



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE HYERES MARIE
JOSEE TREFFOT**

Avenue du marechal juin
Bp 50082
83407 Hyeres



Validé par la HAS en Février 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 – Février 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	19
Table des Annexes	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	26
Annexe 3. Programme de visite	30

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 DE HYERES MARIE JOSEE TREFFOT	
Adresse	Avenue du marechal juin Bp 50082 83407 Hyeres Cedex
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	830100533	CENTRE HOSPITALIER DE HYERES	Avenue marechal juin Bp 50082 83407 Hyeres Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

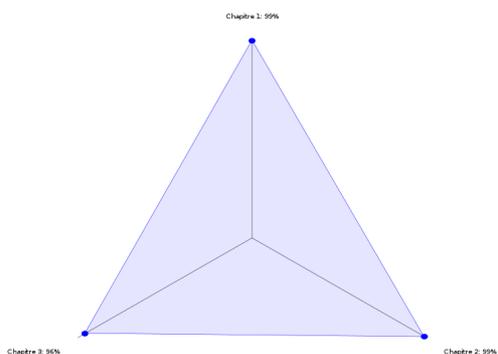
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

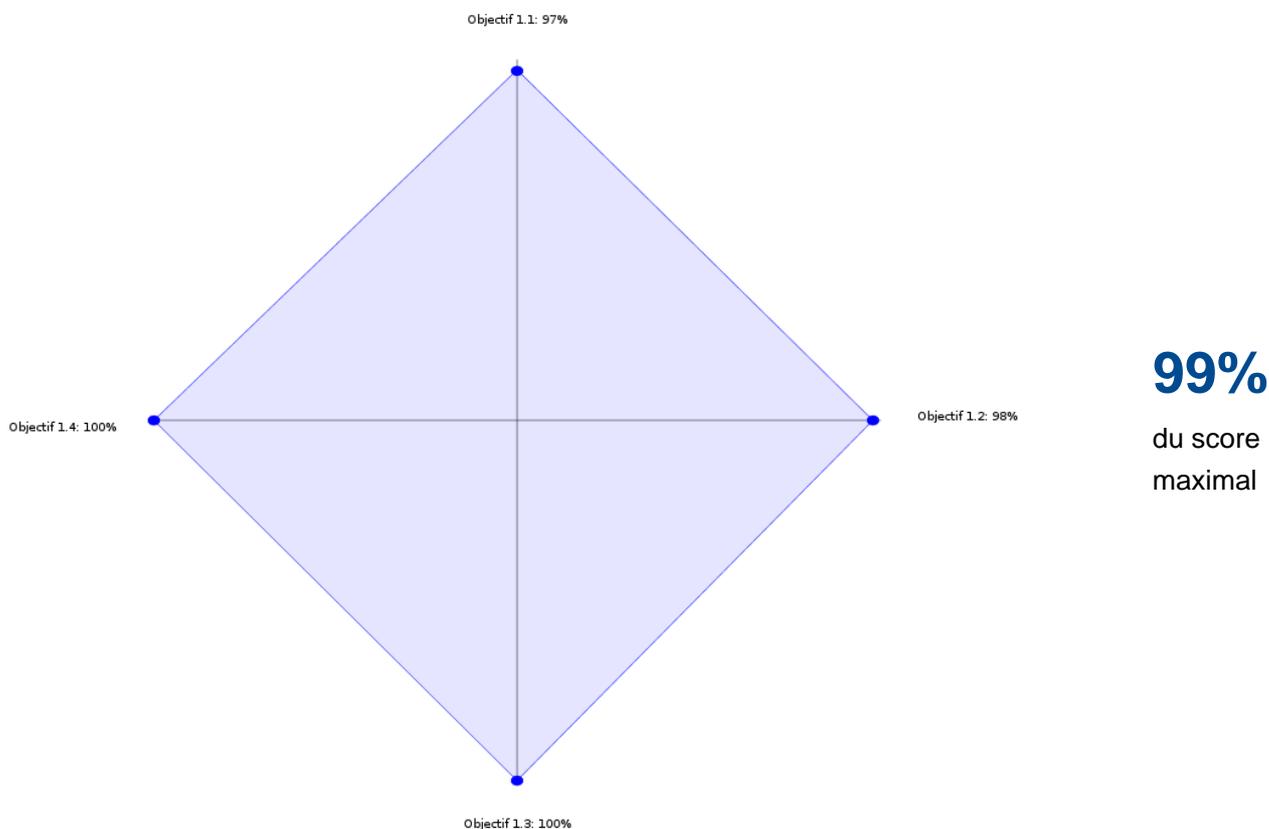
Au regard du profil de l'établissement, **119** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



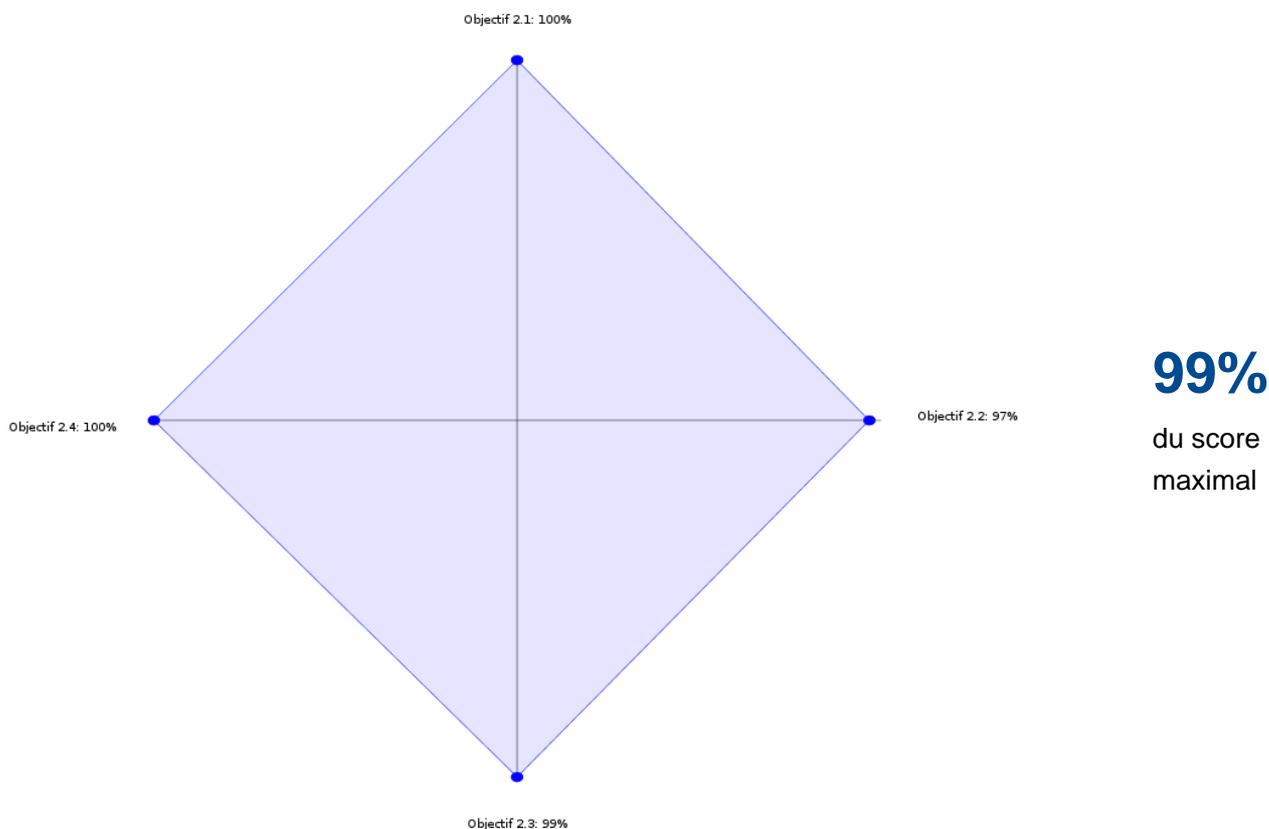
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient pris en charge au Centre Hospitalier de Hyères (CHH) est informé et son implication est recherchée. Dès son admission, dans les différents secteurs de soins, le patient se voit remettre le livret d'accueil institutionnel, contenant l'ensemble des informations nécessaires à sa prise en charge. Selon les prises en charge, des passeports lui sont remis. Différentes Chartes sont retrouvées, dans les services et dans les zones d'accueil des patients. Selon les prises en charge et selon les secteurs de soins, des messages de santé publique et de prévention primaire sont affichés ou à disposition dans les services et les zones d'accueil. Le patient est informé sur son état de santé et les différentes étapes de sa prise en charge dès son admission, en service, par les médecins responsables. L'évaluation bénéfice/risque a été expliquée et partagée avec le patient ou le cas échéant, à la personne de confiance qu'il a désignée. Les informations données au patient

relatives à ses principaux facteurs de risque (statut tabagique, consommation d'alcool, IMC ...) sont tracées dans le dossier patient. Le consentement du patient est recherché, à toutes les étapes de son parcours et tracé dans le dossier. L'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance sont systématiquement recherchées et renseignées dans les dossiers. Le projet de naissance est élaboré par les parturientes le souhaitant et tracé dans le dossier obstétrical dès les premières consultations. L'établissement ne dispose pas de Lits Identifiés Soins palliatifs ni de Service Soins palliatifs mais une prise en charge palliative peut être proposée, dans les cas le nécessitant, avec intervention à la demande de l'équipe mobile territoriale de soins palliatifs. Un passeport ambulatoire, contenant toutes les informations de prise en charge est donné, lors des consultations préalables. L'expression du point de vue des patients et /ou des aidants est recueillie par des enquêtes de satisfaction et E-Satis permettant une analyse de cette expression. Le patient est informé de la possibilité de rédiger les Directives Anticipées et le cas échéant de les transmettre mais un patient rencontré n'avait pas transmis ses directives afin de les inclure dans son dossier. Il est aussi informé de l'existence des Représentants des Usagers (RU) et des associations de bénévoles, de la possibilité de faire et de transmettre une réclamation ou de déclarer un Evènement Indésirable : affichage dans les services, affichage dans les chambres sur le Droit des Patients, dans le Livret d'accueil, dans le site Internet... Un Projet des Usagers 2023-2025 a été validé en CDU, il comprend dans ses orientations et axes retenus, la création d'une Maison des Usagers. Tout au long de son séjour, les droits du patient sont respectés, ses besoins pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. L'intimité et la dignité sont respectés par les professionnels du point de vue du patient, comme exprimé lors des Patients Traceurs. Lors des visites terrain, on note dans tous les secteurs, la présence, dans les chambres doubles, de rideaux d'intimité entre les patients, les portes des chambres sont fermées, les salles de soins sécurisées. Mais les locaux ne garantissent pas dans l'ensemble de l'établissement le respect de la dignité des patients. L'établissement comprend une majorité de chambres doubles dont certaines sans douche. Un Schéma Directeur Immobilier CHITS/CHH a été validé par les instances et doit être présenté à l'ARS. Ce projet prévoit notamment le renforcement du nombre de chambres simples en maternité, en médecine, en pédiatrie... Les travaux concernant le service de Maternité ont débuté. Les mineurs sont pris en charge pour tous les types de pathologies, en service de Pédiatrie. Aucun enfant n'est hospitalisé dans un service Adulte en hospitalisation complète ou ambulatoire. Des consultations d'urgences pédiatriques sont réalisées en journée, sans rendez-vous (COJUP). Dans le service pédiatrique, un livret d'accueil « Bienvenue en Pédiatrie » est remis à l'enfant. Un suivi scolaire est réalisé le matin par une enseignante spécialisée ainsi que par ailleurs des activités ludiques. Un journal « le Petit écolier » est rédigé avec le concours des enfants et diffusé. Dans le service des urgences, les enfants sont pris en charge en dehors des heures d'ouverture du COJUP ou lors de cas le nécessitant, dans un box pédiatrique avec du personnel formé. Il existe une zone d'accueil pédiatrique. Au bloc opératoire, la prise en charge pédiatrique est organisée lors du staff hebdomadaire de régulation, en SSPI une zone spécifique est dédiée. L'environnement du patient est propre. Les professionnels sont identifiables, par leur tenue, avec nom et fonction. Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient, tout au long de son séjour sont mises en place, tant pour les personnes atteintes d'un handicap que pour les personnes âgées. La confidentialité des informations est assurée, les dossiers papiers se trouvent dans des espaces fermés. Les dossiers informatisés sont sécurisés par login et mots de passe. Le secret professionnel est respecté tout au long du séjour. Le recours à la contention est une décision médicale. Elle est prescrite, sous forme informatisée, pour une durée de 24H comprenant le type et les moyens de contention. La surveillance est effectuée et tracée toutes les 4H. Le consentement de la famille et des aidants est recherché. La douleur est prise en compte, évaluée avec des échelles spécifiques, réévaluée régulièrement. Les prescriptions d'antalgiques sont protocolisées dans le logiciel d'aide à la prescription médicamenteuse et dans le cas de prescription si besoin, le niveau d'évaluation de la douleur est précisé. L'association des proches et/ou aidants est facilitée, dans les situations cliniques difficiles. Leur présence auprès du patient est proposée par l'équipe, en dehors des heures de visite : maternité, pédiatrie, Soins Continus, service de médecine, gériatrie... Des lits accompagnants sont disponibles, si nécessaire. Le projet de soins dans les différents secteurs est élaboré avec l'implication des proches, si le

patient le souhaite. Une évaluation des conditions de vie et des besoins d'accompagnement médico sociaux est effectuée dès l'entrée, soit aux urgences, soit en service par les médecins et paramédicaux. Des staffs sociaux comprenant Assistante Sociale et professionnels sont réalisés dans les services, hebdomadairement et tous les jours aux Urgences. Dès l'entrée du patient aux Urgences, une IGU (IDE gériatrique) et une IPA de l'Equipe Mobile de Gériatrie font des évaluations des conditions de vie sociales et des besoins éventuels. En Maternité, des staffs sociaux sont réalisés avec la PMI. Il existe une PASS aux Urgences. Le repérage des situations de vulnérabilité de nature sociale et/ou psychologique est assuré par des psychologues dans les différentes prises en charge. La préparation à la sortie est anticipée. Les conditions de vie des patients orientent les types de prise en charge pour le retour à domicile avec les organisations disponibles : staffs sociaux, Sage-femmes libérales, Prado, HAD, SMR, EHPAD, CPTS, Prestataires externes... Un Bed Manager est en place pour coordonner les parcours de patients et la gestion des flux, ceci en coordination territoriale. En période de tension estivale, une cellule de gestion des lits se réunit hebdomadairement.

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	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Les équipes de soins argumentent la pertinence des actes, des parcours et des prescriptions lors de réunions pluriprofessionnelles régulières, dans les différentes prises en charge. Pour les prises en charge standards, les équipes s'appuient sur les protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Dans les cas les plus complexes, des staffs pluridisciplinaires sont organisés : maternité, SMR, gériatrie, médecine, Urgences, soins critiques... Des RCP sont réalisés lors de décision de limitation thérapeutique. La Maternité fait partie du Réseau Périnatal Corse-Paca. L'orientation des patients, lors de prise en charge SMUR, est réalisée en collaboration avec les équipes d'aval, notamment par des filières spécifiques : neurovasculaires, neurochirurgie, coronariennes... Les demandes d'admission en SMR sont faites dans le logiciel « Trajectoire » et font l'objet d'une validation argumentée médicale et pluriprofessionnelle. La pertinence du maintien en SMR

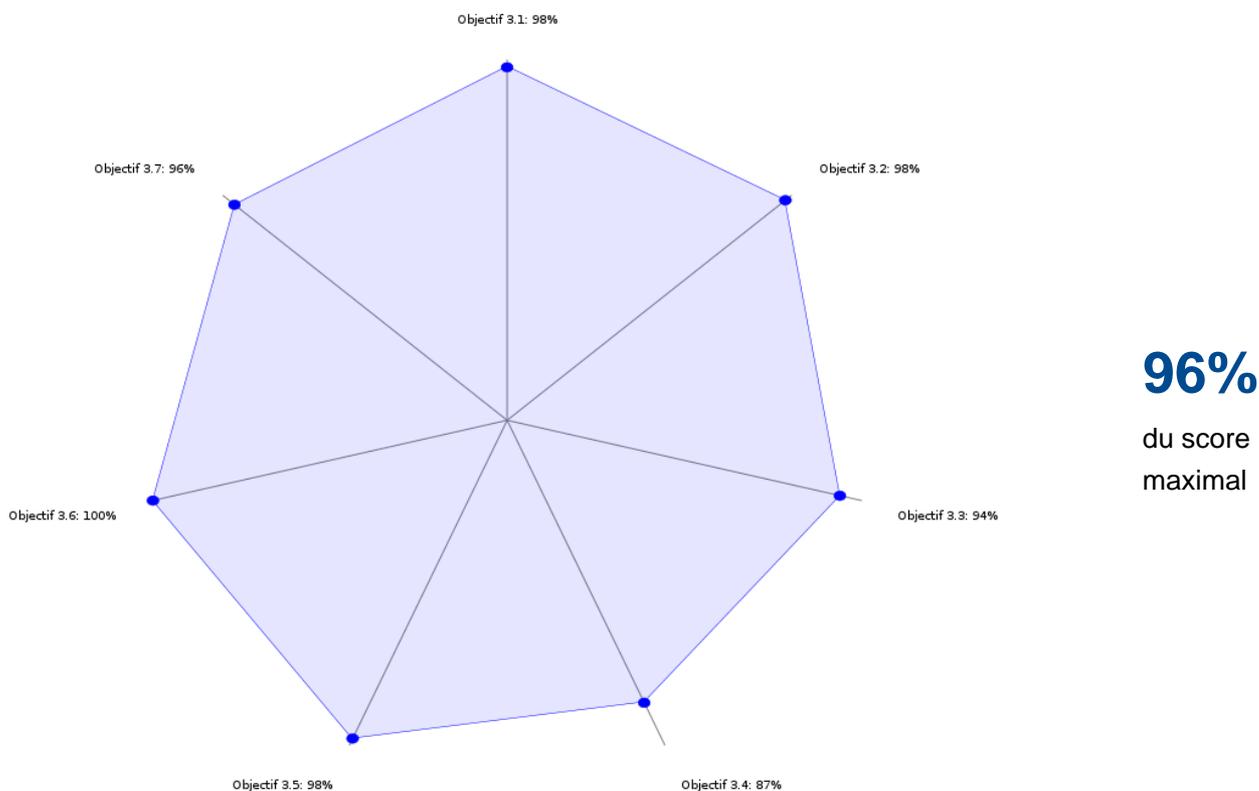
est réévaluée régulièrement, lors des staffs pluriprofessionnels. Des professionnels de deux HAD conventionnées sont disponibles dans l'ensemble des secteurs. Ils participent aux staffs, tous les matins dans le service des urgences, pour le recrutement de patients éligibles, ainsi qu'aux staffs sociaux dans tous les services. Des rapports d'activité sont produits avec type et nombre de patients pris en charge. Les équipes de soins associent les professionnels concernés pour organiser le parcours de soins des patients. Des soins de support sont proposés. Des ateliers de préparation à la naissance avec des visites de la maternité sont proposés aux parturientes. Une filière d'accouchement Alternative, axée sur la physiologie de la maman et du bébé, pour une naissance naturelle est organisée avec salle d'accouchement spécifique et Sage-femmes dédiées à cette prise en charge. La prescription des antibiotiques est encadrée, maîtrisée, évaluée et réévaluée. Toute prescription d'antibiotique est justifiée en cohérence avec les résultats biologiques et l'avis de l'infectiologue. La prescription ne peut excéder 4 jours, au-delà elle doit être argumentée et une alerte signale la fin de prescription. La dispensation est individuelle et journalière. Les protocoles d'antibiothérapie validés par le Comédims sont disponibles dans la gestion documentaire. Des référents antibiotiques et infectiologues sont disponibles pour avis, si nécessaire. Des EPP « Evaluation de l'Antibiothérapie entre le 48h et 72h et « Bon Usage des Antibiotiques » sont en cours. Des formations aux praticiens sur l'antibiothérapie sont faites, notamment aux juniors. L'établissement dispose d'un Dépôt de PSL pour Urgence Vitale. La sécurité transfusionnelle est assurée, le consentement du patient recherché ainsi que l'analyse bénéfice/risque. L'analyse de la pertinence des actes transfusionnels, dans les cas d'Urgence Vitale sont analysés et font l'objet de plans d'action, si nécessaire. Le taux de destruction des PSL est mesuré, la traçabilité de la surveillance, les formations aux bonnes pratiques assurées. Une analyse de pratiques a été réalisée en Octobre 2023. Un deuxième tour est prévu en Janvier 2024 incluant une analyse rétrospective de dossiers et évaluation des actions mises en place. Les professionnels du secteur des Urgences et des Soins non Programmés assurent les orientations des patients, vers les circuits adaptés, dans l'établissement et/ou dans le territoire de santé. Le dossier médical préhospitalier du SMUR comporte les éléments nécessaires de la prise en charge du patient, y compris la composition de l'équipe d'intervention. Le dossier préhospitalier est interfacé avec le dossier informatisé des Urgences. Ils ont accès au dossier du patient ayant déjà séjourné, dans l'établissement. L'analyse des dossiers SMUR est faite aux Urgences lors de staffs mensuels pluriprofessionnels. L'accueil des patients est réalisé par une IDE d'orientation et d'accueil des Urgences (IOA) qui peut faire appel à tout moment à un médecin référent. Les délais d'attente sont affichés dans les zones d'accueil. Une maison médicale de garde est située dans les locaux des Urgences. Mais les examens ne sont pas tous réalisés dans des locaux respectant la dignité et la confidentialité. Lors de la visite, l'ensemble des boxes étant occupés, des patients étaient sur des brancards, dans les couloirs, protégés en partie, par des rideaux mais sans sonnette d'appel ni possibilité de confidentialité, lors des examens. Un projet d'agrandissement est prévu dans le Schéma Directeur Immobilier. La coexistence du Dossier du Patient sous forme papier et informatisé ne permet pas l'accessibilité de tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient, en temps utile. Le service des Urgence, les Soins Critiques, la gestion du bloc opératoire ont des logiciels métiers non interfacés entre eux et non interfacés avec le Dossier Patient Informatisé (DPI). Des comptes rendus réalisés, sous forme PDF sont intégrés au DPI. Le dossier de Gynéco-obstétrique, le dossier d'anesthésie dont le peropératoire et la SSPI, le dossier transfusionnel, les fiches de liaison services -bloc opératoire sont sous forme papier. L'ensemble des documents papiers sont scannés par les secrétariats et intégrés au DPI. Mais il a été constaté que ces documents manuscrits scannés étaient parfois peu lisibles et leur exhaustivité incomplète (document scanné uniquement recto, pas de scanner de document, lors de sortie le Week- end). Les autres secteurs disposent d'un DPI complet et structuré comprenant tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient. Le logiciel de prescription/administration médicamenteuse est disponible dans tous les secteurs. Un Schéma Directeur Informatique CHITS/CHH est en cours d'élaboration. En chirurgie ambulatoire et en médecine ambulatoire, le patient reçoit toutes les informations en amont pour sa prise en charge ainsi que les consignes de suivi. Un passeport Patient Ambulatoire est remis au patient lors des consultations préalables. Un appel de la veille et du lendemain est réalisé. Mais il a été constaté que les patients opérés, le vendredi,

n'avaient pas d'appel, le lendemain mais le lundi suivant. Au cours de la visite, cette organisation a été modifiée et validée, par une procédure diffusée, détaillant que l'appel du lendemain serait réalisé par une IDE de service de chirurgie. La sortie est validée selon le score de CHUNG. Un médecin signe l'autorisation de sortie. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. Celui-ci est coconstruit avec le patient ou la personne de confiance 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, ceci dans l'ensemble des secteurs. La conciliation médicamenteuse d'entrée est réalisée par un pharmacien, pour les patients âgés de plus de 75 ans, polymédicalisés en UHU (Unité d'hospitalisation d'Urgence) et sur demande en Court séjour Gériatrique. Un projet de développement de la conciliation de sortie est prévu par mutualisation de moyens avec le CHITS. Une charte de bloc opératoire validée, commune avec le CHITS détaille l'organisation et les règles de fonctionnement du bloc opératoire. Un Conseil de Bloc Opératoire est commun avec le CHITS. Des staffs de bloc opératoires sont réalisés en amont, concernant la programmation des patients et l'organisation matérielle. Des postes médicaux sont partagés CHITS /CHH en anesthésie et chirurgie. Un logiciel de gestion de bloc opératoire permet l'organisation et l'intégration des Urgences. Les différentes Check-list « sécurité au bloc opératoire » « en endoscopie digestive » « césarienne » sont disponibles et réalisées sous forme papier. L'utilisation des Check-Lists informatisées a été stoppée, à la suite de Déclaration d'évènements indésirables par les professionnels : difficulté pour validation en temps réel , horodatage de l'arrivée des différents intervenants, non conformes . Une solution dégradée avec l'utilisation de la checklist, sous forme papier, a été décidée en attendant l'intervention des services informatiques. Ses modalités de réalisation sont définies et deux audits de pratiques réalisés en juillet et septembre 23 avec plans d'action et d'amélioration montrent une conformité supérieure à 90% dans les 3 Phases. Les GO/NOGO sont analysés. Dans l'ensemble des secteurs, une lettre de liaison est remise au patient, le jour de la sortie et contenant l'ensemble des informations permettant la continuité des soins. Mais il a été constaté que des lettres de sortie n'étaient pas signées le jour même mais à posteriori, les médecins en poste partagé du CHITS ne pouvant pas accéder au DPI pour signer, après leur départ du CHH. Une lettre avec la mention non signée est remise au patient dans ce cas. Les bonnes pratiques d'identification du patient, à toutes les étapes de son parcours, sont respectées. Des bracelets d'identification sont posés, dès l'arrivée du patient et la pose, tracée dans le dossier. Un changement de bracelet est effectué lors de chaque changement de service. Une EPP « Identito vigilance » a évalué la pose de bracelet, un jour donné, avec une évaluation à 96%. Les vigilances sanitaires sont organisées. Des référents sont identifiés. Il existe une permanence du dispositif 24/24 (circuit descendant et ascendant). Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments dans l'ensemble des secteurs. L'ensemble du circuit médicamenteux est informatisé (sauf pour le peropératoire en anesthésie et en SSPI) et les droits de prescription attribués selon les métiers. La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration. L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier. L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels. Les conditions de transport de ceux-ci sont adaptées (boîtes fermées, conteneurs sécurisés, conservation du froid...), leur stockage est sécurisé, notamment pour les produits à risque, les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées. Il a pu être constaté l'absence de produits périmés. L'établissement est doté d'un robot de dispensation pour les formes sèches. La délivrance est nominative journalière sauf en pédiatrie et maternité. L'auto administration de médicaments est pratiquée en Maternité et encadrée par une procédure. La PUI réalise des rétrocessions médicamenteuses, des sur étiquetages de médicaments sous forme unitaire et la sérialisation. Pour les besoins urgents, une dotation définie en partenariat avec le pharmacien et les équipes est mis à disposition dans les unités. IL existe une permanence pharmaceutique. Les médicaments à haut risque (MHR) sont identifiés jusqu'à l'administration. Les professionnels connaissent les règles concernant les médicaments à risques. Pour sécuriser l'administration, ils appliquent la règle des 5 B et connaissent les « Never Events ». Une liste de médicaments à risques par service est définie avec le corps médical. La PUI dispose de la liste globale des médicaments à risques. Des formations sont réalisées par des ateliers, des

formations flash, des formations spécifiques sur les MHR. Les nouveaux arrivants et les internes sont formés et ont un livret de compétence. Un double contrôle des médicaments est réalisé à la PUI pour la préparation des piluliers et en service, par les IDE pour les stupéfiants et les MHR. L'analyse pharmaceutique est réalisée à 100% et intègre le Dossier Pharmaceutique. Le circuit des stupéfiants est conforme. Il n'y a plus d'administration de chimiothérapie mais uniquement des Anticorps monoclonaux, en Hôpital de jour, pour des pathologies chroniques. Ils sont fabriqués sous hotte de flux laminaire qualifiée. Le double contrôle est réalisé, les prescriptions et administrations protocolisées dans le DPI. La sécurité transfusionnelle est assurée. Les équipiers maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Des flyers d'informations sur les précautions standards sont affichés dans les services et dans les chambres. Des livrets d'information sur les précautions complémentaires sont remis aux patients et à leur entourage. Les solutions hydroalcooliques sont disponibles. L'indicateur ICSHA par service est affiché et des plans d'action réalisés pour l'amélioration du score (exemple : changement de distributeur de SHA). L'Equipe de Prévention du Risque Infectieux (EOH) est connue et comprend un médecin hygiéniste et une IDE hygiéniste. Des correspondants en Hygiène ont été formés : IDE, AS, ASH, ils ont signé une charte. Leurs missions sont connues des équipes de soins. Les professionnels sont formés aux précautions standards et complémentaires. Des audits sont réalisés. Des classeurs dans les services contiennent tous les éléments pour les précautions complémentaires. Les précautions complémentaires sont prescrites médicalement, dans le DPI, le personnel dispose du matériel nécessaire. Une alerte est visible dans le DPI, lors de BHR/BMR. Des protocoles sont disponibles dans la GED : exemple préparation du champ opératoire. Les ISO sont suivis et font l'objet de CREX, si nécessaire. Un infectiologue est disponible pour avis. Le médecin hygiéniste participe au COPRIN (coordination des préventions des risques des infections) départemental et au CEPIAS. Les protocoles d'antibioprophylaxie par type de prise en charge chirurgicale ont été formalisés, par les professionnels concernés : Anesthésiste, Hygiéniste, Pharmacien et validés par le Comédims (sous-commission Antibiotique). La prescription est effectuée en consultation d'anesthésie. Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés. Un audit réalisé montre la conformité des prescriptions et du moment et durée de l'injection. Un mémoire dans le cadre d'une formation universitaire « Apport du pharmacien dans la prévention des infections du site opératoire » étudie la diminution des infections du site opératoire (ISO) en relation avec la conformité de l'antibioprophylaxie. Les équipes maîtrisent le risque infectieux, lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables. L'établissement dispose d'un parc d'endoscopes dont l'utilisation, la décontamination et la maintenance sont assurés par des professionnels formés, en programmation ou en Urgence. Les locaux sont conformes avec une marche en avant. L'organisation, les pratiques et la gestion du risque infectieux en endoscopie sont évalués par l'EOH. Mais la référence du dispositif médical invasif utilisé n'est pas systématiquement retrouvé dans le compte rendu d'examen, cette référence étant retrouvée, par ailleurs, dans d'autres documents, intégrés au Dossier Patient. Une informatisation de cette traçabilité est en étude. La Check List « Sécurité en Endoscopie Digestive » est réalisée sous forme papier et renseignée avec exhaustivité. L'ensemble des éléments attendus pour la traçabilité du DMI implanté sont retrouvés dans le dossier patient ainsi que dans la lettre de sortie. L'établissement assure la promotion de la vaccination, par affichages et notes d'information. Les recommandations et obligations vaccinales, pour les professionnels de santé, notamment pour la vaccination contre la covid, sont organisées et assurées par le Service de Santé au Travail. Les responsables des services connaissent le taux de couverture vaccinale contre la Grippe des professionnels de leur Unité. Les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) sont maîtrisés. Un protocole de prise en charge est affiché sur le chariot d'urgence, scellé, vérifié, et contenant le matériel nécessaire à la prise en charge, dans le secteur de Maternité. Une permanence des soins est effective. Les équipes maîtrisent les risques, liés à l'utilisation de rayonnements ionisants. Le zonage, les moyens de radioprotection et la formation des professionnels sont mis en œuvre. Le patient est informé des doses reçues, retrouvées dans son dossier. Deux secteurs de brancardages : Urgences - UHCD et Radiologie-bloc- service -consultations réalisent le transport interne des patients. Ils répondent aux besoins des services et assurent en temps utile, le transport des patients, en toute sécurité. Il est réalisé en respectant l'intimité, la confidentialité et le confort du patient.

Les règles d'identitovigilance sont appliquées. Ils disposent de matériel adapté. L'établissement a un programme d'évaluations : enquêtes, audits, EPP, RMM, REX, évaluations des pratiques, etc. et dispose de nombreux indicateurs : suivi des plaintes et réclamations, signalement des EI, EIG, IQSS, indicateurs du bloc opératoire, indicateurs en obstétrique, résultats de la satisfaction des patients, etc. Les résultats sont portés à la connaissance des professionnels qui sont force de proposition. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration, lors de réclamation ou de plainte. Les RU participent de manière non exhaustive dans les différents sites, au recueil de l'expérience patient. Les EIAS dont les presque accidents sont déclarés analysés et font l'objet de RMM ou CREX, selon la méthode « ALARM ». L'équipe de soins critiques tient un registre de refus des admissions. Les ré hospitalisations à 48/72H sont suivies. Des indicateurs de la « Check List Sécurité au bloc opératoire » sont suivis et analysés dont le GO/NOGO. La prescription des examens de biologie et d'Imagerie est réalisée dans le Dossier Patient Informatisé Les résultats de biologie sont visibles dans le DPI et les résultats d'Imagerie dans le PACS. Les examens de biologie sont réalisés par le laboratoire du CHITS. Une organisation est en place pour assurer le transport des examens programmés ou urgents. Des appareils de biologie délocalisée, situés dans le service des Urgences assurent des bilans urgents : test PCR, Gazométrie , BHCG, Troponine. Leur maintenance est assurée par des Techniciens du CHITS. Le personnel est formé à leur utilisation. La qualité des examens de biologie fait l'objet d'action d'amélioration, entre les services de soins et le laboratoire. Les examens d'Imagerie sont réalisés conformément aux bonnes pratiques et dans des délais compatibles, avec les attendus de la prise en charge. Les équipes de soins critiques sont en lien avec le Centre de Coordination des greffes du CHITS. L'éligibilité aux dons d'organes est procédurée. Des informations sur les dons d'organe sont disponibles.

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	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	87%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

Le projet commun d'établissement CHITS- CHH a mobilisé 400 professionnels de la Direction Commune et a été approuvé par les instances des établissements partenaires. Le projet médico-soignant est dans sa deuxième itération, le volet soignant a été finalisé et validé par les instances, le volet médical sera engagé après que le nouveau Projet Régional de Santé soit arrêté par l'ARS. Le Projet Territorial de Santé Mentale 2021-2025 a été

élaboré avec le CHS de Pierrefeu. La psychiatrie de liaison est assurée au CHH par la présence d'un médecin psychiatre le matin et d'une IDE H24. Le territoire comprend 3 CPTS. Une Fédération des Urgences du Var est mise en œuvre dans le GHT visant à une solidarité territoriale entre établissements. Une délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation d'une trentaine de personnes existe au sein du CHITS et aide le CHH en matière de recherche clinique. Le ROR est actualisé de façon automatique, par extraction logicielle. Des partenariats de secours sont identifiés pour la neurochirurgie, cardiologie neurovasculaire, Réanimation : Hôpital Interarmées de Toulon et CHITS, notamment en Télémédecine. Une filière cardiologie est organisée avec l'intégration des Patients à une base de données et la possibilité d'adhésion, à une télé surveillance. Des consultations avancées sont déployées par le CHITS avec pour la chirurgie, une activité sur le site du CHH. L'établissement a des partenariats avec les SMR environnants. Deux HAD autorisées sur le bassin de santé interviennent pour le recrutement de patients éligibles : Urgences-USC- Services en lien avec les staffs sociaux. Le CHH dispose d'un Bed Manager dans le cadre d'une gestion des lits, déployée au sein du GHT. Un centre de dialyse « Centre Jean Hamburger » de l'AVODD (Association Varoise pour l'Organisation de la Dialyse à Domicile) conventionné est situé dans l'enceinte de l'établissement. La PUI (Pharmacie et stérilisation) est certifiée ISO 9001 par l'AFNOR. Il existe un dispositif spécifique d'accueil des personnes âgées pour éviter leur passage aux urgences. Un numéro direct « SOS Gériatrie » permet aux professionnels de ville d'avoir des avis gériatriques et d'organiser des hospitalisations directes. Une équipe « entrée directe » composée d'une IDE et d'une AS assure la prise en charge lors de l'arrivée. Dans le service des urgences sont positionnées une IDE gériatrique (IGU) une IPA de l'équipe mobile de gériatrie, une IDE d'HAD permettant les évaluations et l'orientation des patients. Les lits d'hospitalisation ont un renforcement des capacités d'accueil, lors de tension saisonnière : renforcement des lignes d'Urgence -Smur et renfort en professionnels en Maternité lors de la période estivale, renfort PNM pour la bronchiolite, Antenne Smur au Lavandou l'été, création de lits de médecine post urgences. Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs. Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux échanges d'informations. L'alimentation du Dossier Médical Partagé et du Dossier Pharmaceutique est promue et suivie mais la version actuelle du DPI ne permet pas d'alimenter « Mon Espace Santé ». Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et de compte rendu d'hospitalisation sont suivis et analysés. Des actions d'amélioration sont apportées : évolution de la trame du courrier de sortie, sensibilisation des professionnels, affichage en salle de soins , rappel des bonnes pratiques... L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec des questionnaires de satisfaction et E-Satis. Des questionnaires de satisfaction spécifiques, selon les prises en charge (urgences, pédiatrie, endoscopie, Imagerie, chirurgie ambulatoire...) sont recueillis et analysés. Les Usagers ont participé à l'élaboration de ces questionnaires. Un programme ETP est labellisé pour le diabète, deux patients diabétiques sont en cours de formation « Patient Expert » mais il n'y a pas de Patient Expert dans l'établissement, au moment de la visite. Des actions d'éducation à la santé sont réalisés : troubles alimentaires chez l'enfant, école de l'asthme, séances de sport, nesting en Maternité... Des parcours AMPPATI ont été réalisés par le Comité Expérience Patient avec participation des RU et des plans d'action déterminés. Les RU participent aux analyses CREX. Mais les patients n'interviennent pas dans les domaines comme : l'éducation thérapeutique, le soutien au patient, le parcours patient, la formation des professionnels... Les bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients sont assurées par des formations continues. Les plaintes et réclamations des patients sont recueillies et font l'objet de communication et d'actions d'amélioration dans les différentes instances, aux professionnels et à la CDU. Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle. La bientraitance est une culture promue par tous les acteurs de l'établissement. Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance. Un onglet dans le DPI permet le signalement des cas de maltraitance. Des référents Maltraitance formés sont présents dans tous les services. Une charte de la bientraitance est affichée ainsi que des violentomètres : patient, femme, enfant. Les professionnels connaissent les conduites à tenir pour signaler et prendre en charge les situations de maltraitance y compris celles à risque notamment pour les personnes fragiles ou potentiellement exposées : violences faites aux

femmes, enfant en danger. Ils connaissent les circuits d'alerte pour les différents types de maltraitance : Cadre, Médecin, Service juridique, Assistante sociale. Des formations sont prévues: Bienveillance, violence et agressivité... Un forum bienveillance est organisé par les référents. La gouvernance recense les cas de maltraitance dans le PMSI mais ne met pas en œuvre d'action découlant de l'analyse du PMSI, au niveau institutionnel. L'accès du patient à son dossier est organisé et les délais réglementaires respectés. Les accès extérieurs, les circulations destinées aux patients, les locaux d'hospitalisations, sont adaptés à différentes formes de handicap. Les ascenseurs ont des signalétiques en braille, un signal sonore, des chambres dans les différents services sont adaptés aux personnes PMR. Deux cadres référents, Handicaps sont nommés. Une organisation pour accompagner les personnes vulnérables est mise en place à partir de l'accueil. Les équipes disposent de ressources dédiées : assistante sociale, interprètes, PMI, chartes en langue étrangère et en braille. Des associations sont disponibles : Handident et dispositif Handiconsult 83. Les RU sont impliqués au sein de l'établissement. Ils participent à de nombreuses commissions Ils ont participé aux Parcours Amppati organisés par le Comité Expérience Patient. Ainsi qu'au projet H'Ment fiers Vécu : Valorisons l'Expérience, Construisons avec les Usagers. Des actions de sensibilisation et d'information des Patients associent les RU : Octobre rose, Mars bleu, Semaine de la sécurité des Patients. Les RU donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des Patients, dont la signalétique (extérieure et intérieure) et les équipements mobiliers. Les RU ont connaissance des plaintes et réclamations, des EIG, des réponses aux questionnaires de satisfaction, ainsi que des indicateurs qualité. Un Projet des Usagers est formalisé. Des patients ont été inclus dans des essais de recherche clinique en lien avec la Recherche Clinique du CHITS. La CME, l'encadrement, les professionnels, les RU sont associés à l'élaboration et au suivi de la Politique Qualité et Sécurité des soins. Elle est commune avec le CHITS et est en lien avec la Politique Qualité du GHT 83. Elle a été adoptée par les instances et intégrée au Projet d'établissement. Le plan d'action Qualité est alimenté par différentes sources dont les Indicateurs Qualité sécurité des Soins, les plaintes et réclamations, les cartographies de risques (Urgences-Bloc-Samu), les certifications ISO, le comité d'expérience Patient... Il fait l'objet de revues avec les services et est suivi annuellement par le Comité de la Qualité et de la Gestion des Risques. Les orientations prioritaires sont définies dans le PAQSS très complet, structuré et opérationnel. Un pôle inter établissement Qualité et Gestion des Risques comprend un volet Prévention et Formation depuis Mars 23. Il fait partie du Copil Qualité du GHT 83. Les professionnels sont informés des projets qualité de leur service et sont force de proposition pour des actions d'amélioration. Mais, la culture qualité et sécurité des soins des professionnels n'a pas été évaluée, par un questionnaire spécifique. L'établissement assure l'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et la sécurité des patients: cellule de recrutement médical et paramédical au sein de la GHT, recours aux heures supplémentaires, pool de remplacement IDE-AS- ASH et de façon marginale par de l'intérim. Les responsables ont bénéficié de formation en management. Des actions de soutien ou de coaching peuvent être proposés aux managers. Des temps de partage d'expérience sont réguliers. Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique du travail en équipe sont mis en œuvre dont des staffs pluridisciplinaires et des staffs sociaux. Le Projet de Soins a été élaboré sur la base de démarche SWOT en associant les professionnels des services. Des démarches d'accréditation en équipe sont conduites en orthopédie et en urologie. Mais il n'existe pas de démarche de type PACTE. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées : entretiens individuels, plan de formation, accompagnement des nouveaux arrivants... Le Comité d'Ethique du CHH fait partie depuis 2023 du Comité Ethique du CHITS. Il permet un espace de prise en compte des questionnements éthiques. Des sensibilisations et formations à l'éthique sont proposées. Une adresse mail dédiée permet une saisine. Une politique QVT a été élaborée et fait partie intégrante du Projet social. Elle s'est appuyée sur un baromètre social et un questionnaire spécifique QVT. Les instances représentatives des professionnels (CSE) sont associées à cette démarche. Des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles sont en place : recours à la médiation interne et externe, soutien du Service de Santé au Travail. Une cellule RPS constituée, intègre les représentants du personnel et s'appuie sur une charte. Un psychologue du travail et un ergonomiste sont disponibles, un préventeur des risques vient d'être recruté. Une

commission de maintien dans l'emploi se réunit mensuellement. Un groupe cohésion met en place des actions de développement collectif : actions festives, journée des hospitaliers autour du sport... La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maîtrisée. Les catégories de risques sont identifiées et l'établissement connaît son positionnement dans le plan ORSAN. L'établissement dispose d'un Plan Blanc dont les fiches réflexes ont été actualisées en 2023. Des exercices sont réalisés une fois par an et font l'objet d'un RETEX systématique. Un RETEX Covid a été conduit dans le cadre de la GHT. Une chaîne de décontamination a été installée dans les locaux des Urgences. Des exercices SSE et NRBC sont réalisés avec mise en situation. Un médecin est nommé référent SSE. Les équipes connaissent les mesures de prévention des risques numériques : Login et mot de passe personnels régulièrement changés. Un responsable de sécurité des systèmes d'information (RSSI) est sur site en lien avec le RSSI du GHT. Une sauvegarde des dossiers patients est réalisée toutes les 15 mn sur un PC par service ainsi que dans la salle serveur. Il existe une salle de sauvegarde. L'établissement est équipé d'un logiciel EDR (Endpoint Détection et réponse) qui détecte les activités anormales sur un serveur et une alerte informe la cellule informatique H24 dans le cadre du GHT. Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés, le personnel connaît les règles de sécurité en cas de situation critique. Le site du CHH dispose de 2 agents formés SSIAD et APS (agent de prévention et de sécurité) H24 et sur le site de Riondet, la nuit. Le plan de sécurisation de l'établissement adapté aux différents sites et ressources est mis à jour annuellement. Les sites sont dotés de caméras de vidéosurveillance. Un Comité de Développement Durable inter établissement a déterminé une politique avec des axes de travail. Un Volet Ecoresponsable a été intégré au projet d'Etablissement avec des axes concernant les achats durables, les soins écoresponsables, les filières des déchets, les mobilités durables, lutte contre le gaspillage alimentaire, bon usage des médicaments... Des actions sont mises en œuvre : renouvellement de la flotte automobile, création d'abris vélos... Les consommations d'énergie et d'eau font l'objet d'un suivi mensuel et des actions sont mises en place : relamping, cellule de détection de présence, changement de chasses d'eau... L'établissement a désigné un référent « Développement Durable ». Un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable a été réalisé. Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux. Des conseillers en Transition Énergétique et Ecologie en Santé (CTEES) ont été recrutés dans le cadre de la GHT. Il existe des 26 filières de tri des déchets et les différents circuits sont conformes aux règles d'hygiène. La méthode de bio nettoyage, avec l'utilisation des microfibrilles pour un entretien des sols à l'eau, et de la vapeur, a également permis de réduire l'impact environnemental lié à l'utilisation des biocides. La Maternité est engagée pour la labellisation THQSE (Très Haute Qualité Sanitaire, Sociale, Environnementale) en lien avec la Maternité du CHITS. 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 chariots d'urgence adulte et pédiatrique selon les secteurs sont homogénéisés, disponibles, accessibles et vérifiés dans les services. Il existe un numéro d'appel unique direct, dédié et facilement identifiable, visible dans tous les locaux de l'établissement et connu par tous les professionnels. Une équipe comprenant un médecin urgentiste et d'une IDE intervient H24 sur le site du CHH et sur le site de Riondet la régulation de la prise en charge Vitale est faite via le 15. Un comité « Urgence Intra Hospitalière » assure la coordination, les formations et les bilans des prises en charge. La formation AFGSU est réalisée sur site, par des médecins formateurs. Mais, la formation des professionnels à l'AFGSU n'est pas à jour pour l'ensemble des professionnels, du fait de l'arrêt des formations, pendant la crise sanitaire. Elles sont programmées, dans le plan de formation. Une pièce de mise en situation avec mannequin dans les Urgences permet des exercices de simulation. Des scénarios élaborés par les formateurs (fausse route, ACR, retour de bloc opératoire...) permettent des simulations et évaluation de la prise en charge. En Maternité, des exercices de mise en situation ont été réalisés au Centre CESU du CHITS : Réanimation néonatale, urgence per partum, embolie amniotique. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques et de procédures sont accessibles dans la base de gestion documentaire informatisée. La gouvernance et la CME mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Mais, il n'existe pas d'analyse et d'évaluation de la pertinence des admissions et des séjours, au niveau institutionnel. Le programme d'amélioration de la qualité (PAQSS) intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité, les

contributions de la CDU et prend en compte l'Expérience Patient. Les indicateurs Qualité et Sécurité des Soins sont recueillis en associant Médecin-Cadre-IDE. Ils sont suivis et partagés dans les différentes instances dont la CDU. Ils sont déclinés par service, des plans d'action sont déterminés et alimentent le PAQSS. Les professionnels connaissent les actions, issues de l'analyse des retours d'expérience patient. Une synthèse des travaux d'analyse des événements indésirables EIAS et des EIG et des résultats des plans d'action, mis en place, à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée aux professionnels concernés. Les EIG sont systématiquement analysés en CREX ou RMM selon la méthode ALARM et déclarés sur le portail de l'ARS. La CDU est informée des EIAS et des EIG. Une organisation de type BED MANAGER assure la gestion opérationnelle des lits et participe à la gestion des flux. L'établissement promeut l'accréditation des médecins. Huit médecins sont accrédités. 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 patients aux urgences, notamment par l'installation de sonnettes d'appel, y compris pour les patients en attente sur des brancards ; Respecter la confidentialité, l'intimité et la dignité des patients dans l'ensemble de l'établissement, y compris aux urgences ; Homogénéiser les supports de dossier patient ; Proposer aux équipes des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences. Assurer les formations AFGSU des professionnels.

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	830100533	CENTRE HOSPITALIER DE HYERES	Avenue marechal juin Bp 50082 83407 Hyeres Cedex FRANCE
Établissement principal	830000295	CENTRE HOSPITALIER DE HYERES	Avenue du marechal juin Bp 50082 83407 Hyeres Cedex
Établissement géographique	830020889	CENTRE HOSPITALIER DE HYERES - ANTENNE SMUR DU LAVANDOU	Site caserne Rue des bugadieres 83980 LE LAVANDOU FRANCE
Établissement géographique	830213856	CENTRE HOSPITALIER DE HYERES - SITE RIONDET	33 Avenue Riondet 83400 Hyeres 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	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de 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	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Oui
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	Oui
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	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	40,284
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	210
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	21
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	20
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	10
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	276
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	18
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	10
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	4
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	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
4	Audit système	Maitrise des risques		
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
6	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences + SMUR
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Représentants des usagers		
9	Audit système	Leadership		
10	Audit système	QVT & Travail en équipe		
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Entretien Professionnel		

13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Peropératoire
14	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Transfusion
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé	

19			<p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Anticorps monoclonaux : Prescription à administration
21	Audit système	Dynamique d'amélioration		
22	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG selon liste établissement
23	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Audit système	Entretien Professionnel		
26	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
28	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Désinfection des endoscopes
29	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système	Engagement patient		
32	Audit système	Entretien Professionnel		
33	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Urgences > Service

34	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
35	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
36	Audit système	Entretien Professionnel		
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
38	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
39	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
40	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
41	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
42	Patient traceur		<p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
43	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

44	traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Urgences Tout l'établissement	
45	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration

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

