



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
REGION DE SAINT
OMER**

Route de blendecques
Site helfaut - bp 60357
62505 Saint-Omer



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	13
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	25
Annexe 3. Programme de visite	29

Préambule

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

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

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

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même 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 REGION DE SAINT OMER	
Adresse	Route de blendecques Site helfaut - bp 60357 62505 Saint-Omer Cedex FRANCE
Département / Région	Pas-de-Calais / Hauts-de-France
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	620101360	CH REGION DE ST-OMER - SITE D'HELFAUT	Route de blendecques Bp 30357 62505 Saint Omer Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

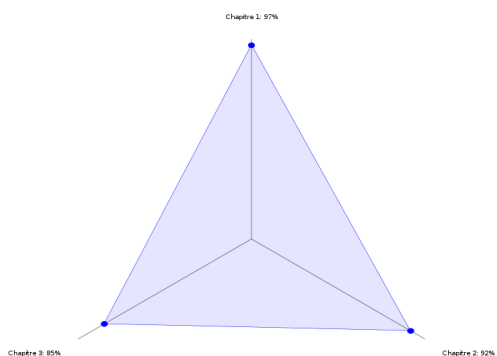
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

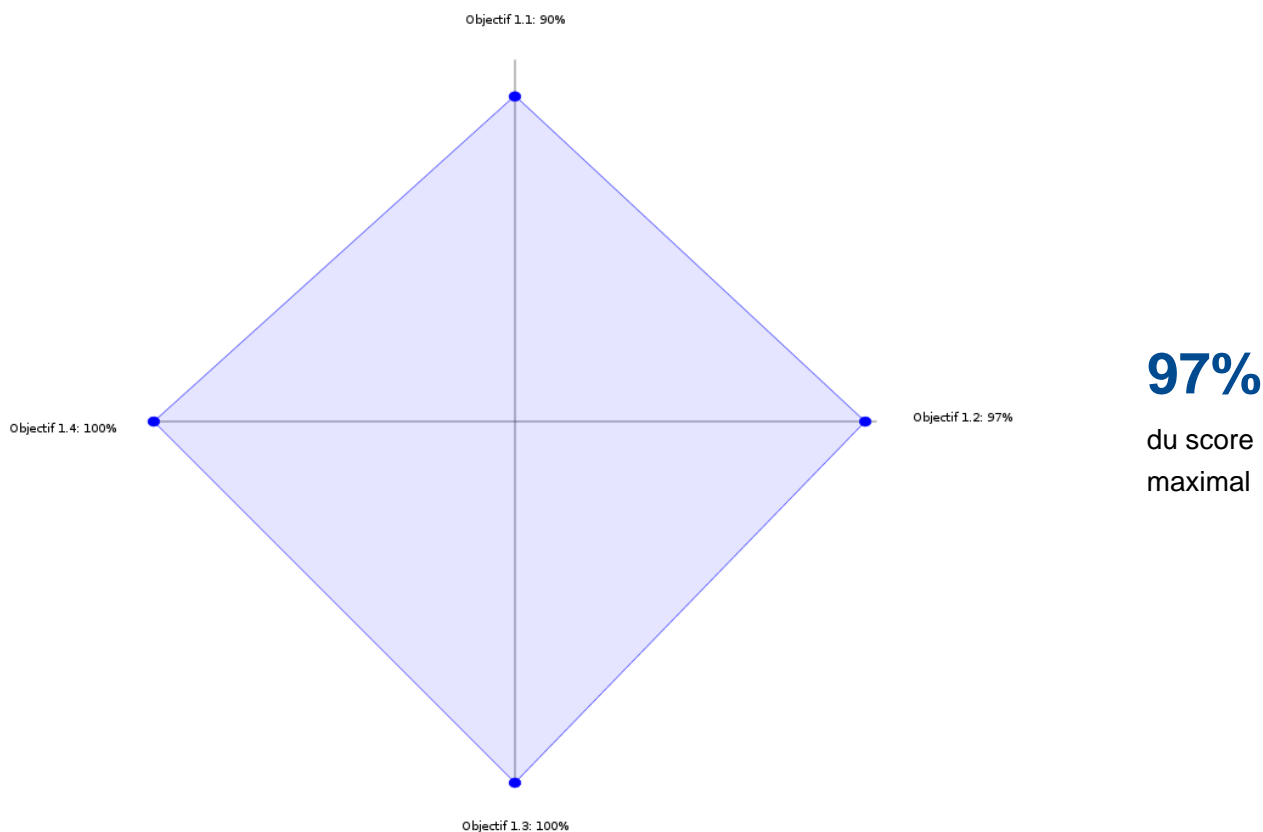
Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

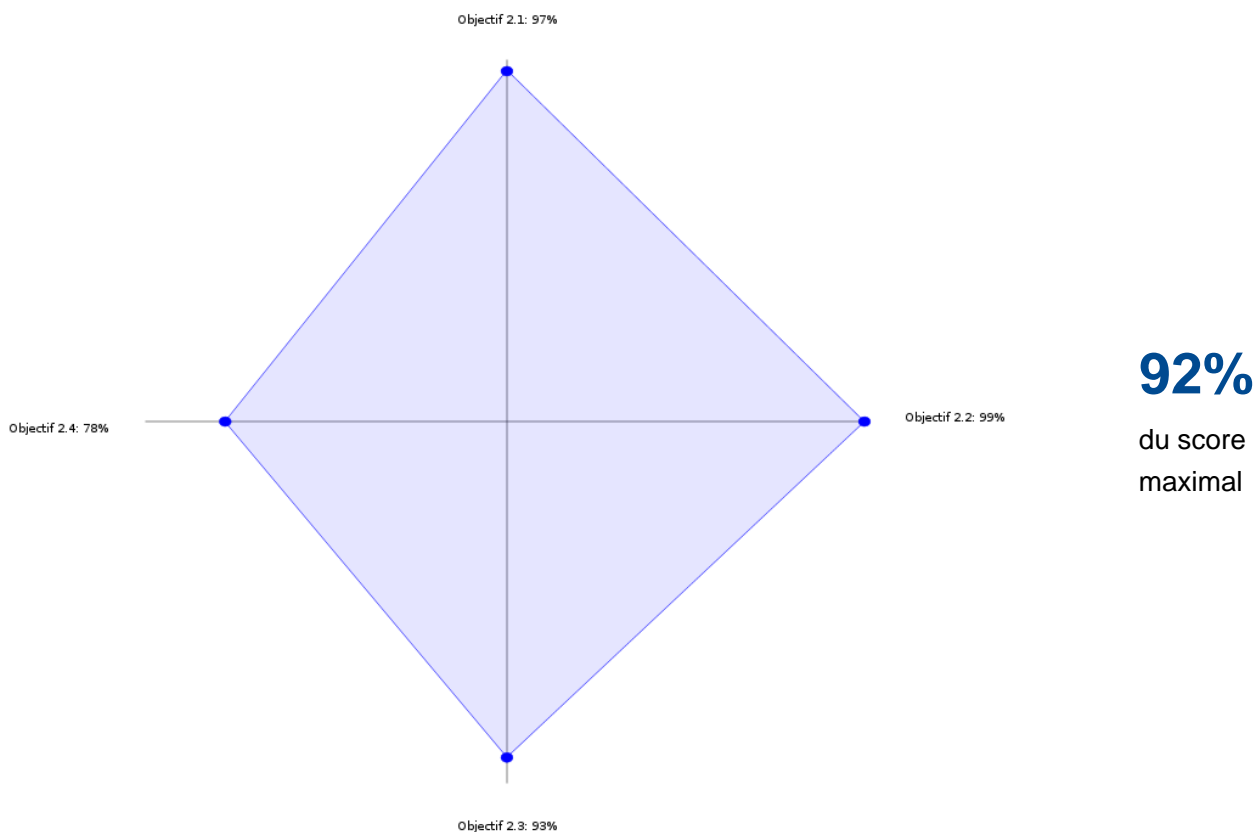


Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1,2	Le patient est respecté.	97%
1,3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients témoignent de l'information qu'ils reçoivent sur leur état de santé, les choix thérapeutiques et différentes modalités de prise en charge. Des affichages et flyers sont à disposition des patients pour leur apporter informations et conseils, soit sur leur maladie, soit sur de la prévention en soins primaires. Par exemple, ce qu'il faut faire et ne pas faire en cas d'immobilisation avec un plâtre ou une résine, comment bien vivre avec une prothèse de hanche ou encore l'arrêt du tabac. Pour les enfants, des supports sont adaptés pour leur permettre également de s'impliquer dans leur prise en charge. Ainsi pour l'opération des amygdales ou des végétations, un livret sous forme de bande dessinée a été conçu. Il est remis et expliqué à l'enfant et reprend la phase pré, per et post opératoire. Il comprend une explication à l'intention des parents. Toutes ces initiatives permettent au patient, autant que possible, d'être acteur de sa prise en charge. Les préférences du

patient sont intégrées à son projet de soins. Les futurs parents témoignent de la proposition qu'ils ont reçu d'un projet de naissance. Un tout nouveau livret d'accueil de la maternité rappelle cette possibilité avec un exemplaire de projet de naissance vierge destiné aux futurs parents. Pour les patients concernés, ils se disent largement informés en cas de dispositif médical implanté ou en cas de transfusion d'un produit sanguin labile. Pour les patients bénéficiant de chirurgie ambulatoire, un passeport leur est remis retraçant toutes les étapes de la prise en charge, l'information, le consentement et un questionnaire sur l'anesthésie et les consignes pré-opératoires. Le livret d'accueil est à disposition du patient. Il renferme toutes les informations utiles concernant l'arrivée, le séjour, la sortie et les droits et devoirs. Un document spécifique aux représentants des usagers est inséré. Leur photo permet de les identifier. Leurs missions et moyens pour les contacter sont détaillés. Néanmoins, une grande partie des patients rencontrés ne savent pas qui ils sont ni comment les joindre. Outre le dispositif e-satis, la satisfaction du patient est recueillie par questionnaire. Cependant, une grande partie des patients rencontrés disent ne pas s'exprimer sur leur expérience quant à leur maladie, ne savent pas comment soumettre une réclamation durant et après son séjour et ne savent pas non plus comment déclarer un événement indésirable associé aux soins. Une information relative à la personne de confiance et aux directives anticipées est incluse dans le livret d'accueil. Lorsque ces éléments sont recueillis, ils sont présents dans le dossier du patient. Le patient peut faire valoir sa volonté à accéder aux soins palliatifs lorsque la situation se présente. Les patients se disent majoritairement informés en prévision de son retour au domicile. Il reçoit notamment une information sur les éventuelles modifications de son traitement habituel et sur des consignes particulières à suivre. Par exemple pour la prothèse du genou, un document lui explique comment s'asseoir, se relever, monter et descendre les escaliers ... Du point de vue du patient, la dignité et l'intimité sont respectées. Le mineur est majoritairement accueilli dans des conditions garantissant sa sécurité. Cependant en unité de chirurgie ambulatoire qui s'occupe très régulièrement d'enfants, le personnel n'est pas formé à la prise en charge de cette population. Pour tous les patients vivant avec un handicap, le maintien de l'autonomie fait l'objet d'une attention particulière. Cela est également le cas pour les personnes âgées. Les pratiques professionnelles respectent la confidentialité des informations médicales. Les patients en témoignent. Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale conforme aux attendus : information, argumentation, réévaluation. Les besoins élémentaires sont assurés. La prise en charge de la douleur est maîtrisée dans l'établissement. L'évaluation est en partie adaptée aux différents publics accueillis. Ainsi, l'échelle ALGOPLUS est utilisée pour les personnes non communicantes. Par contre, le pôle chirurgie qui accueille régulièrement des enfants doit développer l'utilisation d'échelles adaptées à la pédiatrie. Les prescriptions "si besoin" ne sont pas obligatoirement corrélées à un score. L'organisation facilite largement la présence des familles. Cela a été particulièrement observé à la maternité et en néonatalogie. De même, elles peuvent participer au projet de soins comme cela a été constaté dans l'ensemble des services de soins. La précarité est prise en compte par les équipes. Ainsi, des soins sont proposés au patient au-delà de ceux liés à son motif d'hospitalisation. Des assistantes sociales informent les patients sur leurs droits et les accompagnent particulièrement lorsque les sujets sont complexes. Les conditions de vie et de lien social sont préservées. Les habitudes de vie sont recueillies auprès du patient et de son entourage, dès l'admission, tout au long du séjour et en amont de la sortie pour la préparer.

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	97%
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	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	78%

Les équipes s'appuient sur des documents de bonnes pratiques médicales et non médicales, accessibles dans le logiciel métier de qualité et de sécurité des soins. Pour les prises en charge complexes, elles s'appuient sur des réunions de concertation pluridisciplinaires permettant ainsi, autour des différentes compétences nécessaires, de proposer la meilleure solution thérapeutique pour le patient. Le SAMU 62 dispose d'une antenne SMUR sur le CHRSO. Déclenché par le SAMU 62, le SMUR intervient sur département du Nord et du Pas-de-Calais. L'orientation du patient est discutée entre le SAMU et le SMUR. En soins de médecine et de réadaptation, les admissions font l'objet d'une concertation pluri professionnelle et le maintien en hospitalisation est réévalué dans le cadre des staffs. La possibilité d'une hospitalisation à domicile est envisagée très rapidement dès le début d'une hospitalisation. Les prescriptions d'antibiotiques répondent à une justification. Le

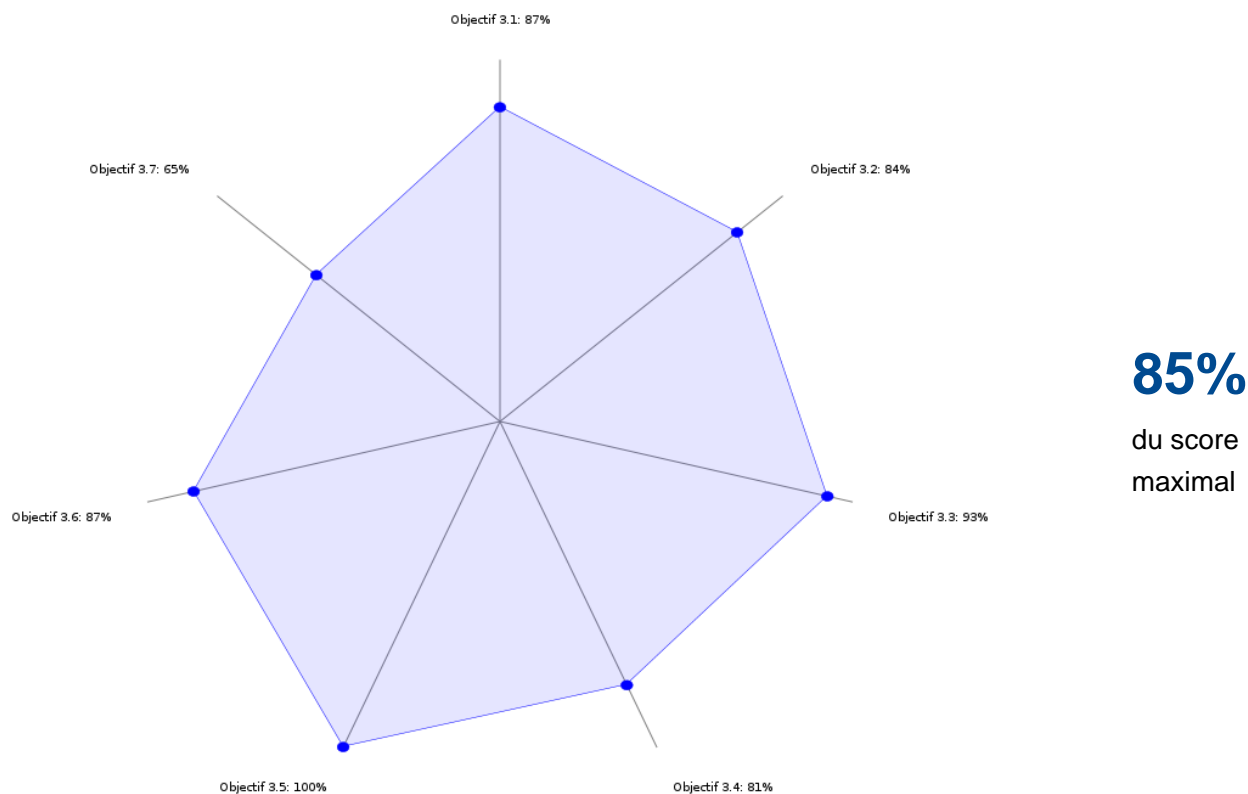
CHRSO ne dispose pas d'infectiologue (poste non pourvu) ni de médecin référent en antibiotiques. Néanmoins il s'est organisé pour y pallier. Le pôle infectieux de Tourcoing est en appui et les médecins du CHRSO ont accès au guide de prescription des anti-infectieux du groupement d'infectiologie et de lutte contre l'antibiorésistance des services universitaires de maladies infectieuses des Hauts de France. Localement, les prescriptions d'antibiotiques sont soumises à l'analyse pharmaceutique tous les jours. Pour les prescriptions réalisées le dimanche ou jour férié, l'analyse est réalisée le jour ouvré suivant. Les pharmaciens suivent les consommations d'antibiotiques au global et par service. Un pharmacien communique en commission médicale d'établissement. Les résultats sont envoyés par messagerie dans les services et le pharmacien se déplace auprès des services les plus consommateurs. L'établissement participait à la surveillance en réseau de la consommation des antibiotiques en corrélation avec les résistances bactériennes (CONSOIRES) jusqu'à ce que l'outil soit arrêté. Ils sont dans l'attente d'un futur outil de surveillance. Quatre fois par an, une réunion autour des bactéries multi résistantes aux antibiotiques est organisée. Elle est l'occasion de parler du bon usage et des consommations. L'argumentation de la pertinence de la transfusion sanguine est effective. Le SMUR effectue en moyenne cinq sorties par jour. Le dossier est informatisé depuis 18 mois. La régulation transmet les données de régulation consultables sur une tablette embarquée par le SMUR. Celui-ci complète le dossier qui reste visible en temps réel par la régulation afin d'orienter au mieux le patient. Le dossier est intégré au dossier patient informatisé du CHRSO. Au vu du contexte de démographie médicale, l'ARS a accompagné l'établissement avec un plan d'action des urgences permettant la mise en place des équipes paramédicales de médecine d'urgence (EPMU). Une analyse de l'activité est réalisée annuellement. Elle donne lieu à discussion collégiale pour améliorer les pratiques. Ainsi, pour parer aux accouchements inopinés, des journées de formations ont été organisées avec le personnel maïeutique avec possibilité de poursuivre la formation au bloc opératoire. Le service d'accueil des urgences fonctionne avec un(e) infirmier(e) en fonction d'accueil et d'orientation, en contact direct avec un médecin si nécessaire. Une autonomie lui est reconnue sur certains actes comme la possibilité de demander directement des examens radiologiques par anticipation pour les personnes de plus de 16 ans. Les examens sont réalisés dans le respect de la dignité et de la confidentialité. Les délais d'attente sont communiqués aux patients. Le dossier patient informatisé est celui des services d'hospitalisation permettant ainsi à tous d'avoir accès à l'ensemble des données actuelles et antérieures. Un logiciel de gestion des lits permet aux médecins urgentistes de connaître en temps réel la disponibilité d'hospitalisation dans chacun des services. En cas de situation en tension, une procédure définit les services au sein desquels il est possible d'installer des lits supplémentaires et à hauteur de combien. Si le patient ne peut pas être orienté dans le service de la spécialité dont il relève, il est hébergé dans un autre service mais reste sous la spécialité médicale ad hoc à l'exception de la gastro-entérologie où le patient est hospitalisé en chirurgie viscérale sous la responsabilité des chirurgiens digestifs. Chacun des intervenants contribue à la complétude du dossier patient qui est accessible à tout professionnel habilité. Les équipes se coordonnent pour le projet de soins. Cela débute dès le passage aux urgences lorsque c'est le mode d'entrée. En pédiatrie par exemple, l'enfant est vu en première intention par le médecin urgentiste puis par un pédiatre si besoin. Pour la chirurgie pédiatrique, le chirurgien vient de Lens une fois par semaine afin que l'enfant soit hospitalisé au CHRSO, au plus près de ses parents. Des transferts peuvent être envisagés vers le centre hospitalier de Dunkerque. Ainsi, la coordination est assurée en interne comme avec les partenaires extérieurs. Les équipes disposent en interne de nombreuses compétences médicales comme pour l'équipe mobile de soins palliatifs ou l'équipe de maîtrise du risque infectieux. En complément, ils peuvent s'appuyer sur des compétences externes essentiellement avec le CHRU de Lille mais aussi avec l'établissement support du GHT. La démarche en soins addictologique est en place et développée sur l'établissement. La plupart des professionnels de ce secteur sont diplômés en addictologie et en tabacologie. L'équipe de tabacologie est très présente sur l'ensemble des services de l'établissement. La conciliation médicamenteuse d'entrée est mise en place dans le service de court séjour gériatrique. Un pool de préparateurs en pharmacie est formé pour élaborer le bilan médicamenteux optimisé. Le pharmacien Intervient ensuite auprès du médecin. La traçabilité est effectuée dans le dossier patient informatisé. Ce choix permet également de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet

âgé. Le bloc opératoire dispose de deux salles en ISO 5 et quatre salles en ISO 7 dont une salle de césarienne d'urgence et programmée. La charte de fonctionnement du bloc opératoire a été réactualisée en juillet 2023. Elle définit l'organisation du bloc opératoire et les obligations des professionnels. La cellule de programmation se réunit tous les mercredis pour valider le programme de chirurgie programmée de la semaine suivante. Une régulation quotidienne intègre les urgences. Les informations entre les services et le bloc opératoire et inversement circulent et contribuent à la sécurité des prises en charge. Les check-lists pour la sécurité du patient sont mises en place au bloc central, en endoscopie et pour les césariennes. Les équipes en charge des adultes se cordonnent avec celles des enfants au moment de la transition adolescent-adulte, assurant ainsi la continuité de la prise en charge. Le carnet de santé de l'enfant n'est pas systématiquement mis à jour. Une équipe mobile de soins palliatifs intervient dans l'ensemble de l'établissement à la demande des équipes. Elle est structurée autour d'une compétence médicale, infirmière avec l'appui d'une psychologue. Une lettre de liaison est remise au patient pour assurer la continuité de la prise en charge. Les règles d'identification du patient tout au long de sa prise en charge sont respectées. Le patient est équipé d'un bracelet dès son arrivée. Une information complète est également donnée au patient dans le livret d'accueil. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. Les équipes ne respectent pas encore complètement les bonnes pratiques de prescription et dispensation. Les pharmaciens analysent les prescriptions médicales tous les matins hors dimanche et jour férié. Cependant, cette analyse ne prend pas encore en compte les informations du Dossier Pharmaceutique du patient pour tous les patients dotés d'un Dossier Pharmaceutique. Ils donnent des avis pharmaceutiques qui sont tracés. Un audit montre qu'ils sont néanmoins peu suivis. Chaque service dispose de son armoire mobile permettant de faire la cueillette pour la constitution des piluliers. Les préparateurs en pharmacie préparent les piluliers et se rendent dans les services tous les après-midis. Pour les stupéfiants, les cadres de santé se déplacent à la pharmacie à usage intérieur les après-midis. En cas de rupture d'un médicament, les pharmaciens passent par le GCS des Hauts de France ou le grossiste répartiteur. Toute substitution est notée. Une astreinte pharmaceutique est en place pour subvenir aux besoins urgents. Les services peuvent également se dépanner entre eux. Pour les antibiotiques, la réanimation dispose d'une réserve accessible aux services sur présentation d'une ordonnance. Le transport est sécurisé et la chaîne du froid est respectée pour les médicaments devant être conservés à température contrôlée. Dans 80% des dossiers consultés en cours de visite et particulièrement dans la lettre de sortie ou courrier de fin d'hospitalisation ou lettre de transfert par exemple, le bilan thérapeutique, au sens d'un comparatif entre le traitement médicamenteux avant l'hospitalisation et celui à la sortie avec commentaires associés, n'est pas retrouvé. Les bonnes pratiques d'administration sont respectées et le médicament reste identifiable jusqu'à l'administration. Concernant les médicaments à risque, la maîtrise n'est pas totale. L'établissement a identifié trois listes : une pour les adultes (hors bloc opératoire), une pour les adultes au bloc opératoire) et une pour la pédiatrie et le service accueil des urgences de la filière pédiatrique. Ces listes sont respectivement affichées dans les lieux adaptés. Les médicaments sont identifiés par un logo spécifique dans tous les lieux de stockage. Ils sont identifiés dans le logiciel de prescription / administration. Ainsi, à toutes étapes du circuit, chacun des intervenants est alerté. Une quatorzaine de sessions de formation a eu lieu autour des never events. Les préparateurs en pharmacie ont participé à un escape game en lien avec les médicaments à risque. Ce sujet est également abordé dans les réunions de service de la PUI. Des signalements d'erreur médicamenteuse autour de l'insuline ou des seringues auto-pousseuses de morphine ont permis la tenue de retours d'expérience. La pharmacie à usage intérieur édite un journal tous les trimestres dans lequel elle aborde les médicaments à risque. Dans celui de février 2023, elle a publié un article sur les unidoses ou dosettes mettant en évidence le risque d'erreur médicamenteuse grave qui pourrait survenir. Lors de la visite de certification, les experts visiteurs ont fait un premier constat : dans l'armoire à médicaments située dans la salle de soins, commune à la pédiatrie et à la néonatalogie, les unidoses de chlorure de potassium hypertonique injectables étaient rangées dans un contenant identifié avec le logo institutionnel « médicament à risque », dans le même tiroir que les unidoses de chlorure de sodium isotonique injectable. Cet événement a été rapporté à la gouvernance au bilan d'étape qui a suivi. L'établissement a fait preuve de réactivité en modifiant les conditions de stockage dans ce

secteur. Le lendemain, le même constat a été fait dans l'armoire à médicaments située dans la salle de soins commune à l'USIC, la cardiologie et la réadaptation cardiaque. Ce deuxième événement, similaire au premier, a également été rapporté à la gouvernance. L'alerte donnée la veille a donné lieu à action curative immédiate mais n'a pas donné lieu à investigation dans l'ensemble de l'établissement. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Les équipes maîtrisent le risque infectieux. L'équipe opérationnelle en hygiène (EOH) est connue des professionnels de terrain et impliquée auprès des équipes. Il existe des correspondants en hygiène, infirmiers et aides-soignants, dans tous les services de l'établissement, en relais de l'EOH. L'EOH est informée de la détection des microorganismes et de l'admission de patients porteurs de bactéries multirésistantes aux antibiotiques nécessitant des précautions complémentaires. L'EOH est en appui des services pour confirmation ou non du statut infectieux des patients et des mesures à mettre en place. Les précautions complémentaires peuvent être prescrites par les médecins dans le dossier patient informatisé. Cependant celles-ci ne le sont pas toujours. Toutes les informations significatives concernant les patients apparaissent dès l'ouverture du dossier du patient au niveau d'une fenêtre intitulée "données vitales". Les équipements et instructions sont disponibles et connues des professionnels. L'EOH procède régulièrement à la vérification des mesures mises en place. La conduite à tenir en cas d'accident exposant au sang est affichée dans les services. Les collecteurs pour objets piquants coupants et tranchants sont disponibles et correctement utilisés. Les professionnels connaissent les indications à l'hygiène des mains, respectent les pré-requis et privilégient l'utilisation de solution hydro-alcoolique. L'indicateur national de consommation de solution hydroalcoolique est de 104%, en progrès par rapport aux années précédentes. Un affichage dans chaque service ou secteur informe les professionnels de leur consommation locale. L'établissement a fait partie des sites pilotes pour une étude innovante afin de tester des capteurs positionnés au niveau des distributeurs de solution hydro-alcoolique et au niveau du lit des patients, en service de cardiologie, médecine interne et oncologie. Il a permis de suivre la consommation globale du service et individuelle de chaque professionnel. Un retour a été fait aux équipes. Les patients reçoivent une information adaptée sur l'hygiène des mains et pour les cas le nécessitant sur les précautions complémentaires. De nombreuses évaluations sont réalisées : hygiène des mains, précautions complémentaires, dispositifs invasifs (cathéter périphériques), pertinence et maintien des cathéters périphériques (en lien avec le CPIAS des Hauts de France). Les professionnels peuvent participer à des formations. Par exemple : précautions standard, complémentaires, dispositifs invasifs et entretien des locaux. La gestion documentaire sur la maîtrise du risque infectieux est disponible. Les indicateurs nationaux sont recueillis par l'établissement et communiqués aux équipes. L'antibioprophylaxie est maîtrisée. Les équipes s'appuient sur un protocole institutionnel récemment actualisé conformément aux dernières recommandations de la société française d'anesthésie. Il est accessible via le logiciel métier documentaire. La prescription de l'antibioprophylaxie est faite lors de la consultation pré-anesthésique sur le logiciel dédié. L'antibioprophylaxie est tracée dans la check-list. L'administration de l'antibioprophylaxie précisant l'heure est tracée. Les équipes ont évalué leur pratique concernant des interventions de gynécologie, d'ophtalmologie, d'urologie, de chirurgie viscérale et orthopédique. Plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en endoscopie, quelle que soit la spécialité et ce tout au long du circuit. L'établissement réalise des endoscopies digestives, bronchiques, urologiques et ORL. Le parc d'endoscopes est suivi. Les conditions de désinfection et de stockage sont respectées. L'entretien est centralisé et le personnel est formé. Les contrôles microbiologiques sont réalisés en lien avec l'EOH. Le risque ATNC (Agents Transmissibles Non Conventionnels) est pris en compte. Les bonnes pratiques per-opératoires sont observées au regard du risque infectieux. La préparation cutanée de l'opéré est protocolisée et appliquée. Le personnel au bloc opératoire respecte les règles d'hygiène de base. Les indicateurs ISO-PTH et ISO-PTG sont suivis et restitués aux équipes concernées. En l'absence d'outil de requêtage, l'adhésion au réseau SPICMI pour la surveillance des infections de site opératoire n'est pas réalisée. La surveillance des infections après césarienne est néanmoins mise en œuvre depuis janvier 2023. Le risque de dépendance iatrogène est pris en compte. L'établissement assure la promotion vaccinale et met tout en œuvre pour faciliter la vaccination de ses agents. Un comité de pilotage est constitué autour de l'EOH, la médecine de santé au travail, la

pharmacie et le service communication. Le taux de couverture vaccinal est suivi par catégories professionnelles. Les freins à la vaccination sont étudiés. Le service de santé au travail propose aux professionnels une vaccination dans ses locaux ou directement dans les services. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants. L'établissement s'est doté de trois conseillers en radioprotection dont un dédié à l'imagerie et un autre pour le bloc opératoire. La prise en charge de l'hémorragie du post partum est sécurisée : protocole présent et connu, équipements disponibles et traçabilité effective. Les conditions de sortie de chirurgie ambulatoire sont conformes aux règles de sécurité. Le transport interne des patients est globalement adapté et sécurisé. Une attention particulière doit être portée pour le transport des patients oxygéno requérants. Seulement un tiers des services audités a pu présenter un sujet pour lequel une analyse de résultats cliniques avait été faite. La gouvernance explique que la situation des effectifs médicaux rend difficile la mise en œuvre et le suivi des évaluations de pratiques professionnelles. A souligner cependant que l'établissement s'est engagé dans le processus de labellisation IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés) dont l'évaluation externe devait avoir lieu peu de temps après la visite de certification. Pour l'ensemble des évaluations réalisées, des plans d'action sont cités sans forcément qu'ils soient retrouvés dans le PAQSS institutionnel et sans forcément que de nouvelles mesures montrent une amélioration des pratiques. Concernant l'expression patient, les équipes recueillent la satisfaction patient. Une réponse est apportée aux plaintes et réclamations. Là encore il est difficile de savoir si des actions d'amélioration sont mises en œuvre par manque de lisibilité dans le PAQSS institutionnel. Les représentants des usagers ne participent pas encore aux campagnes de recueil. Des indicateurs nationaux sont suivis et communiqués aux équipes et instances ad hoc. Sur le terrain, les équipes suivent des indicateurs de pilotage et de qualité qu'elles ont définis. Par exemple, le service d'accueil des urgences suit depuis plusieurs années le nombre de passages mensuels aux urgences, le nombre de patients par classification CIMU le délai de prise en charge médicale, le nombre de patients de plus de 75 ans, les sorties sans prise en charge etc. Un bilan annuel est discuté en équipe pour améliorer les pratiques et organisations. Les professionnels déclarent les événements indésirables liés aux soins sur un outil informatisé. Tous les signalements arrivent à la direction qualité qui redirige pour action ou information. L'encadrement est informé. Une charte d'engagement de confiance incite au signalement. En moyenne une centaine de signalements est réalisée par mois. Le CHRSO dispose de deux services de soins critiques : la réanimation adulte et l'unité de soins intensifs de cardiologie. Ils sont dans une dynamique d'amélioration des pratiques. Seul le service de réanimation tient un registre de refus d'admission en service de soins critiques et suit ses réhospitalisation à 48/72 heures. Les équipes du bloc opératoire suivent la mise en œuvre de la check-list. Elle n'intègre pas encore le suivi du GO / NO GO. A l'issue de ce constat partagé avec l'encadrement et la gouvernance, la trame de l'audit check-list a été modifiée en intégrant ce critère. La prestation fournie en biologie médicale correspond aux attentes. Il en est de même pour l'imagerie. Le CHROS n'a pas l'autorisation pour les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches. Cependant il contribue à cette activité. Les informations sur le don d'organe sont disponibles auprès des patients et des visiteurs. Les patients déclarés en mort cérébrale font effectivement l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organes et les équipes de soins critiques savent contacter les centres de référence.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	87%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	84%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	93%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	81%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	87%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	65%

L'établissement contribue aux parcours patients sur le territoire. Le centre hospitalier de la région de Saint Omer (CHRSO) est en direction commune avec le centre hospitalier d'Aire sur la Lys. Il constitue dès lors un partenaire privilégié. 60 à 70% des patients admis sur cet établissement de soins de médecine et de réadaptation proviennent du CHRSO. Ceci permet à la population locale de terminer le parcours hospitalier au

plus proche du domicile. Le CHROS contribue également à l'offre de soins sur place en déployant des consultations avancées comme en dermatologie, gynécologie, diabétologie ou encore addictologie. Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Dunkerquois et Audomarois a élaboré son projet médical et de soins partagé qui est en cours de réactualisation. De nombreuses collaborations sont déjà en place et de nouvelles sont à l'étude. Initialement il a été construit autour de 4 filières prioritaires (cardiologie, digestif, ORL et urologie) et la douleur. Depuis 2023, la filière ORL n'est plus prioritaire mais d'autres sont intégrées comme les filières : urgences, hématologie ou encore chirurgie vasculaire. L'établissement support est le centre hospitalier de Dunkerque. Plusieurs praticiens sont mis à disposition du CHRSO pour permettre à la population locale de disposer d'une offre de soins de proximité. Par exemple, un urologue est présent un jour par semaine, un hématologue, deux jours par mois. Le CHRSO contribue lui aussi à l'offre de soins sur le centre hospitalier de Dunkerque. Ainsi, un cardiologue est en renfort de l'équipe Dunkerquoise pour la cardiologie interventionnelle. Les coronarographies, adressées jusqu'à présent sur Lens seront adressées demain sur Dunkerque. Le CHROS coopère avec d'autres établissements comme le centre hospitalier de Calais pour la périnatalité et l'obstétrique, la télé AVC ou le GCS blanchisserie. Avec le centre hospitalier de Boulogne, c'est sur la filière obésité. Ses coopérations sont également tournées vers les établissements privés à but lucratif comme la clinique d'hémodialyse qui se situe sur place. Le CHRSO siège depuis peu au comité exécutif de la CPTS Audomaroise. Ils s'accordent sur les outils communs à mettre en place (ex : outil de téléexpertise OMNIDOC) et des actions concrètes pour faciliter les parcours patients (ex : compte tenu du manque de médecins traitants, les médecins du CHRSO contribuent au renouvellement des ordonnances). Le CHRSO a reçu un satisfecit de la caisse primaire d'assurance maladie pour sa contribution au dispositif PRADO pour l'insuffisance cardiaque. La télésurveillance pour les personnes atteintes de diabète (myDiabby), la télémedecine pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et porteuse de prothèse ou encore la télé réadaptation cardiaque sont autant de dispositifs mis en place pour parfaire le suivi des parcours patient. Sur le plan médico-social, un travail important est mené dans le cadre notamment de la filière gériatrique. Un travail de fond est entrepris pour créer un maillage territorial sur le volet de la prise en charge des personnes âgées en situation d'urgence, qu'elles soient au domicile ou en structure d'hébergement. Le CHRSO est associé au projet ASSURE (Amélioration des Soins d'Urgence en EHPAD et à domicile). Les urgentistes contribuent en particulier à la réassurance des compétences par des formations assorties de fiches réflexe. Il travaille également pour faciliter les entrées directes en court séjour gériatrique. Le CHRSO a répondu à deux appels à projet. Le premier pour la création d'équipes gériatriques d'expertise à domicile (EGED) en extension de l'équipe actuelle qui intervient dans les institutions. Le deuxième pour les infirmières de parcours, ce qui permet de repérer les situations difficiles. Il contribue aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en mettant à disposition du temps médical. Une coopération est également menée avec l'équipe mobile de psychogériatrie de l'établissement public de santé mentale du Val de Lys-Artois. On note aussi du personnel mis à disposition de la maison des adolescents et une douzaine d'associations qui interviennent en appui des filières comme l'association « A contrepoids 62 » pour les personnes touchées par l'obésité ou l'association « Cœur toujours » en soutien du service de cardiologie du CHRSO. Les médecins partenaires et les usagers peuvent facilement contacter l'établissement et les équipes : accueil standard H24, numéros directs, coordonnées dans le livret d'accueil et sur les courriers... Le dispositif DOCTOLIB est déployé sur l'ensemble des spécialités pour la prise de rendez-vous en ligne. L'établissement a recours à une messagerie sécurisée pour le partage d'informations. L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique n'est pas encore promu et suivi. L'établissement confie qu'il est difficile de promouvoir la recherche clinique compte tenu des effectifs médicaux. L'établissement contribue au recueil du questionnaire e-Satis et suit les résultats sur les trois modalités de prise en charge que sont : les soins de médecine et de réadaptation, la médecine/chirurgie/bloc opératoire et la chirurgie ambulatoire. En complément, il a développé des questionnaires internes de satisfaction des patients adaptés aux secteurs et types de prise en charge. A noter un questionnaire numérique accessible par QR code mis en place aux urgences, consultations externes et urgences obstétricales. Les résultats sont présentés aux différents pôles et aux instances notamment la commission des usagers.

L'établissement ne s'est pas encore engagé dans l'expérience patient par le biais de questionnaires spécifiques en complément du recueil de la satisfaction patient. Les patients ne participent pas à des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques. En revanche, des patients sont associés au programme d'éducation thérapeutique lié à l'obésité. L'impact de leur intégration n'est pas encore évalué. Les plaintes et réclamations sont traitées. Depuis 2023, les mails sont pris en compte au même titre que les courriers. Le délai de réponse au plaignant est suivi. L'établissement s'est doté de deux médiateurs médicaux et deux non médicaux qui interviennent à la demande. Des formations à la communication avec le patient sont proposées aux professionnels. La bientraitance est une valeur portée par l'établissement. La gouvernance promeut cette culture en s'appuyant sur une charte de bientraitance, des formations (humanité, communication non verbale, chambre des erreurs...), des sensibilisations, des groupes de travail (violences conjugales, prise en charge des féminicides...), le lien avec le comité éthique, des conduites à tenir pour signaler et prendre en charge un cas de maltraitance interne et externe, le travail initié avec les forces de l'ordre et le procureur, le soutien de la médecine de santé au travail ou encore les évaluations annuelles au cours desquelles le sujet est abordé. Concrètement en oncologie et HDJ de chimiothérapie par exemple, une référente bien-être est formée. Des soins du visage, des massages ou encore de la réflexologie plantaire sont proposés aux patients.

Concernant la maltraitance et en l'absence de médecin DIM depuis plusieurs années, le recensement des cas de maltraitance dans le PMSI n'est pas effectif. Les locaux sont majoritairement accessibles à toute forme de handicap. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables. Il dispose en interne de de compétences : interprète, assistante sociale, psychologue... Dans les actions concrètes, on peut souligner la présence de salles de bain adaptées dans des chambres pour les personnes à mobilité réduite ou encore l'utilisation d'ardoise avec marqueur effaçable à sec pour les personnes malentendantes. L'établissement est organisé pour permettre au patient la consultation de son dossier. La demande de dossier a été multipliée par deux entre 2022 et 2023. Le délai est suivi. Il est respecté dans 82% des cas. L'établissement favorise très largement l'implication des usagers. Ils indiquent pouvoir faire des propositions et entretiennent une communication fluide avec la direction. Le projet d'établissement leur a été soumis pour avis. Ils se sont engagés dans un projet des usagers à valider en novembre 2023. Ils participent aux instances de l'établissement et notamment à la commission des usagers. Ils sont invités au groupe éthique et aux cafés qualité. Ils disposent d'une adresse mail pour être contactés. Ils indiquent pouvoir aller librement dans les services au contact des patients et professionnels. La gouvernance a défini et porte sa politique qualité/gestion des risques autour de cinq axes : la garantie de la sécurité des soins, le renforcement de la culture qualité-gestion des risques, la préparation, la conduite et le suivi des démarches d'évaluations internes et externes, l'optimisation de l'accueil, de l'information et des relations avec les usagers, le développement des synergies entre les différentes directions fonctionnelles du CHRSO et la direction qualité/gestion des risques. Des actions concrètes d'amélioration de la qualité et sécurité des soins, issues de source variées sont inscrites dans un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme est à la main des services pour le compléter. Cependant, les équipes rencontrées ne connaissent pas toujours les actions concrètes déployées dans leur service. Les professionnels peuvent s'impliquer dans des activités dédiées à la qualité (contribution aux protocoles, participation à des analyses de causes systémiques par exemple). Une enquête de culture de la sécurité vient tout juste d'être menée dans certains services sélectionnés. Les services non retenus n'avaient pas connaissance de cette enquête. Au moment de la visite, l'analyse des résultats n'avait pas encore été réalisée. Une communication était prévue la semaine suivante de la visite de certification. La gouvernance assure l'adéquation entre ressources humaines et besoins et s'adapte aux situations. Elle développe un plan d'attractivité et de fidélisation : déprécarisation des contrats, financement de formations validantes pour le corps médical... L'établissement a très peu recours aux remplaçants non médicaux par un système d'entraide au sein du pôle. Le cadre supérieur du pôle peut en effet affecter les infirmier(e)s et aide-soignant(e)s en fonction des besoins. Une équipe centrale de suppléance, rattachée à la direction des soins, peut également intervenir. Pour le corps médical, l'établissement a recours à l'interim. La gouvernance promeut et accompagne la qualification des personnels en fonction d'encadrement. Actuellement,

près de 35% des cadres sont faisant fonction. Un plan cadre prévoit une formation spécifique, un dispositif de soutien dans la fonction, du tutorat et une journée de partage d'expérience au niveau du GHT, entre autres. Des maquettes organisationnelles sont réalisées et validées par le comité social et économique. Des réunions de service sont mises en place et permettent l'expression des personnels. Cependant, tous les professionnels ne sont encore sensibilisés au travail en équipe au sens de mise en situation, team building ou autre dispositif. La gouvernance impulse partiellement les démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe. Si la synchronisation des temps médicaux et non médicaux est en place, l'établissement ne s'est pas encore engagé dans un programme intégré d'acquisition et de maintien des compétences. Un plan de formation est cependant établi et suivi. Le questionnement éthique est organisé. Un comité éthique est constitué. Des cafés éthiques sont régulièrement organisés pour débattre de sujets concrets. Une soirée éthique sur le sujet de la fin de vie a eu lieu. L'établissement peut également avoir recours à un avis régional pour les situations complexes. Du point de vue des professionnels, les situations éthiques sont plutôt débattues lorsqu'elles surviennent. Il n'y a pas de recensement a priori permettant d'engager un travail en amont. Les professionnels se disent néanmoins sensibilisés à ces sujets. Cette politique est étroitement liée à la politique de fidélisation et attractivité. Suite à une enquête sur les risques psycho-sociaux en 2019, de nombreuses actions ont été mises en place. Ainsi, une salle de sport sur site est accessible aux professionnels qui peuvent également bénéficier de cours de sophrologie ou de shiatsu et de massage par exemple. Les femmes enceintes sont exemptées du travail de nuit. Un référent bien-être est identifié pour les professionnels. Un salon bien-être au travail est organisé sur 3 jours tous les ans. Les professionnels peuvent se renseigner sur ce qui est mis en place et bénéficier de prestation en direct. En cas de conflits interpersonnels, le personnel peut avoir recours à une psychologue. Une assistante sociale peut également être en soutien. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles a été réactualisé en mars 2023. Il comporte les différents volets du plan ORSAN et a fait l'objet d'une écriture collégiale avec les différentes parties prenantes. Le matériel nécessaire au sens large est répertorié et suivi. Le plan, nouvellement révisé, a été testé en juin 2023 donnant lieu à ajustement. Concernant l'annexe NRBC, le montage de l'unité de décontamination est soumis à un exercice deux fois par an. L'établissement a identifié une pièce avec SAS pouvant être utilisée pour les situations présentant un risque de transmission d'agents infectieux. Les personnels connaissent les conduites à tenir. Un responsable de la sécurité des systèmes d'information est en poste pour le GHT. Le volet spécifique relatif au risque numérique du plan de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles est en cours d'écriture associant la direction de la qualité-gestion des risques, la direction du système d'information et le responsable de la sécurité du système d'information. Un exercice de mise en situation et rétablissement de l'activité est prévu avec le concours d'un organisme extérieur. Dans l'attente d'une approche globale sur le sujet, l'établissement a mis en place des caisses « cybersécurité », dans les unités de soins, pour pallier à un dossier patient informatisé qui serait inopérant. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est opérationnelle. Le plan de sécurisation de l'établissement est établi en lien avec le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Les locaux sensibles sont sécurisés comme la pédiatrie, la néonatalogie, la réanimation, le court séjour gériatrique, le bloc opératoire, la pharmacie à usage intérieur et le laboratoire. Le poste de contrôle sécurité a la possibilité de fermer tous les accès. Une vidéo surveillance est installée sur l'ensemble du site. Dans les services, les patients peuvent déposer leurs objets de valeur dans un coffre situé à l'accueil administratif des urgences. L'établissement n'a pas réalisé de diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable. Une politique est néanmoins définie autour de sept axes stratégiques. Il n'y a pas de référent développement durable. L'organisation repose sur des personnes ressources et c'est l'ensemble de l'équipe de direction qui porte les projets selon le domaine de compétence de chacun. L'évaluation globale se fait en comité de direction. Le suivi journalier de toutes les dépenses énergétiques est réalisé. Un travail est mené sur la gestion des déchets en lien avec l'antigaspillage. Le tri est effectif pour les déchets d'activité de soins et d'autres comme les huiles alimentaires ou le bois. D'autres actions sont menées comme l'isolement des réseaux d'eau, le remplacement de menuiseries ou la collecte des mégots de cigarette. Au bloc opératoire un travail mené sur la valorisation de l'évacuation des

déchets permet de contribuer à l'association « Les P'tits doudous » qui s'engage auprès des enfants opérés. Pour le versant mobilité durable, l'établissement travaille actuellement sur le co-voiturage. Le processus de prise en charge des urgences vitales est en partie maîtrisée. Les professionnels sont régulièrement formés à l'AFGSU. Des équipements sont à disposition pour prendre en charge des réanimations intra-hospitalières. La prise en charge des urgences vitales est en place avec un numéro unique (22 22) qui est réceptionné par un professionnel (médecin, interne, infirmier) du service d'accueil des urgences qui évalue la situation et déroule le dispositif afin d'informer le médecin. L'efficacité de l'ensemble du dispositif n'a pas été évalué par l'établissement, cependant, en 2023, des exercices de mises en situation dans les services ont été réalisés. La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques : les recommandations sont accessibles dans le logiciel métier de qualité et de gestion des risques et font l'objet d'actualisation. La veille documentaire est réalisée par les différentes directions fonctionnelles. L'établissement ne s'est pas encore engagé dans une revue de pertinence des admissions et des séjours, à mettre en lien avec des indicateurs de pilotage médico-économiques qu'il identifierait. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) est aujourd'hui un outil de conception locale mis à disposition des services qui le complètent. La conception de l'outil ne permet pas aisément de suivre l'ensemble des plans d'action ni de suivre le traitement complet d'un événement par exemple. L'établissement indique être en attente d'un logiciel métier qui permettrait de repenser complètement la fonctionnalité d'un PAQSS. L'établissement recueille, analyse et exploite tous les indicateurs de qualité et sécurité des soins nationaux. La communication est réalisée. Les événements indésirables sont déclarés. Toutes les semaines, la cellule locale des événements indésirables (CLEI) se réunit avec un représentant par pôle de soins et un par direction fonctionnelle autour de la direction qualité. Elle constitue une instance de suivi opérationnel. Toutes les six semaines, le comité de retour d'expérience (CREX) se réunit avec les mêmes intervenants pour décider des retours d'expérience à mener. Pour les événements dits médicaux, le comité est différent et prend le nom de CARE. Pour les analyses systémiques, une quarantaine de professionnels a été formée à la méthode ORION. En pratique, cette méthode est couplée à la méthode ALARM. Le responsable qualité est en appui méthodologique. Les événements indésirables graves associés aux soins sont signalés. La commission des usagers est informée. La gestion des hospitalisations non programmées est assurée pour fluidifier les parcours. Un dispositif permet au service d'accueil des urgences de connaître en temps réel les disponibilités dans les services. En cas de tension, l'adaptation capacitaire fait l'objet d'une procédure. Actuellement deux médecins sont accrédités, respectivement en chirurgie viscérale et en obstétrique. 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 :

- Pérenniser l'organisation de la prise en charge des urgences vitales
- Evaluer l'efficacité du dispositif de la prise en charge des urgences vitales
- Former le personnel à la prise en charge des mineurs en chirurgie ambulatoire
- Adapter les échelles de douleur en fonction de la population
- Développer l'évaluation des pratiques par les équipes notamment concernant les résultats cliniques.
- Favoriser l'appropriation de la culture qualité par les 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	620101360	CH REGION DE ST-OMER - SITE D'HELFAUT	Route de blendecques Bp 30357 62505 Saint Omer Cedex FRANCE
Établissement principal	620000349	CENTRE HOSPITALIER DE LA REGION DE SAINT- OMER	Route de blendecques Site helfaut - bp 60357 62505 Saint-Omer Cedex FRANCE
Établissement géographique	620019372	CH REGION SAINT OMER - USMP DE LONGUENESSE CENTRE PENITENTIAIRE	Chemin plateau des bruyeres 62219 LONGUENESSE FRANCE
Établissement géographique	620111005	USLD CH REGION SAINT- OMER	Rue de blendecques Site helfaut - bp 60357 62505 ST OMER Cedex 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	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
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)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	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	4 189
Nombre de passages aux urgences générales	38 478
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	181
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	50
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	32
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	8
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	2
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	3 335
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	12
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	21
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	11
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	97
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	17
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	50
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)	6
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		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur			
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		PSL
5	Audit système	Représentants des usagers		
6	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	

7	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
8	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Parcours traceur		Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
12	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent	

			Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Audit système	QVT & Travail en équipe		
15	Audit système	Leadership		
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		dispositif réutilisable : Endoscope
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

21	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Soins Médicaux et de Réadaptation	

27	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
32	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
33	Audit système	Engagement patient		
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
35	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risques per os ou injectable
38	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences	

			Tout l'établissement	
40	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
41	Audit système	Entretien Professionnel		
42	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIAS, EIGS, Presqu'accident
43	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		chimiothérapie
44	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
45	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement	
46	Audit système	Entretien Professionnel		
47	Audit système	Entretien Professionnel		

48	Audit système	Entretien Professionnel		
49	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient assis > acte d'imagerie
50	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
51	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opérateur
52	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
53	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient couché > bloc
55	Audit système	Coordination territoriale		
56	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIAS, EIGS, Presqu'accident
57	Audit système	Dynamique d'amélioration		
58	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences	

			Tout l'établissement	
59	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
60	Audit système	Entretien Professionnel		
61	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
63	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
65	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR , Urgences générales
66	Audit système	Maitrise des risques		

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

