



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

55 b rue Gustave Flaubert
BP 24
76083 Le Havre



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 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	15
Chapitre 3 : L'établissement	22
Table des Annexes	30
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	31
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	35
Annexe 3. Programme de visite	36

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE	
Adresse	55 b rue Gustave Flaubert BP 24 76083 Le Havre CEDEX FRANCE
Département / Région	Seine-Maritime / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	760780726	CENTRE HOSPITALIER DU HAVRE	55 bis rue Gustave Flaubert BP 24 76083 Le Havre FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

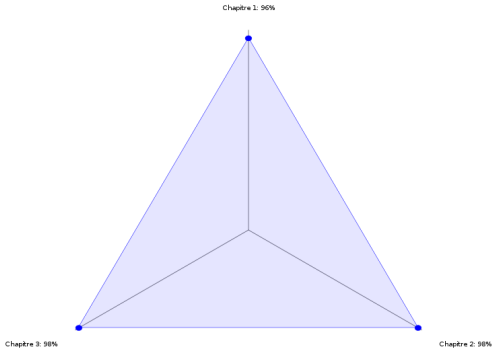
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

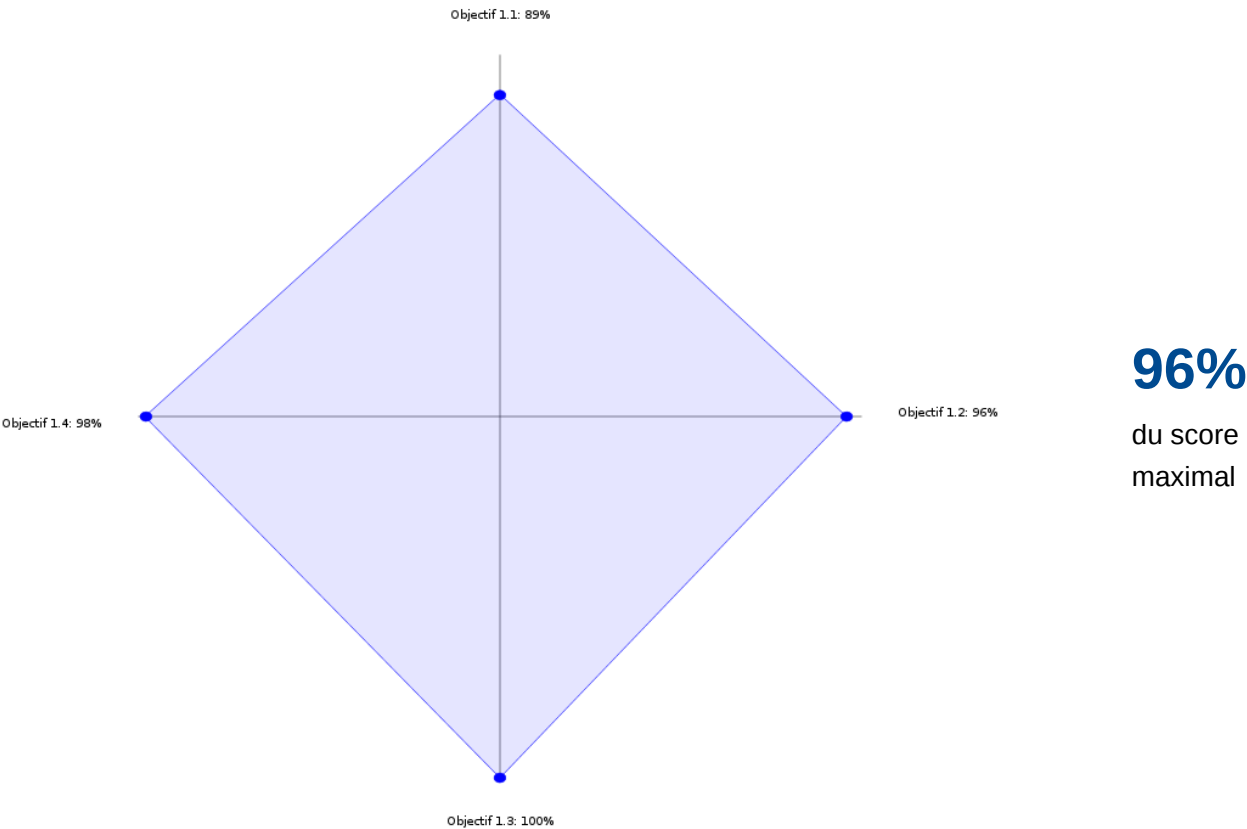
Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	89%
1.2	Le patient est respecté.	96%
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	98%

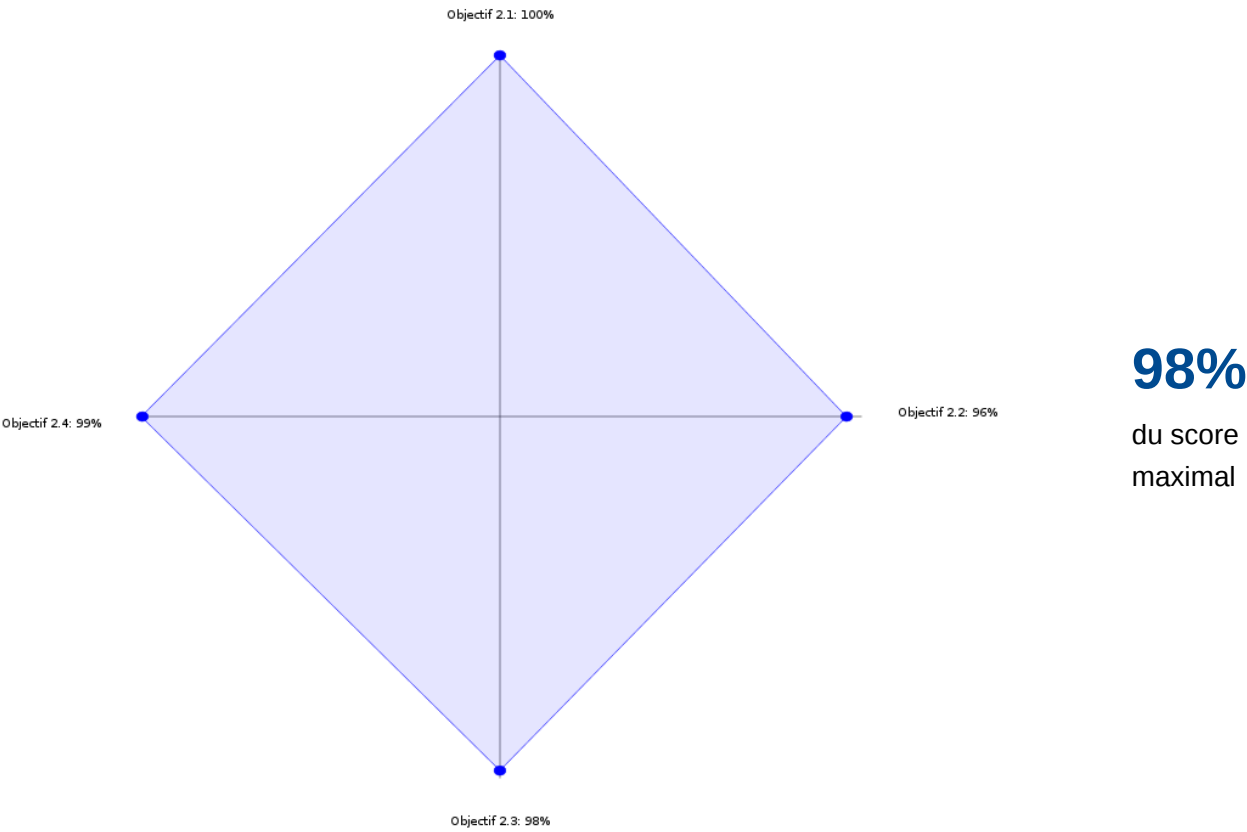
Les patients confirment la bonne compréhension des informations concernant leur diagnostic et traitement qui leurs sont proposés. Ils sont associés à la réflexion bénéfice risque sur leur prise en charge. Pour tous les patients qui sont en capacité d'exprimer leur consentement libre et éclairé aux soins celui-ci est activement recherché. Les documents de recueil du consentement leur sont remis lors des consultations pour les patients programmés ou lors de l'hospitalisation. En chirurgie ambulatoire, un passeport contenant toutes les informations nécessaires à leur prise en charge ainsi qu'un livret hygiène leur est remis lors de la consultation chirurgicale pour leur permettre d'en prendre connaissance en amont de l'hospitalisation. Une infirmière de consultation réalise un entretien avec le patient et sa famille pour s'assurer de la bonne compréhension des consignes et des explications données. Les informations sont précisées lors de l'envoi du SMS la veille de

l'intervention et le lendemain. Dans le parcours de chirurgie bariatrique, un temps de réflexion est donné aux patients pour valider sa participation au projet global de sa prise en charge. En soins de rééducation (SMR) de cardiologie, le patient reçoit des informations sur les facteurs de risque, la nécessité d'appliquer les règles hygiéno-diététiques et l'organisation de la rééducation cardiaque. En santé mentale, l'équipe a privilégié l'échange verbal et le trace dans son dossier. En pédiatrie, l'enfant ou l'adolescent participe à sa prise en charge et est invité à donner son avis sur son projet de soins. Les parents sont associés à leur prise en charge. Pendant la visite, l'équipe a immédiatement créer des fiches spécifiques. L'information à J+1 dans le cas d'une prise en charge ambulatoire, n'est pas encore en place en chirurgie ambulatoire pédiatrique du fait d'une réorganisation pendant la semaine de certification. Néanmoins, les consignes sont données aux parents d'appeler le service H24 en cas de difficultés. L'appel à J+1 a été mis en place pendant la visite. En maternité, le projet de naissance est discuté avec les futurs parents dès le début de la grossesse. Un salon d'allaitement est en place et les parturientes reçoivent tous les conseils nécessaires. En cas de transfusion, le patient est clairement informé des produits administrés. Des supports d'information sur la transfusion précisant les risques encourus et les conduites à tenir en cas d'incident sont remis et expliqués au patient, ainsi que la remise d'un document pré transfusionnel, une ordonnance d'immuno-hémato et une ordonnance de surveillance de recherche d'agglutinines irrégulières à réaliser après la sortie. Les patients sont informés des dispositifs médicaux qui leurs sont implantés, en orthopédie pour les poses de prothèses, en cardiologie interventionnelle les poses de stents et stimulateurs cardiaques. L'information sur les droits des patients est formalisée dans le livret d'accueil qui leur est remis à leur arrivée, sur des affichages à l'entrée de l'hôpital et des services et sur les téléviseurs des patients. La prévention primaire en santé est réalisée au travers d'affichage dans tous les services. Néanmoins, un petit nombre de patients expriment ne pas avoir reçu le livret d'accueil. En santé mentale sur le site de Fécamp, le livret d'accueil n'est pas donné au patient car les professionnels expliquent que le livret institutionnel est centré sur les activités Havraise et peu adapté à l'environnement Fécampoï (accès, stationnement et partenaires de proximité...). Le livret d'accueil permet d'informer les patients sur leur droit à rédiger des directives anticipées, la désignation de la personne de confiance, les représentants des usagers (RU), leur possibilité de déposer une réclamation ou de déclarer un évènement indésirable associé aux soins et l'information sur les documents versés dans le Dossier Médical Partage (DMP) de « mon espace santé ». Cependant, bien que toutes les informations soient inscrites dans le livret d'accueil et sur les affiches dans les services, plus de la moitié des patients ont exprimé ne pas connaître la présence des RU et comment les contacter ; la plupart des patients ne savent pas déclarer un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) ; ne connaissent pas les modalités pour réaliser une réclamation. La plupart des patients n'ont pas encore intégré l'information sur l'intégration des données médicales dans leur espace santé et ne connaissent pas la messagerie sécurisée. En unité de soins médicale pour les détenus (USMP), les patients ont la possibilité de s'exprimer et de se plaindre par courrier auprès de la Direction, de leur avocat, de l'ARS et éventuellement grâce à un accès direct au Défenseur des Droits. La personne de confiance est recherchée et tracée dans le dossier patient (DPI). L'information sur le droit à rédiger des directives anticipées est réalisée au travers du livret d'accueil et d'un formulaire donné au patient. Le droit à rédiger des directives anticipées est abordée auprès des patients dans les services qui prennent en charge des pathologies chroniques ou à gravité sévère (rhumatologie, unité de soins palliatif, hémodialyse, chirurgie, réanimation). Cependant l'information n'est pas toujours retrouvée dans le dossier patient et la moitié des patients rencontrés n'ont pas abordé ce sujet avec les professionnels. L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence d'une équipe mobile de soins palliatifs, d'une unité de soins dédiée (USP) et des professionnels titulaires de DU en soins palliatifs. En USP, l'expression de la volonté du patient est systématiquement recherchée et lorsque celle-ci n'est pas obtenue, l'information est tracée. Dans la prise en charge de la fin de vie, en USMP, les patients détenus sont transférés dans une autre structure de soins. Les patients sont invités à exprimer leur expérience et satisfaction au travers de l'enquête e-satis et des patients traceurs réalisés (43 en 2021, 47 en 2022 et 78 en 2023). Les questionnaires de satisfaction sont remis à la sortie et des enquêtes de satisfaction sont menées dans plusieurs services. Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques professionnelles

garantissent le respect de l'intimité et la confidentialité. Des rideaux d'intimité sont mis en place dans tous les services et également dans la salle de soins post interventionnelle (SSPI) du bloc opératoire. Cependant, au service des urgences, l'intimité et la confidentialité ne peuvent pas toujours être assurées au regard de l'architecture des locaux et de leur dimensionnement pour recevoir tous les patients notamment lors des situations de tension. Néanmoins, les professionnels adaptent leurs pratiques pour permettre de préserver au maximum l'intimité et la dignité des patients. En médecine, post urgence, il a été constaté l'ouverture des portes de chambres pendant les soins. Un patient a exprimé avoir eu la connaissance d'informations sur un autre patient par les discussions professionnelles dans le couloir. Dans le service USR de Janet, le service a déménagé pour réaliser des travaux qui vont durer jusqu'en 2025. 6 chambres ne possèdent pas de douche et de WC dans leur chambre. La douche et les WC sont dans le couloir. Des projets architecturaux sont en cours pour permettre de résoudre les difficultés générées par les locaux comme, l'agrandissement et la réorganisation du service des Urgences (démarrage début 2025) ; la construction d'un nouveau bâtiment permettant de déménager les activités SMR sur le site de Monod (démarrage de travaux en 2025)... Les patients mineurs bénéficient d'un environnement adapté en revanche, l'activité de pédiatrie est intégrée dans le bloc central conduisant à la présence simultanée en salle d'accueil du bloc d'adultes et d'enfants avec leurs parents. Les professionnels ont mis en place une séparation par une cloison de séparation autoportante pour limiter la cohabitation. Cette salle d'attente pour les enfants est décorée et pourvue de jouets et de voiturettes. Elle ne sert qu'exceptionnellement car les enfants accompagnés de leurs parents jusqu'à l'entrée du bloc sont pris en charge immédiatement sans attendre. La SSPI pédiatrique est individualisée par rapport aux adultes mais l'accès n'est pas possible pour les parents en systématique et elle uniquement réservée aux enfants présentant des troubles du comportement. L'évaluation pour l'autonomie et le handicap du patient est régulière et permet de mettre en place des aides techniques et humaines. Une commission handicap est en place et les patients handicapés bénéficient d'une consultation « Handi'consult ». La réhabilitation précoce après chirurgie (RAAC) est développée, pour exemple, en chirurgie bariatrique l'alimentation est précoce, en chirurgie thoracique la prise en charge RAAC est organisée en pré et post opératoire par la réhabilitation respiratoire en SMR ou par de la kinésithérapie en ville. Le partenariat est très développé avec les pneumologues de ville et du Groupe Hospitalier du Havre (GHH). Le recours à la contention est utilisé en dernière intention après réflexion bénéfice risque. Lorsqu'une contention est mise en place, on retrouve dans le dossier du patient la traçabilité de la prescription, de la surveillance et de la réévaluation, excepté pour un patient pour lequel les barrières de lits ont été mises et non tracées dans le DPI. Les patients bénéficient d'une évaluation de la douleur visant à l'anticiper et à la soulager. Les mesures sont répétées et menées avec des échelles adaptées, analysées et prises en compte. Pour les prescriptions conditionnelles de traitement antalgique (si besoin) le niveau ou le seuil de tolérance de la douleur est majoritairement retrouvé, une requête est en cours pour permettre la justification de toutes les prescriptions conditionnelles. Des prises en charge alternatives pour le soulagement ou la prévention de la douleur sont proposées aux patients, comme des casques de réalité virtuelle et l'hypnose par des professionnels formés à cette technique. A la maternité une salle spécifique avec baignoire est à disposition pour les accouchements sans péridurale. Les proches et les aidants sont associés au projet de soins des patients quelle que soit la spécialité. Le projet thérapeutique est motivé, structuré et partagé par tous les soignants et les patients et/ou familles. Des salons d'accueil pour les familles sont à disposition dans les services de soins. En unité de soins palliatifs (USP), une zone d'accueil pour les enfants est mise à disposition. La présence des proches est facilitée 24h/24 en USP et en réanimation. En réanimation, les proches passent par une zone d'accueil où se trouve un affichage explicatif avec photos des différents dispositifs invasifs de soins en réanimation afin qu'ils soient bien informés et ainsi dédramatiser la situation. En chirurgie ambulatoire, les accompagnants et aidants peuvent être présents pour les patients vulnérables et/ou très handicapés. En médecine infectieuse, exemple d'un patient pour lequel il y a eu la réalisation d'actions visant à prévenir la perte d'autonomie, implication du compagnon dans la prise en charge globale. En USLD, les familles participent activement au projet de vie du patient. En santé mentale, les proches sont associés au projet de soins du patient. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte.

L'accompagnement en situation de précarité sociale repose sur un accès facilité au service social et la PASS pour l'accès aux droits et aux soins (file active de 992 patients). A l'arrivée du patient, dans tous les secteurs, le recueil des habitudes de vie et des conditions de vie habituelles sont recensées avec le patient et/ou ses proches afin d'élaborer son projet de soins et permettre l'anticipation de la sortie. De nombreuses activités sont proposées aux patients dans les secteurs spécifiques afin de maintenir l'autonomie et le lien social. En santé mentale, un planning des activités est affiché. De nombreux ateliers sont proposés en extérieur (équithérapie, piscine, bowling, central Park...gites) sur des horaires d'ouverture du public favorisant la réhabilitation sociale. En interne des ateliers comme le partage et la préparation de repas, le réapprentissage d'une vie de famille (locaux sont aménagés tels ceux d'une maison de vie en rez-de-chaussée), babyfoot, jeux de société, prêt de livres. Les professionnels peuvent se déplacer avec l'assistante sociale au domicile en cas d'alerte, par exemple pour la gestion des problèmes personnels des patients (argent, soins aux animaux...tout facteur pouvant déstabiliser le patient), en lien avec les intervenants de ville. Un objectif de réinsertion socioprofessionnelle avec les associations telles "les pieds dans le plat", "stop galère" est mis en œuvre. Des liens sont effectifs avec différents partenaires en psychiatrie pour l'inclusion sociale et condition de vie adaptée comme des appartements thérapeutiques. Il existe une équipe précarité santé mentale qui assure des consultations rapides au sein du service. En USLD, pour maintenir l'autonomie du patient, des activités correspondantes à ses préférences et ses besoins sont proposées aux patients. L'animatrice passe tous les jours, un programme est affiché. L'animatrice diffuse au patient et aux proches un journal interne. Une aide-soignante est autorisée à accompagner le patient en extérieur si besoin pour aller voir ses amis par exemple. En pédiatrie, le projet de suivi favorisant le développement de l'enfant et la poursuite de l'enseignement scolaire est mis en place (école à l'hôpital). Une famille a exprimé avoir attendu l'enseignante pour un enfant qui ne pouvait pas se lever, l'équipe s'est immédiatement mobilisée pour en connaître les raisons et remédier à ce manque. La sortie des patients est organisée et préparée. Une collaboration avec l'HAD privée est en place pour des éventuels transferts avec l'outil Trajectoire. En maternité, un staff de dépistage précoce des situations difficiles est mis en place, et l'accompagnement des mamans est réalisé par des sage-femmes libérales et PRADO si besoin après la sortie. Les patients pris en charge pour une chirurgie thoracique peuvent sortir directement du service de réanimation à leur domicile, ils sont revus en consultations avec le chirurgien thoracique à 48h post sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	99%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour l'ensemble des prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse, staffs pluridisciplinaires en place dans tous les secteurs, ou dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en oncologie. Les dossiers préhospitaliers du SAMU/SMUR font l'objet d'une analyse régulière prenant en compte la pertinence sur la prise en charge et l'orientation des patients. Toute prescription d'antibiotique répond à une justification. L'antibiothérapie est prescrite avec une évaluation systématique et la durée de l'antibiothérapie est obligatoire car elle est bloquante pour la validation de la prescription. Les praticiens peuvent faire appel à un référent antibiothérapie et ont été formés. Il existe un guide de l'antibiothérapie accessible en ligne et la Base «

Claude Bernard » et permet d'obtenir les interactions médicamenteuses. L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée par des revues de dossiers. L'équipe organise 3 fois par an un CSTH (comité de sécurité transfusionnel et d'hémovigilance). En santé mentale, le recours à des mesures restrictives de liberté est argumenté et réévalué. Cette pratique est peu fréquente. Une procédure est formalisée. En SMR, une commission des admissions est en place. La pertinence des admissions et du maintien en SMR sont évalués lors des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires. Les équipes sont coordonnées pour assurer une prise en charge adaptée et continuée aux patients dans tous les secteurs de soins. La coordination pluriprofessionnelle est effective dans l'élaboration du projet de soins des patients. La mise en place de réunions pluridisciplinaires, staffs médico-soignants, transmissions orales et écrites dans tous les services, contribuent à une approche globale et concertée des patients. Ces réunions permettent de fixer les objectifs de soins adaptés en fonction de l'état de santé, de l'évolution du patient et ainsi le réajustement du projet de soins en continu. Le projet de soins intègre les soins de support. On peut citer les réunions pluridisciplinaires dans les secteurs de gériatrie, des staffs hebdomadaires et journaliers en médecine, chirurgie, pédiatrie, et maternité. Un staff hebdomadaire avec l'équipe de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire. Les professionnels de l'USP participent aux RCP d'oncologie. En hémodialyse, un partenariat et une coordination est mise en place avec les autres centres pour permettre aux patients de partir en vacances. En chirurgie ambulatoire, un circuit debout est organisé. Les enfants peuvent partir au bloc opératoire en voiturette. Dans le parcours des patients en situation d'obésité, une infirmière coordinatrice facilite le parcours des patients. En santé mentale, une équipe somatique intersectorielle permet la prise en charge des patients sans médecin traitant. Des réunions collectives de supervision sont organisées par un psychologue (hors présence médecin) et si besoin un entretien individuel avec le patient est organisé. Des ressources d'accompagnement des équipes sont en place avec un maillage serré avec les professionnels de ville (IDE libérale, curatelle), qui alerte facilement l'équipe de l'hôpital de jour, permettant l'évaluation et la prévention des récives (violences, décompensation pathologiques). La coordination des équipes est effective dans le cas où un patient n'est pas orienté dans l'unité faute de place disponible. Aux urgences, les patients sont accueillis et orientés par des professionnels formés à l'accueil et à l'orientation et selon une échelle de tri. Les décisions d'orientation prennent en compte les patients pouvant présenter une situation de handicap, vulnérabilité ou patients âgés. Les délais d'attente moyens par jour et par heure sont affichés dans les salles d'accueil des urgences et les délais d'attente réels sont indiqués par l'IAO dès l'arrivée du patient. A l'unité de soins médico pénitencière, l'équipe est composée de 3 médecins, 1 pharmacien, 3 IDE, 1 cadre de santé, 1 cadre supérieur. Une organisation est en place pour mettre en place des consultations générales et spécialisées correspondants aux besoins des détenus. Les spécialistes de dermatologie, cardiologie, d'endocrinologie, de gastro-entérologie, dentiste ainsi que les radiologues, manipulateurs et kinésithérapeutes se rendent sur place pour pratiquer les examens. 23 ETP prennent en charge les patients au sein d'une unité sanitaire ouverte du lundi au vendredi de 8h à 18h, samedi, dimanche et jours fériés de 8h à 15h. La population concernée est exclusivement masculine. Cette unité délivre des soins somatiques, psychiatriques et psychiques et peut potentiellement concerner jusqu'à 700 patients. Le système d'information utilisé est le même que pour le GHH, la véritable identité du patient est gardée au Greffe qui transmet à la structure une « identité dite probable ». Chaque détenu dispose d'une carte de circulation avec photo (équivalent badge). Les consultations sont réalisées en binôme IDE/Médecin. Des formations ont été organisées pour les personnels pour la gestion de la violence et l'addictologie. Les patients détenus sont également classés en fonction de leur dangerosité ce qui rendra proportionnel le niveau d'escorte requis. 2 chambres carcérales sont installées dans le service de maladies infectieuses permettant ainsi de réaliser des examens plus complexes et complets pour les patients détenus. Les patients n'y séjournent que 48 heures maximum. Le rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privations de liberté avait proposé plusieurs recommandations, celles-ci sont soit en cours de signature après formalisation soit réalisées. Une visite des chambres carcérales a été organisée avec l'administration pénitencière en octobre 2023 afin de valider conjointement les modalités d'engagement et de sécurisation des chambres. Une horloge est en cours de commande et sera prochainement posée et encoffrée afin de respecter les contraintes de sécurité. Une

solution technique est recherchée pour installer un variateur de lumière dans les chambres. Le dossier patient est informatisé (DPI) sur l'ensemble de l'établissement, seul le dossier d'anesthésie pour la partie per opératoire est encore sous format papier. Il est scanné et intégré au DPI. Le dossier est complet et accessible, ergonomique. Il permet l'accès à l'ensemble des données utiles à la prise en charge du patient et les équipes qui l'utilisent ont été formées. Lors de la mise en place du logiciel dossier patient les professionnels ont été accompagnés. Les dossiers des patients sont accessibles dès l'entrée aux urgences par tous les acteurs de soins dans toutes les disciplines. Les dossiers pré hospitaliers du SAMU/SMUR comportent tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient. Les professionnels peuvent avoir recours, si nécessaire à des correspondants experts en interne et en externe dont les modalités de recours sont connues. Une concertation multidisciplinaire est en place avec l'équipe douleur et soins palliatifs et l'équipe de référence des centres de maladies rares au niveau des CHU de référence. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes de pédopsychiatrie se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge. Une infirmière de coordination organise une rencontre entre le patient, sa famille et les futures équipes soignantes. La prise en charge palliative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est coordonnée par la participation de nombreux acteurs dans la prise en charge en soins palliatifs comme les psychologues, socio esthéticienne, sophrologue, réflexologue, art-thérapie, biographe, médiation animale ... Les demandes des patients ou de ses proches sont prises en compte. L'équipe mobile en soins palliatifs intervient auprès des équipes et des patients si besoin. En réanimation, des réunions pluriprofessionnelles sont organisées pour l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA). Un travail très important a été réalisé par l'équipe de la maternité pour la prise en charge du deuil périnatal. Un salon spécifique est mis à disposition des parents qui ont la possibilité d'avoir la remise d'un livret de souvenir. Les parents sont accompagnés dans cette épreuve par l'équipe. La conciliation médicamenteuse est engagée depuis 2012 et évolue fonction des effectifs. Le profil des patients a été défini : patients âgés de 75 ans, polymédicamentés aux urgences, en neurologie, pneumologie, cardiologie. La conciliation peut être également réalisée au regard des comorbidités avec la participation "OMNIDOC" qui intègre le bilan gériatre et pharmacien, sur demande des professionnels de ville. En USIC et en cardiologie la conciliation médicamenteuse est réalisée dès l'entrée du patient mais aussi à la sortie du patient si nécessaire. En santé mentale, l'examen somatique est réalisé à l'entrée du patient par un médecin somaticien, en revanche ses observations et conclusions ne sont pas toujours intégrées dans la lettre de liaison du patient. A la suite du constat évoqué, l'établissement a réalisé un paramétrage du logiciel permettant d'automatiser l'intégration de l'examen somatique dans la lettre de liaison. La prise en charge ambulatoire permettant un accès précoce aux soins psychiques est effective, cependant, les délais de prise en charge en soins psychiatriques ne sont pas mesurés alors que le dispositif est bien structuré et l'évaluation, notamment sur les critères d'alertes, est formalisée. Après la visite d certification, l'établissement a réalisé un paramétrage du logiciel permettant d'automatiser l'intégration de l'examen somatique dans la lettre de liaison. La programmation des actes interventionnels est validée en réunion de programmation, les modalités d'intégration des urgences sont organisées et connus des équipes. La check-list sécurité des patients est utilisée lors des vérifications croisées au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels. A la sortie des patients, la lettre de liaison est remise au patient le jour de sa sortie mais pas toujours par le médecin, en revanche elle est accompagnée d'explications par le professionnel qui lui remet. Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont majoritairement mises en œuvre tout au long de sa prise en charge. En unité d'hémodialyse, les patients ne sont pas identifiés à l'aide d'un bracelet d'identification ni de tout autre dispositif. L'établissement a pris en compte le constat et à mis en place un système de badge pour ces patients pendant la visite. En néonatalogie et unité Kangourou, les nouveaux nés portent des bracelets d'identification. Dans le secteur de réanimation et soins intensifs, les bracelets d'identification ne sont pas posés sur le bras des bébés mais à l'intérieur de l'incubateur. car il a été constaté que les bracelets pouvaient blesser certains enfants dont la peau est très fragile. Une procédure sur cette organisation est formalisée. En cas de sortie exceptionnelle de l'incubateur, un bracelet est mis au bébé mais ce point ne figure pas dans la procédure. Les vigilances sont organisées et les professionnels se sont appropriés

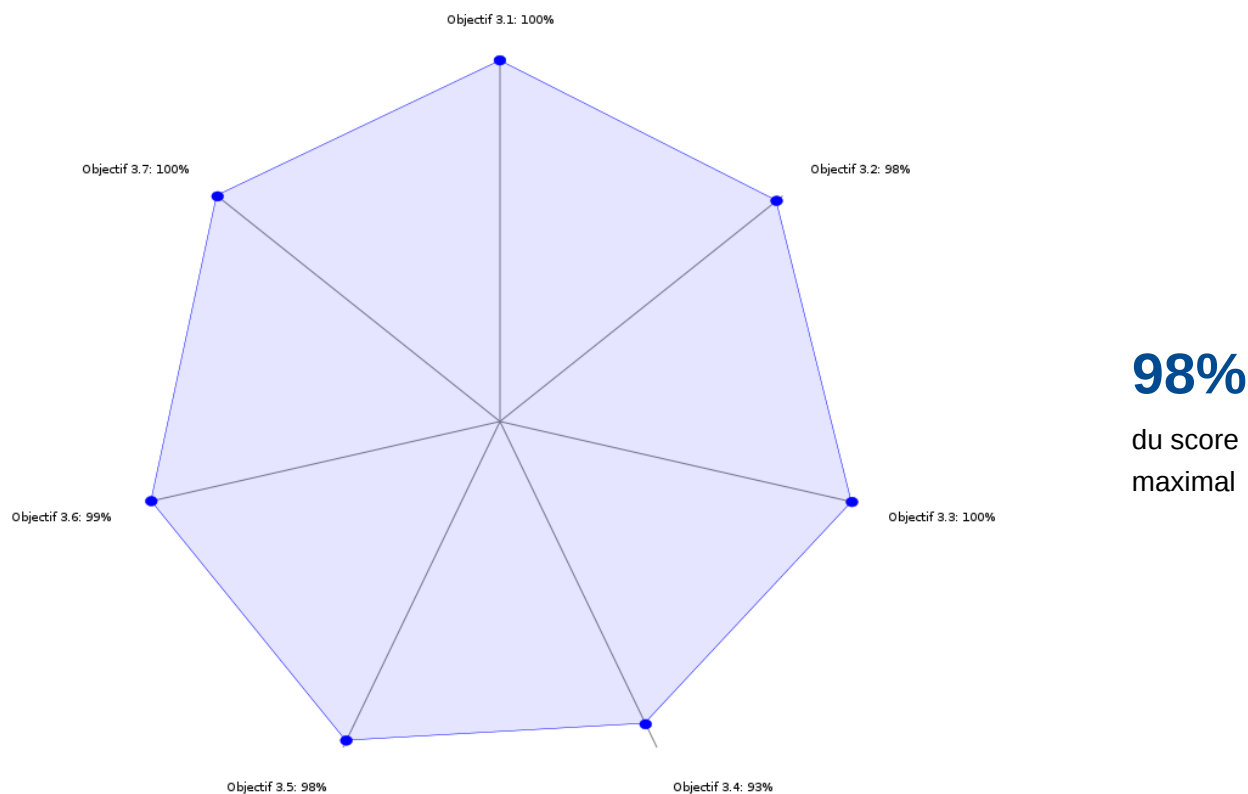
les modalités de déclaration. La prise en charge médicamenteuse est organisée dans son ensemble : prescriptions, analyses pharmaceutiques, dispensation et administration. L'approvisionnement et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux bonnes pratiques. Le stockage des médicaments est organisé. Les médicaments thermosensibles sont stockés dans des réfrigérateurs dont les relevés de températures sont réalisés et tracés. Néanmoins, il a été constaté pendant la visite, dans un service, la rupture de la chaîne du froid. Dans un sac transparent (pas de sac isotherme) de nombreux flacons d'antibiotique thermosensibles laissés dans le poste de soin par le coursier sans prévenir l'équipe de la livraison. Des stockages non conformes aux bonnes pratiques : présence dans le réfrigérateur d'un service, de médicaments périmés (vaccins) . Des médicaments déblistérés dans les armoires de stockage d'un service de par la non-possibilité de reconditionnement (exemple Théralite* et Théralène* non identifiables), les insulines sont retrouvées mélangées avec du Glucagon* sans étiquetage de stockage dans le réfrigérateur dans un service. La reconstitution des médicaments cytotoxiques est réalisée conformément aux bonnes pratiques, dans une unité de reconstitution supervisée par un pharmacien. Le double contrôle est effectif et la libération des produits est assurée après ultime vérification. Le transport des produits vers les sites extérieurs est sécurisé, cependant pour le site central Jacques Monot, les médicaments sont transportés dans des glacières non sécurisées par les professionnels logistiques. Cela a été corrigé pendant la visite par la mise en place de caisses de transport scellées. Les pratiques d'administration sont majoritairement conformes aux bonnes pratiques, cependant, en HDJ de chimiothérapie, l'infirmière ne réalise pas l'injection ou la pose de la poche avec la prescription au plus près du patient. L'IDE, vérifie la concordance prescription/ identification de la poche dans la salle de soins. Elle laisse la prescription informatisée dans la salle de soins. Avant de procéder à l'administration, elle vérifie l'identité du patient au regard de son bracelet et de l'identité sur la poche. Dans un service, en USLD, on retrouve des médicaments déblistérés sur la table de nuit du patient que le patient n'a pas pris, car dit ne pas avoir l'information d'une nouvelle prescription. Les médicaments à risque (MAR) sont identifiés en fonction de chaque service. Les pharmaciens et l'équipe qualité ont porté leur action sur la réflexion des équipes et le sens pour que les professionnels puissent porter une attention particulière sur les médicaments qu'ils utilisent au quotidien. Il a été demandé à chaque service d'identifier 5 médicaments qu'ils jugent à risque majoré. Ces médicaments identifiés ont été validés par le pharmacien chef de service et l'encadrement médical et paramédical. Néanmoins, les médicaments classés comme à haut risque tels que les médicaments Nevers Events ne sont pas tous inclus dans les listes. Par exemple en neurologie, le KCl bien que séparé des autres électrolytes et stocké conformément à la procédure dans un tiroir rouge, il n'a pas été intégré dans la liste. Aux urgences pédiatriques, les ampoules de médicaments anesthésiques (propofol) ne sont pas identifiées comme médicament à risque alors que le doliprane est intégré dans la liste des MAR avec le logo d'identification, le propofol a été immédiatement retiré et stocké dans le chariot d'urgence. Une procédure « médicament à risque » est formalisée, sur laquelle on retrouve bien les 6 classes de médicaments à haut risques (Nevers Events), les mesures barrières, et l'organisation du choix des MAR à risque majoré par service. Sur cette procédure il est indiqué les mesures de sécurisation du KCl, des morphiniques, des insulines, des anticoagulants et des médicaments " look alike". Dans un service, on retrouve un médicament sur lequel le logo médicament à risque est apposé mais qui n'est pas intégré dans la liste. Il y a eu un changement dans le stockage des médicaments et ce logo du casier n'a pas été retiré. Pendant la visite, les discussions ont apporté de nouveaux questionnements de la gouvernance sur ce positionnement et une nouvelle réflexion sera menée afin d'intégrer comme socle, dans les listes, les médicaments Nevers Events disponibles dans les services de soins. La prise en charge des produits sanguins labiles (PSL) est assurée par des équipes selon les bonnes pratiques qui sont diffusées et connues. Il existe un référent IDE d'hémovigilance (HVG) dans chaque service de l'hôpital. L'équipe assure la traçabilité de la prescription, de l'administration, des facteurs de risque, du contrôle pré transfusionnel ultime et de surveillance, des constantes, de la fréquence des mesures, et de la durée de la surveillance dans le dossier transfusionnel dédié et le dossier clinique du GHH. L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge posttransfusionnelle (OAP, TRALI et TACO). L'équipe d'hémovigilance réalise des rappels régulièrement dans

les services auprès des professionnels. Le taux de destruction est mesuré, et communiqué chaque année lors du bilan d'hémovigilance. L'équipe de HVG organise des revues morbi-mortalité (RMM) et des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sur les PSL. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en termes de prescription, de surveillance et de traçabilité. La pertinence de leur maintien est réévaluée tous les jours lors des transmissions inter équipe ou lors des staffs. La préparation pré et per opératoire est réalisée selon les recommandations de bonnes pratiques et tracées dans le dossier du patient, sur la fiche de liaison entre les services. Les équipes appliquent les précautions adéquates (standard et complémentaires) et les règles d'hygiène sont respectées. Pour les précautions complémentaires, le matériel de protection est disponible, des échelles sont positionnées à l'entrée des chambres, une signalétique est apposée sur la porte et une traçabilité est faite dans le dossier du patient. Les isolements sont réalisés au regard des recommandations et chaque situation est vérifiée par l'équipe EOH. Le traitement des endoscopes est réalisé sur 6 sites gérés par un COPIL endoscopie. Les professionnels sont formés et habilités pour le traitement des endoscopes. Une formation en e- Learning est présente sur tous les PC des sites de désinfection. La gestion préventive et curative est effective. Une charte de l'endoscopie est formalisée, connue et appliquée par les professionnels. De nombreux audits et indicateurs sont suivis sur les différents sites : identitovigilance, port des EPI, nettoyage des endoscopes, sécurité examen avant surveillance et traçabilité dans dossier patient. En secteur interventionnel, les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liée aux actes invasifs sont respectées. Les protocoles d'antibioprophylaxie pré opératoires sont connus, prescrits en consultation anesthésie et administrés au bloc opératoire selon les recommandations de la SFAR. Le protocole d'antibioprophylaxie est mis à jour selon protocoles mis en place au CHU de Rouen et de la SFAR L'évaluation de la réalisation de l'antibioprophylaxie est mise en place. Les résultats des audits sont transmis aux équipes via la « lettre du bloc opératoire » et discuté en conseil de bloc. Les actions qui en découlent sont menées par les praticiens et l'EOH. L'équipe opérationnelle CLIN/EOH est composée de 4 IDE hygiénistes dont 3 sont titulaires d'un DU et la 4^{ème} en cours, de 2 médecins hygiénistes, et d'un médecin anesthésiste réanimateur, Président du CLIN. Elle coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins avec les cadres et les référents hygiène des unités de soins. Ses actions sont menées au travers des formations, informations, rédactions des procédures et protocoles et suivies par des audits de pratiques. De nombreux audits en hygiène hospitalière sont menés et intègrent les professionnels. Pour exemple : précautions standard, hygiène des mains, des audits nationaux sur les dispositifs invasifs, la gestion des excréta (audit Eva gest). Un audit national sur la préparation de l'opéré et l'antibioprophylaxie sur 30 patients a été mené en chirurgie orthopédique. Un planning annuel d'audit est formalisé. Un travail collaboratif est réalisé avec les ressources internes notamment la COMAI pour le suivi des antibiotiques, les EOH du GHT, les infectiologues du CHU de Rouen et des ressources externes comme le CPIAS. La communication sur les actions sont organisés par l'EOH et la transmission des informations descendantes et ascendantes par les professionnels référents désignés dans chaque service. Ces professionnels participent aux audits. L'EOH réalise des journées hygiène, pour exemple lors de la semaine de sécurité, un escape Game a été réalisé en partenariat avec les autres établissements du GHT, des ateliers dans la chambre des erreurs, des quizz... Une journée antibiotique avec Quizz a été réalisée. Des actions fortes sont menées sur la prévention des risques liés aux dispositifs intravasculaires (PICC-LINE, MID-LINE). Une EPP est engagée sur ce sujet. Les professionnels sont sensibilisés à la vaccination par des campagnes de vaccination menées par le service de santé au travail. Les professionnels utilisent les équipements de protection individuelle et les dosimètres pour se protéger des rayonnements ionisants. La présence récente d'un PCR (personne compétente en radio protection) a permis de reprendre les recommandations de l'ASN et de rétablir les bonnes pratiques au sein du bloc opératoire. Des formations sur la radioprotection professionnelle ont été ré initiées et les indicateurs de suivis ont été mis en place. Les professionnels ont à leur disposition des dosimètres à l'entrée du bloc opératoire. La gestion est assurée par l'équipe de PCR. Des EPI sont disponibles et portés par les professionnels dans les situations le nécessitant. Les doses délivrées par les amplificateurs de brillance sont répertoriées et tracées dans le dossier du patient. Les informations sur les doses de rayonnement ionisant est intégrée dans les comptes-rendus

d'imagerie remis aux patients. Des audits sur la conformité des comptes-rendus de bloc opératoire ont été réalisés montrant une nette amélioration. La réalisation des examens radiologiques est effectuée par des professionnels habilités (manipulateurs en radiologie, médecins, radiopharmacies). Les professionnels savent expliquer la conduite à tenir en cas d'incidents liés aux rayonnements ionisants notamment en cardiologie interventionnelle. En chirurgie ambulatoire, l'autorisation de sortie « mise à la rue » est validée à l'aide d'un score par les professionnels formés. Le patient est revu par le médecin ou chirurgien avant la sortie pour donner les explications. Le compte rendu opératoire est versé au dossier du patient dans « mon espace santé ». Le carnet de santé pour les enfants est renseigné et remis aux parents. En maternité, les équipes sont formées à la prévention et à la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum. Les procédures sont formalisées et connues. Une EPP est en place et des audits flash sont réalisés tous les 2 mois. En santé mentale, les professionnels sont formés à la gestion des situations de violence. Un plan de prévention partagé est élaboré avec le patient : signes avant-coureurs, repérage des contextes entraînant une perte de contrôle et mise en place de stratégie d'apaisement. Le transport hospitalier est organisé pour s'adapter à l'activité de l'établissement. Le brancardage est centralisé excepté pour le bloc opératoire qui dispose de ses brancardiers. Un logiciel de transport facilite les demandes et la réalisation des transports. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne les chutes, la dénutrition, l'immobilisation et le risque d'escarres. La lettre de liaison à la sortie des patients est éditée le jour du départ mais elle ne contient pas toujours le bilan thérapeutique et le comparatif entre le traitement d'entrée et de sortie du patient. Les équipes analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions pour garantir la qualité et la sécurité des soins, et sont impliquées de façon active. De nombreuses EPP sont menées avec participation des professionnels, pour exemple : au bloc EPP sur le textilome (comptage des compresses), EPP sur les doses de rayonnement ionisants pour les cholangiographies avec le comparatif entre les doses délivrées au niveau de l'établissement et au niveau national, des EPP en hygiène hospitalière et dans tous les services. Les services suivent des indicateurs qui leur sont inhérents. De nombreux audits et quick audits sont également menés dans tous les services. Tous les mardis, un audit intitulé « le mardi des vigilances » est mené dans tous les services par l'encadrement et les résultats sont communiqués aux équipes. Des plans d'actions sont mis en place au regard des résultats. Dans les secteurs interventionnels, une évaluation de la complétude de la check-list est réalisée avec un plan d'actions défini issu d'un travail de groupe pluri professionnel. Des ambassadeurs ont été identifiés au sein du bloc pour accompagner ces actions. L'analyse des GO et des NOGO est régulière et montre qu'il n'y pas eu de NOGO. Un registre de déprogrammation et reprogrammation avec des indicateurs de suivi est en place (255 déprogrammations en 2023 avec un délai moyen de reprogrammation de 5 à 6j). Des audits croisés entre services sont également organisés. Les indicateurs nationaux sont recueillis par les équipes et les résultats sont connus des équipes. Des actions sont mises en place. Pour exemple, les services dont l'indicateur ICSHA est coté C, l'EOH rencontre les équipes pour identifier les actions d'amélioration. Les équipes prennent en compte l'expérience et la satisfaction des patients pour améliorer leurs pratiques. Par exemple, en maternité, un focus groupe est réalisé autour de la restauration (retour enquête e-Satis) avec des actions d'amélioration par la mise en place de collations, en hôpital de semaine et de jour mise en place d'un goûter suite à des retours d'insatisfaction patient sur les repas, en hépato-gastro, à la suite de la réalisation d'un patient traceur (le patient s'était plaint d'avoir un médecin différent chaque jour pendant son hospitalisation) réorganisation du planning médical pour avoir des périodes de 2 à 3 semaines avec le même médecin sur l'unité (satisfaction des soignants et des patients). En santé mentale, une enquête de satisfaction de l'équipe somatique et une enquête de satisfaction de l'HDJ a conduit à la mise en place d'actions comme la mise à disposition du livret d'accueil et la réflexion sur le questionnaire avant la consultation somatique. Les équipes déclarent les événements indésirables associés aux soins (EIAS) et les presque-accidents qui font l'objet d'analyses collectives avec la participation des professionnels. Ils s'appuient sur la méthode d'analyse ORION. Des RMM et des CREX sont en place dans tous les secteurs de soins. Dans chaque service des professionnels référents CREX sont formés à la méthodologie d'analyse pour accompagner leurs pairs. Les professionnels citent des actions mises en

place suite aux différentes analyses de pratiques ou analyse des EI. Les actions décidées sont intégrées dans les programmes qualité et sécurité des soins (PAQSS) des pôles et du PAQSS institutionnel. L'activité des prélèvements d'organes est suivie. L'équipe de coordination et prélèvement d'organes et tissus évalue ses pratiques avec les indicateurs Cristal Action de l'agence de biomédecine (ABM). Le recensement des donneurs potentiels est effectif. Une formation institutionnelle est proposée au niveau du Territoire. Une campagne de promotion au don d'organe est organisée. Une réunion mensuelle est organisée réunissant l'équipe de coordination et les services. Une grille de débriefing est analysée annuellement. Une salle des prélèvements, dédiée aux prélèvements de cornée est installée, au niveau de la morgue. Les procédures sont disponibles dans la gestion documentaire. Un lieu de commémoration est installé au niveau central du Centre Hospitalier Jacques Monot pour permettre aux familles des donneurs de se recueillir.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	93%
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	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Le Centre Hospitalier du Havre appelé Groupement Hospitalier du Havre (GHH) est organisé sur 3 sites. Le site principal Hôpital Jacques Monot, le site Hôpital Pierre Janet qui prend en charge les patients en santé mentale adulte et l'USLD et le site Hôpital Flaubert qui prend en charge les patients en soins de suite et la pédopsychiatrie. Le GHH est l'établissement support du GHT Estuaire de la Seine dont les autres

établissement sont : Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises (Fécamp), Le Centre Hospitalier Intercommunal Caux-Vallée-de-Seine (Lillebonne et Bolbec), le Centre Hospitalier de la Risle (Pont-Audemer), le Centre Hospitalier de Saint-Romain de Colbosc, l'établissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Les Franches Terres (Beuzeville), Les EHPAD Publics du Havre « Les Escales » (Le Havre), l'HEPAD La Belle Etoile (Montivilliers). Il est composé de 9 pôles. Le projet d'établissement 2022-2027 intègre les différents projets dont le projet médico-soignant qui est structuré autour de 4 filières : urgences, chirurgie, cancérologie, gériatrie. Une dynamique de Territoire est inscrite dans le projet d'établissement. Le GHH assure des consultations avancées dans les établissements membres du GHT. Plus de 50 praticiens du GHH interviennent sur le GHT dans diverses spécialités. Le GHH a noué des relations de coopération renforcées avec le CH de la Risle (Pont-Audemer) et le CHI Caux Vallée de Seine (Lillebonne-Bolbec) dans le cadre de la mise en place de conventions de direction commune. Une convention de coopération avec les EHPAD des Escales vise également à fluidifier la filière gériatrique sur le territoire havrais. Des projets architecturaux sont en cours. Entre 2022 et 2030, le GHH a prévu un plan d'investissement composé de plusieurs grands projets immobiliers : La construction d'un nouveau bâtiment sur Flaubert pour les activités de pédopsychiatrie universitaire et des activités de psychiatrie adulte : inauguré novembre 2023 ; la rénovation du bâtiment du Fontenoy sur Monod (modernisation des conditions hôtelières, augmentation du nombre de chambres individuelles et mise en conformité avec le décret tertiaire) : unité en cours de travaux ; l'agrandissement et la réorganisation du service des Urgences : démarrage début 2025 ; la construction d'un nouveau bâtiment permettant de déménager les activités SMR sur le site de Monod (démarrage de travaux en 2025) ; la réhabilitation des pavillons d'hospitalisation de l'Hôpital Pierre Janet : urgences réalisées, unité Boréal en cours. Le GHH est l'un des copilotes du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) depuis le lancement de la démarche en 2018. Il porte 11 des 15 actions financées dans le contrat territorial de santé mentale. 6 groupes de travail sont en cours : « Ruralité » ; « Enfance et parentalité » ; « Personnes vieillissantes » ; « Déstigmatisation de la santé mentale » ; « Logement inclusif » ; « Réhabilitation ». Des actions communes sont mise en œuvre à l'ensemble des contrats de la Région Normandie comme : l'élaboration d'un guide de santé mentale et son site Web ; formation de formateurs en premiers secours en santé mentale ; établissement et mise en œuvre d'un plan de formation territorial gradué à trois niveaux, déclinaison de la politique nationale de la prévention du suicide; formation des formateurs «changer de regard » ; rétablissement / Empowerment avec le Développement des formations en réhabilitation psychosociale. Le GHH est investi dans les conseils d'administration de la CPTS (communauté professionnelle de Territoire) et du DAC (Dispositif d'appui à la coordination). La télé-expertise, l'organisation des entrées directes et la préparation de la sortie font partie des sujets de coopération avec les professionnels de ville. L'accès aux soins non-programmés est organisé par le service d'accès aux soins (SAS) dans le cadre d'une coopération entre le SAMU et les professionnels de ville. Le GHH a également signé une convention-cadre avec la Ligue Havraise afin de renforcer l'accès aux soins et d'améliorer les parcours de soins des personnes en situation de handicap. Les pratiques de télémedecine se sont développées dans plusieurs spécialités, notamment pour le suivi de patients chroniques (diabétologie, néphrologie, insuffisance cardiaque). La filière gériatrique est organisée de manière à limiter la durée de séjour aux urgences et à éviter le passage par les urgences par un parcours formalisé par la plateforme d'expertise gériatrique sur le court séjour. Des solutions d'accès aux soins sans passage par l'hôpital sont en place, comme le service d'accès aux soins (SAS), des équipes mobiles, plateforme d'expertise gériatrique, et PASS. L'accès est aisé pour les médecins de ville auprès des spécialistes grâce à la diffusion de l'annuaire direct et l'organisation des IDE de flux/programmation. De nombreuses entrées directes sur certaines spécialités : médecine interne, diabétologie, rhumatologie, dermatologie, cardiologie, neurologie sont organisées. Un groupe de travail ville-hôpital permet d'appuyer la politique d'ouverture sur la ville. Des temps d'information sont organisés comme des soirées périnatales, soirées pédiatrie ... Des fiches de liaison sur le handicap et les situations complexes sont formalisées. La communication avec les usagers est facilitée par le site internet modernisé en 2021 et mis à jour par les services, les coordonnées des secrétariats disponibles sur le site internet et les documents de liaison, le

déploiement du logiciel Doctolib, le DMP accessible aux patients et un standard fonctionnel 24h/24. Dans le cadre de la dynamique d'universitarisation du GHH, l'établissement compte 3 praticiens universitaires (pneumologie, pédopsychiatrie et oncologie), ainsi que 3 chefferies de service communes GHH-CHU de Rouen placées sous la responsabilité d'un PU rouennais (anesthésie, ophtalmologie, anapathologie). Cette dynamique a permis de renforcer également les coopérations en matière de recherche clinique. Une communication est réalisée une fois par an en CME, en CSIRMT, à la réunion d'encadrement institutionnelle et cadres de santé, des enjeux de la recherche clinique au sein du GHH afin de mobiliser les professionnels qui le souhaiteraient. Une présentation est également réalisée à l'Institut de formation professionnelle pour sensibiliser les jeunes professionnels et les futurs professionnels du GHH. Des informations sont diffusées via le journal interne « Fil Actu ». Une journée a été organisée en mai 2023. Une cellule de Recherche Clinique (RC) depuis 2015 est en place avec une direction adjointe à la recherche clinique. Des réunions semestrielles de la commission de la recherche clinique sont présidées par le président de la CME réunissant au moins un professionnel par équipe de recherche et les Praticiens Universitaires du GHH. Le recensement de tous les projets et souhaits de recherche est effectif par la centralisation au sein de la cellule de RC. 5 postes de techniciens et IDE en RC ont été pourvus. Le GHH, participe à une plateforme régionale sur les maladies rares. Le suivi des scores SIGAPS-SIGREC est assuré et présenté en CME. L'expression des patients est recueillie au travers de l'enquête e-Satis, des questionnaires de satisfaction remis à la sortie des patients et des enquêtes de satisfaction menée dans les services. L'évaluation de la satisfaction et expérience des patients est un axe du projet qualité et du projet des usagers. Le Dispositif e-Satis MCO 48h, e-Satis chirurgie ambulatoire et e-Satis SSR est mis en place. Le taux de retour est de 30,4%, et n'a cessé d'augmenter depuis 2017 (18,2%). La communication des résultats e-satis est réalisée en CDU, CME, CODIR, comité de pilotage qualité, CSIRMT, services de soins. Une synthèse est réalisée par le représentant des usagers sur les principales attentes des patients. L'expérience et la satisfaction des patients est un indicateur qualité des contrats de pôle. Le recueil de l'expérience des patients est développée au sein du GHH par plusieurs actions mises en place comme par exemple, un focus group qui a été réalisé en maternité, les patients ont été sollicités et rencontrés pour échanger sur leur vécu et faire part de leurs idées pour la rédaction du projet des usagers, un entretien a été mené pour évaluer la prise en charge d'un patient en situation de handicap, une rencontre de patients de SMR a été organisée pour la construction du nouveau bâtiment. Le recueil de l'expérience patient est réalisé également au travers des patients traceurs : 80 patients traceurs réalisés en 2021 et 2022 et l'analyse a été présentée en comité de pilotage qualité qui a conduit à des actions d'amélioration (information patient, connaissance des RU). Des actions mobilisant l'expertise des patients sont engagées. Un patient expert dans le service d'addictologie anime les groupes de parole. Les patients bénéficient de programme d'éducation thérapeutique dans le service de diabétologie, les ateliers de l'asthme en pneumologie, avec des associations des jeunes de l'asthme, les petits doudous... Les patients experts interviennent dans des formations sur le diabète. Des patients sont sollicités via le président des représentants des usagers pour participer à des analyses d'évènement indésirable en fonction de la nature de l'EI. Le respect des patients est promu dans l'établissement et la gouvernance prône la bientraitance. C'est la thématique centrale du projet de soins 2013-2023 et une valeur transversale inscrite dans le projet d'établissement. Les professionnels ont un positionnement bienveillant et sont sensibilisés et formés aux situations à risque et facteurs de maltraitance pour favoriser leur détection. En 2023, une évaluation des pratiques a été conduite permettant de remobiliser les soignants autour de la bientraitance. Une charte de bientraitance est formalisée et diffusée. Les cadres sont mobilisés pour repositionner la thématique sur la bienveillance au cœur des prises en charge au sein d'équipes rajeunies. Les recommandations de bonnes pratiques et outils pour le signalement et la prise en charge de situation de maltraitance sont formalisées et connues des professionnels : signalement de maltraitance sur mineur, le médecin face à la maltraitance, objectifs pédagogiques pour les internes en pédiatrie, prise en charge des femmes victimes ou supposées victimes de violences au sein du couple, OPP, accueil d'un mineur à l'UMJ, prise en charge des patientes victimes de violences intra familiales et de dépôt de plainte simplifié, modalités de fonctionnement de l'équipe mobile d'évaluation gériatrique à domicile. La convention santé-

sécurité-justice a été signée en 2021. Un protocole d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein du GHH a été signé avec la Gendarmerie en 2022 et en 2023 avec la Police Nationale. Les modalités de traitement des signalements d'actes de maltraitance d'un professionnel du GHH ou d'une personne participant au service public hospitalier envers un ou plusieurs usagers peut se faire selon plusieurs circuits : signalement EI, courrier de réclamation, rapport administratif. Ces signalements sont présentés en CDU qui formule des recommandations au regard de certaines réclamations reçues. Les professionnels sont formés aux techniques de communication avec les patients comme au travers d'actions de formations des professionnels sur le droit des usagers, « améliorer la communication auprès de l'utilisateur » ...Une attention particulière est portée sur l'anticipation et l'écoute des besoins du patient. Les plaintes et les réclamations font l'objet d'un suivi et un rapport annuel est présenté en CME, au Directoire, CSIRMT, en commission qualité et au conseil de surveillance. Les représentants des usagers (RU) examinent les plaintes ou réclamations en amont de la CDU en comité restreint et assurent une cotation de criticité. La médiation est proposée aux patients en concertation avec les RU. Des actions sont mises en place à la suite de l'analyse des plaintes et réclamations, pour exemple, modification du tarif abonnement parking, actions de sensibilisation auprès des personnels sur la personne de confiance et les directives anticipées, création de la commission handicap, facilitation des démarches administratives des usagers à l'accueil. Les représentants des usagers (RU) sont très impliqués au sein de l'établissement. Ce sont eux qui élaborent l'ordre du jour de la CDU. Ils sont impliqués dans les instances tels que le CLUD, CLAN, CLIN et conseil de surveillance. Un RU participe à l'analyse des EI en CREX institutionnel et est formé à la méthode ORION. Le projet des usagers est formalisé. Ils assurent des interventions auprès des professionnels et des patients sur la place et le rôle des RU ainsi qu'en Institut de Formation des Soins Infirmiers. Un Focus groupe « implication des représentants des usagers » est organisé. Ils sont intégrés dans les groupes de travail tel que la convention de partenariat avec les associations d'usagers. Les RU mettent leur expertise au service de différents projets (soutien patients, mise en place à leur demande d'une commission du handicap, aménagement nouveaux services, point régulier en CDU des EIG). Un représentant des usagers participe au CREX sur les thématiques suivantes : risques liés aux soins, médicaments et identité. Les RU expriment qu'ils sont écoutés par la gouvernance et associés aux décisions. Les locaux de l'établissement sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Des ressources sont mobilisées pour les patients en situation de handicap ou de vulnérabilité. Ainsi, par exemple, mise en place de Handi'consult, programmation des consultations en fonction des vulnérabilités des patients, CeGidd (centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic), plateforme d'expertise gériatrique, service social du GHH et interprétariat téléphonique. Des équipements spécifiques sont à disposition du public comme des fauteuils roulants. Pour les patients en situation de précarité, des kits de toilette ou des vêtements leur sont fournis. Ils sont également orientés vers la PASS pour être accompagnés dans leurs droits et accès aux soins. La remise des dossiers est effective pour les patients qui le demandent. Un formulaire de demande d'accès au dossier médical est téléchargeable sur le site du GHH. Les délais de remise des dossiers sont suivis, analysés et présentés en CDU une fois par an. L'alimentation du dossier médical partagé dans « mon espace santé » est organisé néanmoins une majorité des patients n'a pas encore connaissance de ce dispositif. Le GHH favorise les travaux de recherche et l'inclusion des patients dans les essais cliniques. Une convention cadre de coopération avec le CHU de Rouen est mise en place. Le GHH participe à un groupe de travail « Haute Normandie », et est engagé dans un partenariat avec le CLCC Becquerel autour de la médecine nucléaire, radiothérapie et l'oncohématologie. 88 sont des études ouvertes à ce jour, 1947 sont inclus dans les essais cliniques. Déploiement en cours d'une politique urbanisée d'intelligence artificielle en imagerie avec une solution unique (6 algorithmes). La gouvernance fonde son management sur la qualité avec une structuration de la politique qualité à tous les niveaux stratégiques. Le PAQSS est décliné par thématique, pôle et services. Il intègre les EI, IQSS, audits, réglementation et les références HAS. Un point d'informations et de suivi est réalisé à chaque CME et CSMIRT et en réunion cadres de santé. Le PAQSS est suivi et actualisé tous les semestres. Un Copil Qualité est en place ainsi qu'une contractualisation avec les pôles pour les projets qualité et sécurité des soins. Des réunions mensuelles avec le

CODIR, PCME, et trio de pôle sont organisées. Le Directeur Général, le Président de la CME et le Directeur des soins participent à tous les comités de pilotage restreints et élargis. Des actions de sensibilisation des professionnels sont animées par les managers de l'établissement : 42 animateurs, tous les directeurs, cadres supérieurs de santé, médecins responsables de pôle, médecin coordonnateur des risques, sage-femme qualité, chargés de projet de pôle ce qui a donné 144 rencontres Gouvernance / services de soins soit 1260 professionnels rencontrés. La politique EPP, la dynamique d'évaluation des pratiques, les CREX/RMM, le suivi des indicateurs par pôle contribuent au management par la qualité et à l'ancrage de la culture qualité et sécurité des soins dans tous les services et par tous les professionnels. L'équilibre entre les professionnels permanents et les activités est assuré par la disponibilité des ressources en compétence afin de garantir la permanence des soins avec différents recours possibles. Les effectifs sont fixés sur la base de maquettes organisationnelles, établies en fonction de l'activité et la charge en soins. Le dialogue de gestion permet un réexamen régulier de la situation. Un accompagnement extérieur peut être sollicité dans certains cas.

L'affectation des moyens en fonction de l'activité relève de la responsabilité des pôles, en lien avec la Direction des Soins et la Direction des Ressources Humaines. Des personnels dits polyvalents sont affectés au niveau des pôles et susceptibles d'être mobilisés (notamment) sur l'ajustement de l'organisation par rapport à l'activité. Divers moyens sont dédiés au remplacement : polyvalents/pools, mensualités, heures supplémentaires, à titre très exceptionnel, vacataires. Il n'y a pas d'intérim pour le personnel paramédical. Tous les professionnels non médicaux exerçant des responsabilités d'encadrement bénéficient d'une formation au management : La Direction des Soins a développé un dispositif interne de formation et d'accompagnement des faisant-fonction cadre de santé. Ce dispositif a été renforcé en 2023 et associe désormais les nouveaux cadres administratifs et techniques. Des actions d'accompagnement et de coaching peuvent également être inscrites au plan de formation. Une formation à l'adaptation à l'emploi pour les cadres supérieurs est organisée. Des séminaires de pôle sont réalisés chaque année pour la cohésion d'équipe. Une psychologue du personnel réalise des actions de soutien auprès des managers. Elle participe également au dispositif interne de formation et d'accompagnement des faisant-fonction cadres. Le GHH favorise et valorise la mise en œuvre de projets collectifs. Une cellule projet et innovation (CPI) est une instance mixte médico et non médico qui se réunit tous les 15 jours. 41 projets ont été présentés en la CPI en 2023. Cela permet un accompagnement méthodologique à la préparation et à la mise en œuvre des projets et la valorisation des équipes investies dans les démarches projet. Pour exemple, 16 projets récompensés en 2022, 102 professionnels représentants tous les métiers de l'hôpital ont été récompensés lors d'une cérémonie pour les lauréats en 2023. Une prime d'engagement collectif est allouée aux pôles. Une évaluation de la culture du travail en équipe (enquête Forap HAS) a été menée au sein des équipes du bloc central et bloc obstétrical pour développer une démarche d'accréditation en équipe. Un projet type PACTE est en cours avec la prise de contact avec l'équipe de maternité du CHU de Nantes pour un accompagnement dans cette démarche. En santé mentale un projet PACTE doit démarrer en début d'année 2024. Un travail a également été mené sur la synchronisation des temps d'équipe dans les services. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives sont développées. Un plan de formation annuel est élaboré. Les besoins de formation sont exprimés à l'occasion des entretiens d'évaluation annuelle et constituent la base du travail d'élaboration du plan de formation. Des dispositifs d'évaluation renforcés sont mis en place pour les publics spécifiques : nouveaux arrivants (évaluation à chaque fin de contrat), agents reprenant un poste de travail après une absence longue (évaluation renforcée à 3 et 6 mois). Le suivi et l'adaptation des compétences en fonction des secteurs est mis en œuvre, pour exemple, suivi des compétences sur le pôle médico chirurgical adulte, affectation des IBODE en fonction des interventions, ajustement au niveau des MERM, accompagnement des ARM sur le SAS, etc. La montée en compétence est favorisée par le plan de formation pour permettre aux professionnels d'obtenir des formations diplômantes, par exemple, 80% des IBODE sont diplômées, l'objectif est de passer à 100%, 5 IDE sont formées en pratiques avancées et de nombreux professionnels sont titulaires de DU. Le GHH promeut et soutien le recours au questionnement éthique. Un comité éthique est en place depuis de nombreuses années. La présidence est nouvelle, une RCP éthique est en cours de création pour les discussions éthiques autour de cas complexes et

la saisine du comité éthique. La composition est mixte : médecins, professionnels de santé, représentant des usagers, sociologues, représentants des religions. Un état des lieux est réalisé, les questionnements éthiques portent sur l'identitovigilance des personnes transsexuelles, la confidentialité des données médicales des patients détenus sortis de prison, la génétique dans la procréation médicale assistée (PMA), les comptes rendus de radiologie dans le DMP avec la lisibilité d'une maladie grave avant la consultation médicale... En unité de soins palliatifs une RCP éthique est mise en place. La Qualité de Vie au Travail (QVT) est positionnée au cœur du projet social de l'établissement. La Direction se donne pour objectif de faire avancer les différentes dimensions de la qualité de vie au travail, en tenant compte des attentes propres à chaque équipe et agent. L'établissement s'est engagé dans le déploiement régional du baromètre social de l'ANFH (1er trimestre 2024). Plusieurs équipes sont engagées dans des démarches QVT spécifiques, à l'initiative notamment de l'encadrement médical et paramédical (ex: médecine infectieuse, neurologie). La volonté de l'établissement est de s'appuyer sur les initiatives locales, adaptées à chaque contexte pour emporter l'adhésion des professionnels. La négociation d'accords collectifs a été engagée ces dernières années : élections (signé), financements Ségur (pas de signature), télétravail (en cours, signature à venir). Sur proposition d'une représentante CGT, l'année 2024 devrait conduire à la mise en place d'un groupe de travail sur « le travail de nuit ». Des actions QVT sont mise en place comme par exemple, l'égalité professionnelle : 1er plan d'égalité professionnelle, convention FIPHFP et chargé de mission Handicap ; Santé au travail : renforcement de l'équipe pluridisciplinaire en quantité et qualité (2 collaborateurs médecins, 2 IDEST dont 1 spécialisé en ergonomie, 1 préventeur des risques, 2 psychologues auprès du personnel). Un panel d'actions sur le bien-être a été mis en œuvre en s'appuyant sur des ressources internes (kinésithérapeutes, ostéopathes, professionnels des services formés) et externes (partenariats avec les mutuelles) par exemple des forums bien-être sont organisés chaque année, mise en place d'une bulle bien être. Des actions sociales sont également mises en œuvre telles que la crèche hospitalière et l'amicale du personnel. Des médiations internes sont réalisées depuis plusieurs années par une psychologue auprès des professionnels médicaux et non médicaux. Le renforcement de ce dispositif est prévu pour 2024 : nomination officielle de la psychologue dans ses fonctions de « Médiatrice des relations professionnelles », formalisation d'une procédure de médiation intégrant le dispositif interne dans le cadre du dispositif régional et national de médiation. Le GHH dispose par ailleurs d'une assistante sociale auprès du personnel. En santé mentale : réunion d'équipe pour débriefer des situations difficiles, possibilité de recours à la psychologue de la Médecine du Travail. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maîtrisée. La gestion des lits d'aval en situation de tension est organisée par un suivi du besoin journalier en lits d'aval. Un dispositif existe en cas d'hôpital sous tension : mise en place d'une cellule de crise restreinte, outil de communication pour les alertes, pop-up et le recensement des lits sur les établissements du GHT (fichier Excell partagé). Les places disponibles en temps réel peuvent être consultées sur un logiciel consultable par l'ensemble des cadres de l'établissement (dont les cadres de flux des urgences) et par les référents Bed management dans les services. L'organisation de l'encadrement permet d'avoir en permanence un cadre de santé capable de gérer les lits d'aval des urgences (cadres des unités en journée, cadre de nocturne, cadre de nuit et cadre de week-end). Le GHH est organisé par un Comité de pilotage (COPIL) SSE institutionnel, un COPIL restreint composé de référents SSE et une équipe opérationnelle. Le comité de pilotage travaille en réseau avec les établissements du GHT, l'ARS, Rouen et la préfecture de Normandie. Les risques sont identifiés : liés à l'environnement extérieur : risques naturels et climatiques, infectieux, technologiques et malveillants, liés à l'environnement interne : incendie ou inondation, panne électrique, téléphonique, rupture d'approvisionnement. 5 Plans sont formalisés (ORSAN) avec des fiches réflexes. Une collaboration inter-service SAMU / Pharmacie permet l'entretien des moyens matériels SSE. Le GHH travaille en concertation avec le GHT (RH et matériels) et les établissements privés du territoire qui peuvent activer leur plan blanc en parallèle. Des exercices sont organisés : exercice cyber sécurité « Chrysalide » ; exercice Antifer ; exercice contre-terrorisme maritime ; exercice PPI zone industrialo-portuaire du Havre, exercice ORSEC NOVI tunnel Jenner ; exercice « tuerie de masse » Carré des docks et des retours d'expérience : RETEX réalisé systématiquement sous le format

Débriefing « à chaud » puis RETEX « à froid ». La Coordination est effective pour les différentes vigilances. Les représentants des vigilances se réunissent 2 fois par an dans le cadre du COVIRIS pour présenter et échanger sur leurs bilans et leurs projets et identifier des problématiques communes. Le service de santé au travail gère l'information, la prévention et la surveillance des professionnels quant aux différentes vaccinations obligatoires ou recommandées. Un espace d'information lui est dédié sur l'intranet du GHH. Il assure la mise à disposition à titre gratuit des vaccins à tous les professionnels. Lors des campagnes de vaccination antigrippale, il organise des permanences de jour et de nuit sur les 3 principaux sites. Afin d'augmenter la couverture vaccinale, cette année des relais vaccinateurs ont été identifiés en réanimation médico-chirurgicale, au SAMU/SMUR, aux urgences et dans les services de pédiatrie. L'information est réalisée : "Fil Actu", affichages, mail et note d'information. L'analyse des freins est réalisée par la Direction Qualité Gestion des Risques (DQGR) et le service de santé au travail. Le plan de sécurisation du GHH est opérationnel et adapté : protection périmétrique des sites (clôtures, barrières, anti-béliers...) ; protection périphérique des bâtiments (contrôles d'accès, anti-intrusion, flux personnels et publics...) ; sensibilisation et formation du personnel ; systèmes de sûreté (vidéosurveillance, contrôle d'accès, anti-intrusion) pilotés par le Service Sécurité ; convention Santé-Sécurité-Justice déclinant un certain nombre de situations, notamment la sécurisation de l'établissement en situation d'attentat. Les situations à risque pour les patients et les professionnels sont répertoriées à travers l'analyse des risques établie au Plan de Sécurisation d'Etablissement. En revanche, la sécurisation des biens des patients n'est pas totalement finalisée. Il reste des services où les chambres ne sont pas munies de dispositif de sécurisation pour entreposer les biens des patients. Cette problématique est identifiée et inscrite au plan de travaux pour l'année 2024. Les risques numériques font l'objet d'une démarche de sécurisation. L'établissement a déployé l'usage de la messagerie sécurisée de santé au sein de l'outil de messagerie institutionnel. Cette information a fait l'objet de plusieurs communications. Une information concernant Mon Espace Santé et le DMP est délivrée via le site internet du GHH, le livret d'accueil, ainsi que par une rencontre avec l'Assurance Maladie mais les professionnels rencontrés du bureau des admissions indiquent ne pas encore faire la promotion du DMP et de Mon Espace Santé dans le cadre de leur prise en charge. La promotion de l'usage de la messagerie citoyenne est faite et le Dossier patient permet l'envoi direct de documents par cette messagerie, qui est d'ores et déjà utilisée par le Centre Médical d'AMP. La politique du développement durable (DD) est déclinée dans le projet d'établissement, le référent DD au GHH est nommé et l'embauche prévue d'un CTEES pour le GHT en 2024. Le plan de maîtrise des risques environnementaux est formalisé et le diagnostic initial réalisé. Un maillage de référents par unités, services et pôles est mis en place. Un Copil restreint (directeurs, cadres, médecins,) se réunissent mensuellement. La Commission Développement Durable est divisée en 4 sous-groupes : Déchets/ mobilité douce/Restauration/Unités durables. Le suivi des consommations énergie et eau est assuré mensuellement avec étude comparative de l'année N-1. Une analyse des dérives et des causes (climat, rupture, activité) est réalisée avec l'élaboration d'un plan d'actions pour les réductions de consommation. La production d'eau chaude sanitaire et chauffage est réalisée avec l'appui énergie solaire (CAMSP, UAC, France et Liberté sur Flaubert). Des filières adaptées pour les déchets sont mises en place : 8 filières valorisées (carton, papier, métal « P'tits Doudous », plastique industriel, D EEE, radios argentiques, piles et consommables d'impression : cartouche et toner). 9 filières non valorisées (Ordures Ménagères, DASRI avec nouvelle procédure, encombrants, matelas, huiles alimentaires, effluents de laboratoires, contenants souillés, boues de blanchisserie, déchets verts). Sont en cours des actions sur les verres ménagers et les bio déchets en phase de test. Des actions de sensibilisation au DD sont réalisées par des communications régulières qui sont réalisées dans le journal interne « Fil actu » et par des conférences. Néanmoins, la gestion des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) n'est pas toujours respectée par toutes les équipes, dans un local des sacs non identifiés et restés ouverts ont été retrouvés ainsi que des boîtes à objets coupants et tranchants non étiquetées au service. La prise en charge des urgences vitales est organisée, matériel à disposition des équipes, évalué, vérifié et traçabilité des vérifications. Un numéro unique d'appel pour les services intra établissement (15+1) sont connus des professionnels et affichés près des chariots d'urgences vitales. Un groupe multidisciplinaire institutionnel de la Chaîne de survie Intra Hospitalière

(CSIH) est en place et se réunit une à deux fois par an. Ses missions sont définies : mise à jour de la réglementation en matière d'urgence vitale et du contenu des chariots sacs urgence vitale, traitement des dysfonctionnements en lien avec la CSIH, évaluation des chariots et sacs d'urgence vitale, des registres d'utilisation des chariots/sacs. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes d'urgences (AFGSU) et le taux de professionnels formés est suivi. Des exercices de simulation aux urgences vitales sont organisés par le CESU en formation courte dans les services qui le demandent. La Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est un axe fort du projet d'établissement. La démarche qualité est structurée de manière très précise, pour assurer la déclinaison de la Politique et son articulation avec le fonctionnement des services. Les contrats de pôle comprennent un volet qualité avec des objectifs assortis d'indicateurs qui sont suivis lors des dialogues de gestion. A chaque commission, une présentation des bonnes pratiques ou nouvelles recommandations est organisée et diffusée par mail à tous les praticiens. Le recensement des revues de pertinence réalisées dans les services et des projets (démarche coordonnateur des risques associés aux soins et pôle) est assuré par l'équipe qualité gestion des risques. Les recommandations nationales font partie intégrante de l'actualisation des connaissances des praticiens. Elles sont évoquées lors des staff, RMM ou revue de bibliographie. L'ensemble des cadres assurent un relai très efficace auprès de leurs équipes concernant les plans d'actions à mettre en place, les différents résultats des indicateurs et des audits et/ ou évaluations. Les actions issues des services incrémentent le PAQSS en continu. Les professionnels sont intégrés dans des groupes de travail ou sont référents de thématiques qualité et sécurité des soins. Le PAQSS du GHH intègre plusieurs actions prenant en compte l'expérience du patient. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis par les équipes sur le terrain accompagné par la direction qualité. L'analyse est réalisée et un retour ciblé est organisé au sein de chaque pôle avec des objectifs fixés et des plans d'action à mettre en place. Exemple : plan d'actions d'amélioration formalisé dans le PAQSS du GHH (AVC, lettre de liaison, évaluation de la douleur, PCC, antibiothérapie, e-Satis). La déclinaison des indicateurs est formalisée dans des tableaux de bord de service « indicateurs qualité et sécurité des soins ». La gouvernance a mis en place un intéressement des pôles sur la progression et l'atteinte des objectifs. Le dispositif de fiche d'événement indésirable est en place et connu des services. Un CREX institutionnel et des CREX de pôle sont en place. Le CREX institutionnel traite des thématiques transversales. Lors de chacun des CREX des pilotes sont désignés et un membre de l'équipe QGDR y participe. Le maillage est réalisé par la DQGR entre tous les CREX et RMM. Les fiches d'EI sont toutes réceptionnées au niveau de la DQGR et diffusées en fonction du pôle et service au cadre, chef de service et déclarant et en fonction de la thématique de l'EI aux pilotes de groupe transversaux ou experts des vigilances. Un point EI hebdomadaire est réalisé par la DQGR pour avoir la vision globale de tous les EI notamment en terme de fréquence ou récurrence. En fonction de l'EI déclaré l'analyse est réalisée soit en CREX si l'EI est organisationnel soit en RMM si l'EI est médical. Un projet est en cours pour réaliser des analyses avec les libéraux (CPTS). Un bilan annuel des RMM est formalisé et transmis à la DQGR. Le suivi de toutes les actions est réalisé au travers du PAQSS et d'un tableau de bord et programmes des différentes commissions. Une newsletter intitulée COMCREX est envoyée après chaque CREX transversal à l'ensemble des directions, des médecins et cadres. Les bilans CREX et RMM sont présentés aux instances et en COVIRIS. L'annonce d'un dommage liée aux soins est réalisée et tracée. Des formations sont en place. Une charte d'engagement à la déclaration des EI est formalisée et connue des professionnels. Le travail en équipe (l'accréditation des médecins) est un axe prioritaire du projet qualité et gestion des risques 2022-2027. Un chirurgien est accrédité depuis plusieurs années à titre individuel. La promotion des démarches d'accréditation en équipe a été présentée à la CME (mars 2023) et les chefs de pôle ont été sollicités pour inciter leurs praticiens à répondre positivement à cette démarche. Un projet d'accréditation d'équipe en imagerie avec le nouveau Chef de Service du CHU de Rouen est en réflexion.

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	760780726	CENTRE HOSPITALIER DU HAVRE	55 bis rue Gustave Flaubert BP 24 76083 Le Havre FRANCE
Établissement géographique	760805770	GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE-HOPITAL JACQUES MONOD	29 rue Pierre. Mendes France 76290 Montivilliers FRANCE
Établissement géographique	760781070	GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE-HOPITAL PIERRE JANET	47 rue de Tourneville 76600 Le Havre FRANCE
Établissement géographique	760780882	PEDO PSYCHIATRIE BOLBEC	13 RUE LOUISE MICHEL 76210 Bolbec FRANCE
Établissement géographique	760026161	PEDO PSYCHIATRIE FECAMP	23 AVENUE GAMBETTA 76400 Fecamp FRANCE
Établissement géographique	760026120	HOPITAL DE JOUR ADULTES LILLEBONNE GHH	CHI CAUX VALLEE DE SEINE RESIDENCE SAINT LEONARD RUE DU 8 MAI 1945 76170 Lillebonne FRANCE
Établissement géographique	760025411	HOPITAL DE JOUR ENFANTS DUFY CH LE HAVRE	4 rue de Lanfant de Metz 76600 Le Havre FRANCE
Établissement géographique	760025403	LES JARDINS DE CHARCOT CH LE HAVRE	HOP JOUR SAFT CMP CATTP ENFANTS 26 rue Jean Charcot 76600 Le Havre FRANCE
Établissement géographique	760921213	CATTP ADULTES CAUCRIAUVILLE CH LE HAVRE	67 rue Maximilien de Robespierre 76610 Le Havre FRANCE
Établissement géographique	760918482	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ADULTES GALLIENI CH LE HAVRE	15 rue Maréchal Gallieni 76600 Le Havre FRANCE
Établissement		CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	1 RUE DES GRAINETIERS 76290 Montivilliers FRANCE

géographique	760807636	ENFANTS MONTIVILLIERS CH LE HAVRE	
Établissement géographique	760801530	CTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE ENFANTS CAUVRIAUVILLE CH LE HAVRE	2 rue de Dieppe 76610 Le Havre FRANCE
Établissement géographique	760026112	PSYCHIATRIE ADULTE BOLBEC	SECTEUR 76G17 76 rue Léon Gambetta 76210 Bolbec FRANCE
Établissement géographique	760035675	CEGIDD ANTENNE FECAMP - GHH	3 rue Henri Dunant 76400 FECAMP FRANCE
Établissement géographique	760035667	CEGIDD LE HAVRE - GHH	55 rue Gustave Flaubert 76050 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760037275	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE LILLEBONNE	RESIDENCE DU MOULIN Avenue de Clairval 76170 LILLEBONNE FRANCE
Établissement géographique	760037291	PSY LIAISON ADULTES LILLEBONNE GHH	19 avenue du Président Coty 76170 LILLEBONNE FRANCE
Établissement géographique	760035543	CMP CATTP ETMDA N. DAME DE GRAVENCHON	FOYER DES SPORTS PLACE DES MARRONNIERS 76330 NOTRE DAME DE GRAVENCHON FRANCE
Établissement géographique	760035170	MAISON DE L'ADOLESCENT FECAMP	3 rue Henri Dunant 76400 FECAMP FRANCE
Établissement géographique	760019109	CMP ADULTES LILLEBONNE GHH	IMMEUBLE FUTURA 1 rue Auguste desgenetais 76170 LILLEBONNE FRANCE
Établissement géographique	760034165	HOSP. SANTE MENTALE ADULTES FLAUBERT	55 rue Gustave Flaubert 76083 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760019638	CMP CATTP ENFANTS ANDERSEN	CH LE HAVRE 94 RUE DESRAME 76620 LE HAVRE FRANCE
Établissement		CMP CATTP	ADULTES ET INTERSECTORIEL ENFANT

géographique	760034140	BONNAFE	53 rue de Pressence 76600 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760026419	HOPITAL DE JOUR ADULTES AUTISTES LE REPERE - LE HAVRE	HOPITAL PIERRE JANET 47 rue de Tourneville 76600 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760034207	CMP USN1 CENTRE PENITENTIAIRE SAINT AUBIN ROUTOT	CENTRE PENITENTIAIRE La queue du grill 76430 SAINT AUBIN ROUTOT FRANCE
Établissement géographique	760023689	UNITE THERAPIE FAMILIALE LE HAVRE	STRUCTURE INTERSECTORIELLE 55 rue Gustave Flaubert 76600 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760034157	CMP ADULTES FLAUBERT	55 rue Gustave Flaubert 76083 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760034579	CONSULTATION USN1 CENTRE PENITENTIAIRE ST AUBIN ROUTOT	La queue du grill 76430 SAINT AUBIN ROUTOT FRANCE
Établissement géographique	760023598	UNITE PETITE ENFANCE	INTERSECTEURS I05/I06 55 rue Gustave Flaubert 76600 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760026328	CTRE ACTIVITE ET ANIMATION ATELIER THERAPEUTIQUE - LE HAVRE	HOPITAL PIERRE JANET 47 rue de Tourneville 76600 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760019448	CMP CATTP ADULTES MONT GAILLARD	CH LE HAVRE 222 AVENUE MONT GAILLARD 76620 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760034181	EMPSM - LE HAVRE	CH LE HAVRE 55 rue Gustave Flaubert 76083 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760034173	INTER URG ET LIAISON EQUIPE MOBILE C.P MONTIVILLIERS	29 rue Pierre Mendes France 76290 MONTIVILLIERS FRANCE

Établissement géographique	760023648	LA MAISON DE L'ADOLESCENT - CMP CATTP INTERSECTEUR 76I05/I06	CH LE HAVRE 69 rue d'Ingouville 76600 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760033555	CMP/CATTP ADULTES FECAMP	18 RUE DES PRES 76400 FECAMP FRANCE
Établissement géographique	760026518	ACCUEIL POUR PARENTS D'ADOLESCENTS LE HAVRE	55 RUE GUSTAVE FLAUBERT BP 24 76083 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760021949	CMP/CATTP ADULTES MONTIVILLIERS	8 rue Brequigny 76290 MONTIVILLIERS FRANCE
Établissement géographique	760019208	HOPITAL JOUR ADULTES GRAVILLE	63 rue de Verdun 76600 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760033548	ADULTES PSYCHIATRIE DE LIAISON - FECAMP	100 avenue du Président mitterrand 76400 FECAMP FRANCE
Établissement géographique	760019588	CMP/CATTP ODYSSEE SAFT ENFANTS - LE HAVRE	ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE 6 rue Lanfant de Metz 76600 LE HAVRE FRANCE
Établissement géographique	760026484	CENTRE DE CRISE ET D'ACCUEIL CMP PIERRE JANET CH LE HAVRE	HOPITAL PIERRE JANET UNITE D'ACCUEIL ET DE CRISE 47 rue de Tourneville 76600 Le Havre FRANCE
Établissement géographique	760026104	APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DU CH LILLEBONNE - MAISON THERAPEUTIQUE	CHI CAUX VALLEE DE SEINE SECTEUR 76G17 21 RUE LOUISE MICHEL 76170 Lillebonne FRANCE
Établissement géographique	760806984	UNITE SOINS LONGUE DUREE FLAUBERT CH LE HAVRE	55 rue Gustave Flaubert BP 24 76083 Le Havre CEDEX FRANCE
Établissement principal	760000356	GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE	55 b rue Gustave Flaubert BP 24 76083 Le Havre CEDEX FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
2	Audit système			
3	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière	

			Urgences Tout l'établissement	
8	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
13	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
14	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
23	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	

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

29	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte	

34			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
38	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète	

39			Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
40	Traceur ciblé			EI
41	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
42	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
43	Traceur ciblé			Per-opératoire et Antibioprophylaxie per os ou injectable
44	Traceur ciblé			Balnéothérapie
45	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
46	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os

47	Traceur ciblé			EI
48	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
49	Audit système			
50	Traceur ciblé			Chimiothérapie
51	Audit système			
52	Audit système			
53	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os
54	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
55	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os
56	Audit système			
57	Audit système			
58	Audit système			
59	Audit système			
60	Audit système			
61	Audit système			
62	Audit système			
63	Audit système			
	Audit			

64	système			
65	Audit système			
66	Traceur ciblé			Per-opérateur (bloc général hors endoscopie, hors salle de naissance) + antibioprophylaxie
67	Audit système			
68	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
69	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
70	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
71	Patient traceur		Maternité Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
72	Audit système			

73	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
74	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
75	Audit système			
76	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
77	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
78	Audit système			
79	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
80	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
81	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique injectable
82	Traceur ciblé			Prescription PSL (Si non applicable, garder le traceur ciblé et mentionner NA sur tous les EE)
83	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
84	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
85	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Soins de longue durée	

86	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
87	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
88	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
89	Audit système			
90	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
91	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
92	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé	

			Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
93	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
94	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
95	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
96	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
97	Traceur ciblé			SAMU/SMUR
98	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
99	Audit système			
100	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
101	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
102	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
103	Parcours traceur		Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
104	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
105	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte	

			Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement	
106	Parcours traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
107	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)

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

