échange plus complexe. Les proches sont, dans ces cas, également mobilisés. Le patient consent ainsi à son projet de soins que ce soit sur le mode d'hospitalisation comme le choix de l'ambulatoire ou sur une séquence diagnostique avec différents examens complémentaires programmés sur la période d'hospitalisation complète. Des messages personnalisés sont délivrés au patient sur les facteurs de risque péjoratifs (tels que le tabac, la sédentarité, la mauvaise alimentation) pour sa santé, aidés de supports d'information affichés dans la plupart des services. Des actions sont mises en place pour rendre le patient acteur de sa prise en charge. Cette implication personnelle passe par des actions éducatives identifiées comme la participation à des ateliers en rééducation cardiovasculaire dédié au stress, aux pathologies coronariennes mais également de façon routinière avec le personnel de rééducation qui favorise l'auto-rééducation pour maintenir la mobilité ou toute une équipe comme en service de rééducation neurologique qui valorise tout progrès réalisé par le patient pour récupérer un degré d'autonomie. Après information par le personnel, les patients peuvent désigner la personne de confiance et la personne à prévenir. Pendant son séjour, le patient reçoit des consignes concernant ses médicaments et notamment les éventuelles modifications effectuées. L'information et la sécurité sont optimales pour le patient recevant une transfusion grâce à des documents écrits, le remplissage d'une check list, le suivi logistique (contrôle biologique) après sa sortie. Globalement, le patient est informé de son droit à rédiger ses directives anticipées mais on retrouve parfois une difficulté dans les équipes à aborder oralement le sujet avec le patient qui, par ailleurs, n'en a pas toujours le souvenir. Une réflexion sur le sujet est envisagée par l'établissement pour compléter notamment le versant médico-technique du sujet (LATA) dans les services critiques. Dans plusieurs services, l'existence d'associations de patients potentiellement aidantes ou soutenantes (comme JALMALV) est affichée avec la possibilité pour des membres bénévoles de ces associations de visiter les patients. L'existence de la Commission Des Usagers (CDU) de l'établissement est affichée dans les services. Si les patients évoquent la possibilité d'interpeller le personnel si jamais un problème survenait ou d'exprimer son ressenti avec, en rééducation neurologique, une attention particulière portée par le personnel sur les émotions perçues pour les patients et des contacts privilégiés pour les familles, la plupart des patients ne connaissent pas les procédures pour soumettre une réclamation ou déclarer un évènement indésirable associé aux soins. Un questionnaire de satisfaction est rempli à la sortie. Les locaux, les chambres garantissent l'intimité et la dignité du patient de même que les pratiques des soignants laissant, autant que possible au patient la liberté d'actions préservant sa dignité (toilette à minima, rasage). Cependant, une patiente a pu faire part de son désarroi face aux contraintes imposées par le personnel de nuit pour pallier à un problème de continence urinaire. Il y a donc globalement la volonté de préserver l'autonomie du patient dans tout l'établissement, dans le contexte de la rééducation fonctionnelle mais aussi pour les gestes simples de la vie. La réadaptation au quotidien malgré les handicaps se fait également à l'aide d'une chambre domotique, disponible en rééducation neurologique, remettant le patient dans le quotidien d'un habitat mais avec une technologie facilitatrice. Des échelles spécifiques sont également adaptées pour mesurer de façon pluridisciplinaire l'évolution de l'autonomie du patient. La confidentialité entourant le patient est respectée. La douleur est évaluée de façon systématique dans les services avec des protocoles d'antalgie précis en cas de besoins. Une attention est portée sur des moments critiques identifiés comme des soins douloureux à cause de plaies à traiter ou lors de la toilette en cas de douleurs osseuses à la mobilisation. L'expertise des équipes réside également dans la capacité à s'adapter à l'expression de la douleur du patient craniolésé selon son évolution neurologique. Les proches des patients peuvent être impliqués dans tous les services rencontrés, allant de l'information partagée jusqu'à l'implication dans la démarche de soins du patient en partenariat et en pleine relation de confiance avec les soignants. Le service social est très présent, dans tous les services facilitant les démarches administratives pour un rapprochement géographique favorable, un transfert dans une structure souhaitée, une habilitation sociale nécessaire. L'assistante sociale a pu être désignée comme une interlocutrice privilégiée. Le lien social est maintenu en soins de longue durée avec des animations appréciées par les patients. Les conditions vies sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



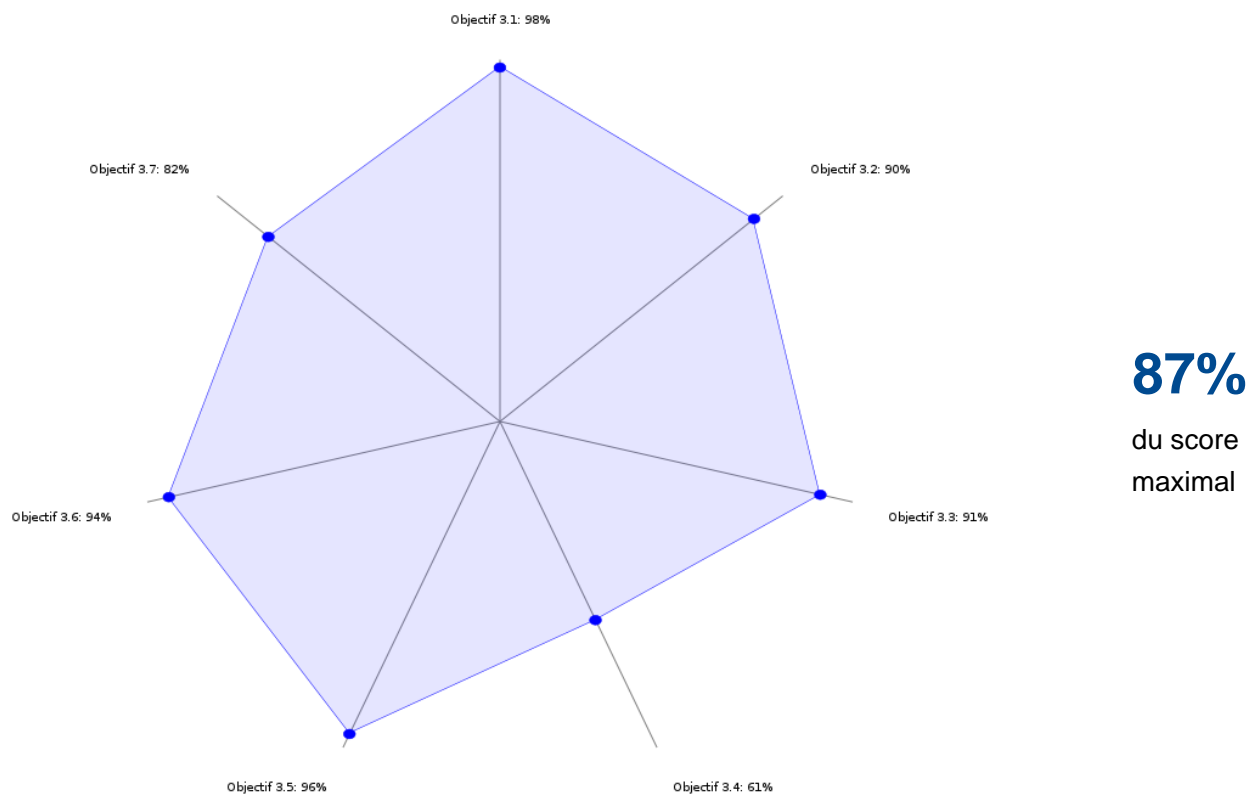
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	71%

Au Centre Hospitalier Gabriel Deplante, la pertinence des décisions de prise en charge est argumentée en équipe. Tous les matins un staff est réalisé en service de médecine en présence des médecins, IDE, AS, psychologue et kinés. En SSM, un staff pluri-professionnel et pluridisciplinaire est réalisé tous les jeudis et tous les matins, il existe une relève médico-soignante. La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est réévaluée au sein de l'équipe. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée. La réévaluation de l'antibiothérapie est tracée dans le dossier. Il existe une astreinte téléphonique en infectiologie en permanence. L'infectiologue vient par ailleurs tous les 15 jours notamment en pharmacie pour faire le point sur différents sujets dont les protocoles d'antibiothérapie. Des formations (lecture d'un antibiogramme, clostridium, précautions standard, hémocultures...) sont réalisées à l'occasion de journées réunissant

commission antiinfectieux et CLIN La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est argumentée. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Les équipes assurent la traçabilité dans le dossier de la prescription, l'administration, les risques et surveillance de la transfusion. Les infirmiers interrogés sont formés à l'acte transfusionnel. Ils participent activement à l'information du patient en amont, durant la transfusion et après la transfusion. Le dossier patient comporte l'ensemble des éléments de la prise en charge. La traçabilité de la coordination de l'ensemble des professionnels est retrouvée dans le dossier patient informatisé ainsi que les avis spécialistes du CH d'Annecy. Il est accessible aux professionnels impliqués dans la prise en charge. La prise en charge des patients est pluri-professionnelle avec des recours possibles à des référents. Le parcours du patient est coordonné afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. Les projets personnalisés de soins sont réévalués toutes les semaines en SMR et tracé dans le DPI. En USLD, ils sont revus au minimum, une fois par an et autant que de besoin ; Les équipes peuvent faire appel si besoin à un réseau d'équipe de recours (équipes mobiles de soins palliatifs, EOH..) ou spécialistes (infectiologue, diabétologue...). Une démarche palliative est d'ailleurs mise en œuvre pour les patients en fin de vie avec l'équipe mobile de soins palliatifs. Des lettres de liaison favorisent la continuité de la prise en charge des patients entre les services. La lettre de liaison est remise au patient le jour de sa sortie en cas de retour à domicile. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient. Un bracelet d'identification est posé à l'entrée du service pour les patients de médecine ou de SMR. En USLD, les équipes mettent un bracelet pour tout transfert du patient vers un service de soins et se réfèrent au marquage des vêtements des résidents. Les équipes maîtrisent le circuit du médicament. Elles respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments. L'approvisionnement des médicaments est réalisé de manière sécurisée. La liste des médicaments à risque a été réalisée conjointement avec l'équipe médicale et les pharmaciens. Les équipes sont sensibilisées à l'utilisation des médicaments à risque. Le travail réalisé sur le dossier patient informatisé (affichage sous le nom du patient de la prescription d'un médicament à risque) renforce la vigilance des professionnels. En dehors des heures d'ouverture de la PUI, il existe une armoire tampon. La liste des médicaments figurant dans cette armoire a été élaborée conjointement entre médecins et pharmaciens pour éviter toute rupture de traitement. Si toutefois, un produit de santé ne figurait pas dans cette liste, il existe une convention avec le CH d'Annecy. La conciliation médicamenteuse est réalisée sur des profils à risque identifiables grâce à un score intégrant plusieurs paramètres (âge, hospitalisations antérieures, poly-médication). Les équipes maîtrisent le risque infectieux. Les protocoles sur les précautions standards ou complémentaires sont appliqués dans les services. Le personnel est formé par l'infirmière hygiéniste et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Des audits sont réalisés par l'EOH. L'équipe médicale est particulièrement attentive au respect des bonnes pratiques de prévention des infections liés aux dispositifs invasifs. Tous les éléments liés à la pose, surveillance pertinence du DM invasifs sont retrouvés dans le DPI. Lors de la visite de certification, l'activité d'endoscopie étant suspendue depuis plus de trois mois (début juin) suite à un arrêt maladie de longue durée, cette activité n'a pas pu être observée par les experts visiteurs. Il a toutefois été relevé que le personnel chargé de la désinfection était formé et que la liste du parc actif des endoscopes était présente et actualisée. Le transport des patients en intra-hospitalier est respecté (service médecine ou SMR vers imagerie ou plateau technique). Il est réalisé par les aides-soignants du service qui sont formés aux gestes d'urgence et à l'identito-vigilance. Les équipes ne réalisent pas de démarche continue d'amélioration de pratique en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques. Une démarche a été initiée en SMR (sur un échantillon de patients) avec notamment une étude bibliographique en collaboration avec le pharmacien sur un problème survenu sur des gastrostomies (défectueux avant 6 mois d'utilisation et présence de levures). Les équipes ont indiqué mettre en place des actions d'amélioration en lien avec des CREX ou en lien avec les résultats d'indicateurs. Les services suivent notamment l'indicateur ICSHA sur les consommations de solution hydro-alcoolique (affichage des points positifs et des axes d'amélioration). L'établissement suit les indicateurs issus d'e-satis (même si le seuil n'était pas atteint jusqu'alors), des questionnaires de sortie, de la qualité de la lettre de liaison en MCO et SSR, de la douleur en MCO et SSR, du projet de vie en SSR. Toutefois, les équipes n'améliorent pas en systématique leur pratiques en se fondant sur

la satisfaction et l'expérience des patients, ni sur l'ensemble des résultats des IQSS. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins. Les évènements indésirables sont analysés en cellule de gestion des risques tous les quinze jours. En fonction de la criticité de l'évènement, des analyses approfondies des causes sont menées en associant les professionnels de terrain.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	90%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	91%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	61%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	96%
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	82%

L'offre de soins du centre hospitalier Gabriel Deplante s'inscrit dans une logique de parcours coordonné sur le territoire. Des partenariats sont identifiés et organisés avec les établissements du secteur et notamment avec l'établissement support du GHT Haute-Savoie Pays de Gex, le CHANGE sur des fonctions partagées, responsable du système d'information et DPO, hygiène et médecine du travail, équipe infectiologie, PUI,

achat, DIM. Des médecins cliniciens du CHANGE : équipe de cardio-gériatrie, chirurgien urologue, gynécologue, chirurgien ORL, médecin diabétologue, angiologue proposent des consultations avancées. Des coopérations sont également organisées avec le GHT Savoie avec des médecins de Belley : un médecin généraliste pour les CNPR et un médecin des SMR de neurologie et une aide territoriale en pharmacie via la PST (prime de solidarité territoriale) avec Aix les bains. Un partenariat ville hôpital est réalisé avec l'association des médecins généralistes et avec les infirmiers libéraux du territoire. L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences en les hospitalisant directement en service de médecine. Le centre hospitalier Gabriel Deplante participe à des travaux de recherche clinique dans le cadre de programmes développés au sein du GHT, notamment concernant 2 études en pneumologie et une étude en pharmacie. L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients. Des questionnaires de sortie sont proposés aux patients. Des actions de sensibilisation sont menées auprès des patients pour favoriser le taux de retour des patients e-satis (dont le seuil de répondant a été atteint cette année). L'établissement ne dispose pas de patients experts. Les représentants des usagers participent aux instances CDU, Conseil de surveillance, mais ne sont pas à ce jour impliqués dans la vie de l'établissement autre que les instances et n'ont pas élaboré de projet des usagers. Les professionnels sont formés à la communication avec le patient. L'établissement prône la bientraitance (charte de la bientraitance, groupe de travail bientraitance). La gouvernance promeut le repérage des situations de maltraitance mais ne recense pas les cas de maltraitance dans le PMSI. L'accès au personnes vulnérables est garanti via la permanence d'accès aux soins (PASS) avec la présence de 3 assistantes sociales. L'établissement est organisé pour permettre l'accès du patient à son dossier médical. Les délais de remise des dossiers médicaux sont suivis et présentés en commission des usagers. L'alimentation du dossier médical partagé est promue par l'établissement pour les patients disposant d'un DMP. Le centre Hospitalier Gabriel Deplante utilise une messagerie sécurisée, mais n'alimente pas le dossier pharmaceutique. La politique qualité de l'établissement est déclinée en actions concrètes sur le terrain. Les orientations stratégiques de la politique qualité ont été élaborées en collaboration avec la CME. Les professionnels sont informés par l'encadrement des projets qualité. Cependant l'établissement n'a pas évalué la culture sécurité des soins des professionnels. Le travail en équipe est favorisé par l'organisation mise en place. Des staffs pluri-professionnels sont réalisés dans les services de façon quotidienne ou hebdomadaire selon le service. Les responsables des services ont bénéficié d'une formation au management. Une réflexion collective sur l'organisation de travail (coaching d'équipe) a été élaborée dans le cadre de la mise en place des 12h pour les équipes de jour. Cependant, il n'existe pas de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe de type PACTE. Le dispositif de soutien de la réflexion éthique est en cours de structuration. Un professionnel dispose d'un diplôme universitaire (DU) éthique. Cependant l'établissement n'a à ce jour pas réalisé d'état des lieux sur les questionnements éthiques et les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés ou formés à la réflexion éthique. La gouvernance a mis en place une politique qualité de vie au travail. Elle s'appuie sur la réalisation d'un baromètre social. Elle est animée par un Copil QVT. Des actions sont mise en œuvre telles l'accès à des logements (mise à disposition de 3 studios pour les nouveaux arrivants), terrasse pour les déjeuners, borne électrique de recharge des véhicules à disposition des professionnels, aménagement des plannings (3 semaines de congés l'été), accessibilité des plannings sur le téléphone portable des agents... L'établissement a mis en place une organisation pour la gestion des conflits internes (cadres du service, psychologue...). En deuxième intention, les difficultés interpersonnelles et les conflits sont gérés selon le cas par la directrice des soins, la présidente de CME ou la directrice de l'établissement. L'établissement dispose d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles en cours d'élaboration avec l'ARS et de mise en conformité avec le plan Orsan. Les catégories de risques pouvant générés des tensions sont identifiés (rupture du réseau d'eau, inondations...). La cellule de crise est opérationnelle dans les 45 minutes suivant l'alerte. Cependant les équipes de terrain rencontrées n'ont pas participé à l'élaboration collective du plan de gestion des tensions et des SSE. Les risques numériques sont maîtrisés. Un exercice cyber sécurité a été réalisé. Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de cyberattaque. Les mots de passe sont régulièrement changés. Le centre hospitalier

de Rumilly s'est engagé dans une démarche de développement durable. Le directeur adjoint en charge des services logistiques est le référent développement durable de l'établissement. Il a en charge la coordination de la démarche. Un tiers de la flotte automobile du centre hospitalier est électrique. L'établissement dispose également d'une chaudière à bois. Une filière adaptée pour chaque type de déchet est mise en œuvre. Les professionnels connaissent la conduite à tenir pour les urgences vitales. Le premier jour de visite, l'établissement avait deux numéros d'appel urgence (un jour et un nuit) suite à la transformation des urgences en consultations non programmées. En cours de visite, dès le 2ème jour, l'établissement a remis en place le numéro unique d'appel (le même numéro le jour et la nuit) qui est connu des professionnels. Le matériel d'urgence est contrôlé et tracé. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgences. Les recommandations de bonnes pratiques, intégrées dans les protocoles de chaque spécialité, sont diffusées à l'ensemble des professionnels via le logiciel de gestion documentaire. Toutefois des revues de pertinence ne sont pas réalisées de façon systématique. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte les recommandations formulées par la commission des usagers, mais les équipes ne les connaissent pas. Les résultats des indicateurs qualité sécurité des soins sont suivis, présentés en CME et CDU et affichés dans les services. Le programme d'actions d'amélioration du centre hospitalier de Rumilly intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs comme par exemple améliorer la traçabilité de la douleur par l'équipe soignante. Les événements indésirables graves sont analysés collectivement à partir d'une méthode d'analyse des causes. Une cellule de gestion des risques se réunit tous les 15 jours pour passer en revue les fiches de déclaration des événements indésirables (FEI) et déterminer des suites données (CREX). Un bilan des événements indésirables est présenté en instances. La commission des usagers est informée des événements indésirables graves. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Sécuriser la prise en charge des urgences vitales Renforcer la démarche qualité (analyse des pratiques cliniques, évaluation de la culture sécurité des soins, implication des représentants des usagers).

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	740781208	CENTRE HOSPITALIER GABRIEL DEPLANTE	1 rue de la foret Cs 70088 74151 Rumilly FRANCE
Établissement principal	740000294	CENTRE HOSPITALIER GABRIEL DEPLANTE	1 rue de la foret Cs70088 74151 RUMILLY FRANCE
Établissement géographique	740789532	CENTRE HOSPITALIER GABRIEL DEPLANTE - SLD	1 rue de la foret Cs70088 74151 RUMILLY FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	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 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	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	360
Nombre de passages aux urgences générales	5,099
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	35
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	4
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	55
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	10
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	45
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)	1
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	Traceur ciblé			Medicament à risque per os
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
3	Traceur ciblé			Transport assis vers plateau technique
4	Audit système			
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
6	Traceur ciblé			Endoscope
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	

10	Audit système			
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
15	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 âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
16	Traceur ciblé			précaution complémentaire
17	Traceur ciblé			Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
18	Traceur ciblé			En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
19	Audit système			

20	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 âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
21	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>Médecine</p>	
22	Audit système			
23	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
24	Traceur ciblé			Médicament antibiotique injectable ou per os
25	Audit système			
26	Traceur ciblé			Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
27	Audit système			
28	Audit système			
	Parcours		Tout l'établissement	

29	traceur		Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins de longue durée Médecine	
30	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
31	Audit système			
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
33	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable

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

