



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

GHT NORD DAUPHINE

30 avenue du medipole
Bp 348-8317
38300 BOURGOIN JALLIEU



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	6
Présentation	7
Champs d'applicabilité	8
Résultats	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	25
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	26
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	28
Annexe 3. Programme de visite	32

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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- 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

- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

GHT NORD DAUPHINE	
Adresse	30 avenue du medipole Bp 348-8317 38300 BOURGOIN JALLIEU Cedex 38302 FRANCE
Département / Région	Isère / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	380780056	CENTRE HOSPITALIER YVES TOURAINE	Le thomassin 38480 Le Pont-De-Beauvoisin FRANCE
Établissement juridique	380782771	CENTRE HOSPITALIER DE MORESTEL	539 rue francois perrin 38510 Morestel FRANCE
Établissement juridique	380782698	CENTRE HOSPITALIER LA TOUR-DU-PIN	12 boulevard victor hugo Bp 207 38354 La Tour-Du-Pin Cedex FRANCE
Établissement juridique	380780049	CENTRE HOSPITALIER BOURGOIN JALLIEU	30 avenue du medipole Bp 40348 38300 BOURGOIN JALLIEU Cedex 38302 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

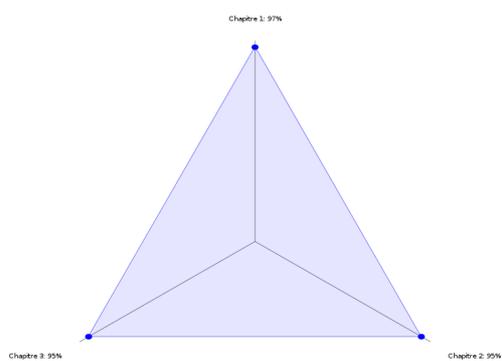
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

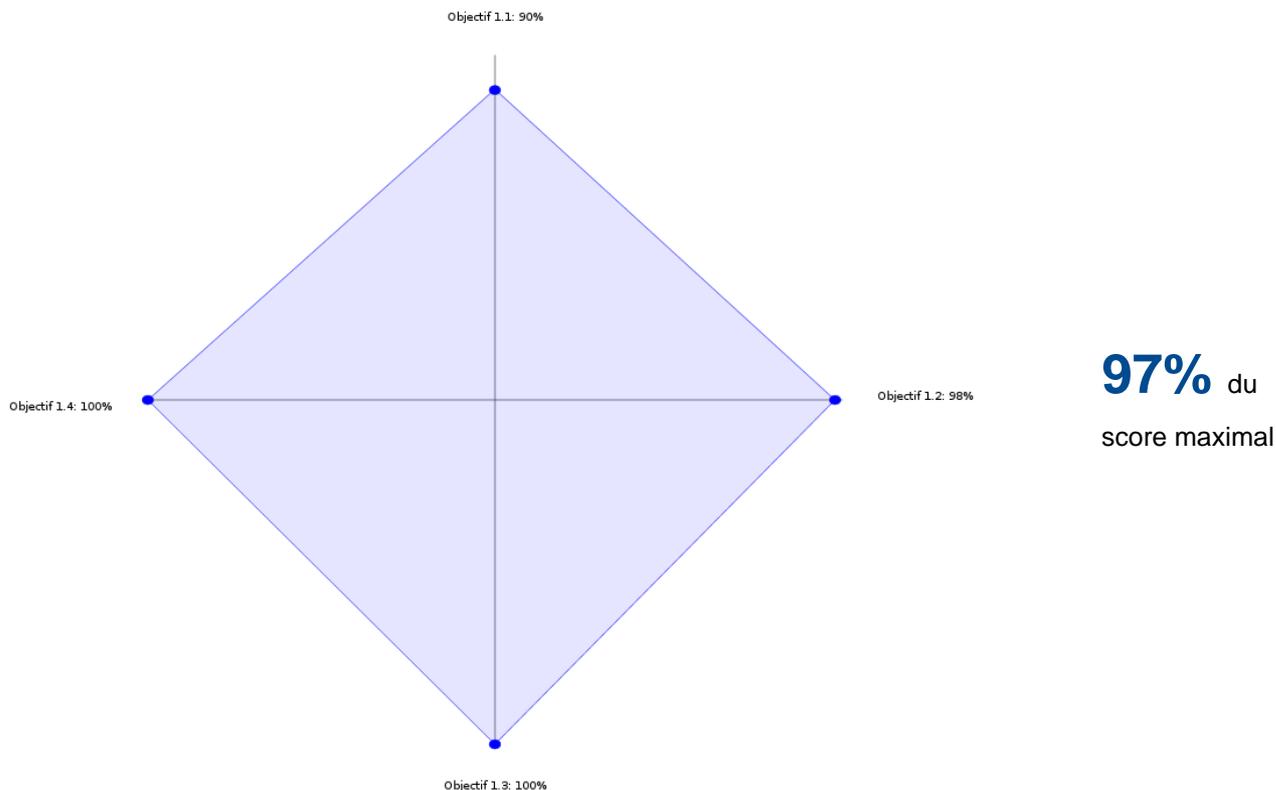
Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



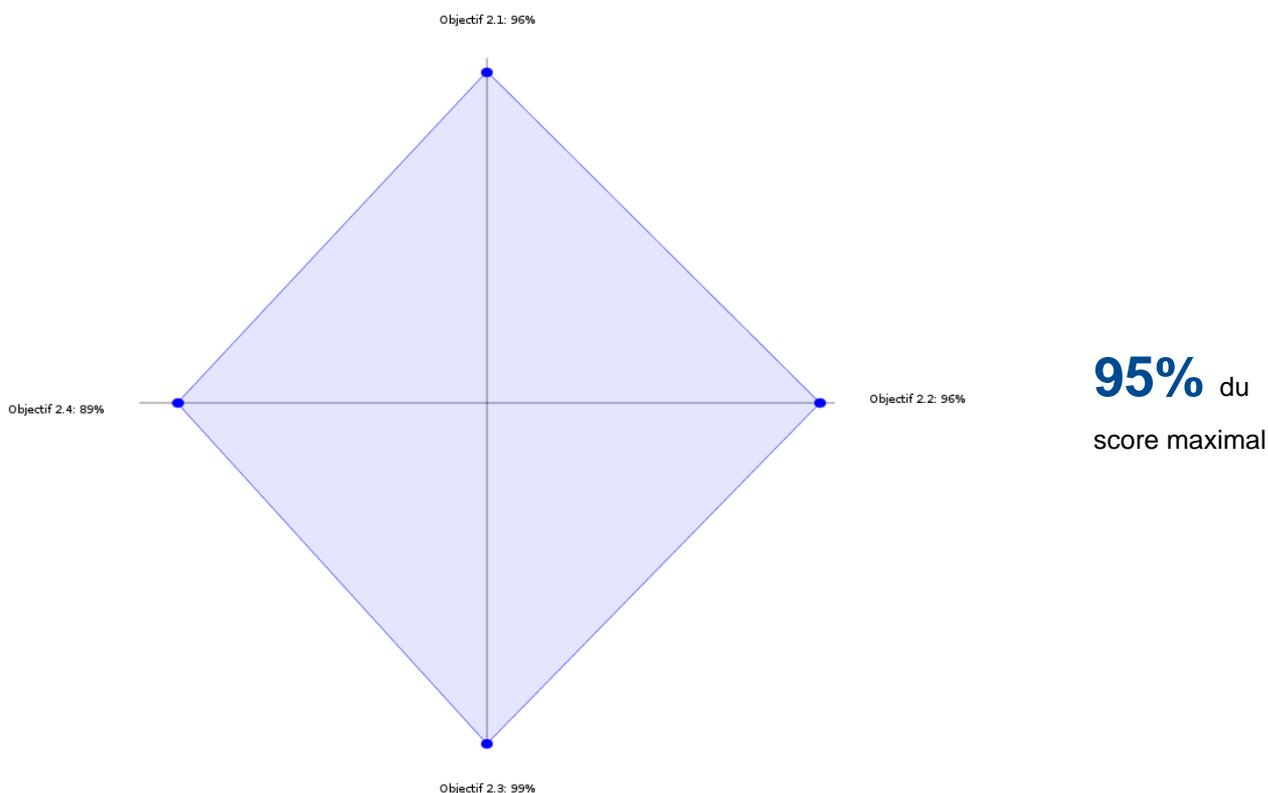
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le GHT Nord Dauphine comprend le CH de Bourgoin Jallieu (CHPO), établissement support, le CH de Pont de Beauvoisin (CHPB), le CH de la Tour du Pin (CHTP) et le CHI de Morestel (CHIM). Le patient reçoit une information claire et adaptée à sa capacité cognitive tant sur son état de santé que sur sa prise en charge, tant en hospitalisation conventionnelle qu'en ambulatoire. Le consentement du patient est systématiquement recherché et tracé dans le dossier patient. Le patient et les proches sont impliqués dans le projet de soins, dans la prise en charge ainsi que dans la préparation de la sortie, pour prendre en compte les conditions de vie environnementales et sociales du patient. Divers staffs et réunions pluridisciplinaires et pluriprofessionnels, avec présence des soins de support (kiné, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, ...), permettent d'ajuster, en collaboration avec le patient et éventuellement les aidants, son projet de soins et sa prise en charge. La traçabilité de ce projet de soins est retrouvée dans le dossier patient. En pédiatrie, les professionnels sont attentifs à l'opinion de l'enfant sur ses soins tout autant qu'il puisse l'exprimer. Autrement, ce sont les porteurs de l'autorité parentale qui expriment leur

consentement sur le projet de soins de leur enfant. En maternité, les parents peuvent formaliser un projet de naissance. Toutefois, au décours des patients traceurs, il a été constaté que les éléments contenus dans le livret d'accueil ne sont pas systématiquement expliqués au patient par les professionnels, conduisant à une connaissance hétérogène du rôle des représentants des usagers, des modalités de déclaration d'une réclamation et d'un évènement indésirable, du fait que l'équipe de soins pourra alimenter et consulter son DMP et qu'il ne doit pas échanger avec l'équipe médicale via une messagerie non sécurisée. La charte des personnes hospitalisées et des supports d'information concernant des prises en charge spécifiques sont affichées. Les actions de prévention pour la santé sont promues au sein de l'établissement, au travers de divers affichages et divers flyers (alcool, tabac, vaccination, hygiène, don d'organes, DMP, ...). La personne de confiance est recherchée par les personnels et la traçabilité de son recueil ou du refus de désignation est retrouvée majoritairement dans le dossier. Les professionnels adaptent leur communication au profil du patient. Malgré les efforts d'information institutionnels du GHND, les patients rencontrés au décours des patients traceurs ont exprimé avoir reçu de manière hétérogène une information par les professionnels sur leur droit à rédiger des directives anticipées. A noter que, dans les services, les directives anticipées sont évoquées de manière hétérogène. Quand le patient a exprimé des directives anticipées, celles-ci sont tracées dans le DPI. Le patient, lors de sa sortie, reçoit des consignes relatives à son traitement médicamenteux. La lettre de liaison ou le compte rendu d'hospitalisation comportent les éléments nécessaires au suivi des médicaments prescrits à la sortie. Le patient est informé des dispositifs médicaux implantés durant son séjour. Le patient est informé lors de l'administration de produits sanguins labiles, en pré transfusionnel et post transfusionnel. Le tri à l'accueil des urgences du CHPO et du CHPB, basé sur une échelle de tri validée, est réalisé par des IAO formés. Un médecin spécialiste est facilement joignable si besoin. La décision d'orientation prend en compte la situation du patient (handicap, vulnérabilité, âge, ...). Les délais d'attente sont mesurés régulièrement et affichés, en spécifiant la filière médecine ou traumatologique sur le CHPO. Au CHPB, le temps d'attente est donné par l'IAO. Les équipes des urgences peuvent accéder aux données antérieures du patient lorsqu'elles sont informatisées. L'expression de la volonté des patients en fin de vie est recherchée par les professionnels. En cas d'impossibilité, la personne de confiance est sollicitée. Le GHND offre une gradation de l'offre de soins palliatifs pour les adultes. Il bénéficie de personnels formés en interne ainsi que de 5 LISP sur le CHPO et 3 LISP au CHPB. Il est prévu l'ouverture d'une unité de soins palliatifs validée par l'ARS sur le CHPB en août 2024. Le GHND bénéficie d'une équipe Mobile d'Accompagnement en Soins Palliatifs pluridisciplinaire (médecins, IDE, secrétaire, psychologue). Elle intervient également sur les EHPADs du territoire. Il existe une convention avec Virieu sur la PEC SMR soins palliatifs. Le GHND s'inscrit dans le réseau Medaurasp (réseau médecins AURA soins palliatifs). La pédiatrie peut avoir recours au réseau régional de soins palliatifs enfants ESPERA et de son équipe mobile. Les réflexions en termes de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) sont travaillées en équipe pluriprofessionnelle, avec l'aide de l'équipe mobile de soins palliatifs et en lien avec le patient et/ou la personne de confiance. Au niveau du SMUR du CHPO, il existe une liste de patients « remarquables » adultes et enfants, qui ont exprimé des choix de LATA. Le patient peut avoir recours au représentant du culte de son choix. Un affichage en précise les référents et les coordonnées pour les joindre. Un lieu de recueillement permet aux patients et aux proches de se recueillir si besoin. Diverses associations de bénévoles interviennent aussi au sein de l'établissement et un affichage informe de leur présence. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité dans l'ensemble des structures du GHTND. Les examens des patients aux urgences sont réalisés dans des locaux respectant la confidentialité et la dignité sur les deux services d'urgences. Toutefois, au CHPB, l'architecture de certains services ne permet le respect de l'intimité des patients (nombre de douches par service). Cependant, les pratiques des personnels compensent cet état de fait. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté et dans les services adultes accueillant des mineurs, notamment en chirurgie ortho-traumatique, les professionnels sont formés à leur prise en charge. En outre, ils peuvent avoir recours à l'expertise des professionnels de la pédiatrie. Les personnels du GHTND sont attentifs aux patients porteurs d'un handicap et aux patients âgés pour maintenir leur autonomie tout au long de leur hospitalisation et le lien social : mise à disposition de moyens de déambulation, présence de kiné, ergothérapeutes, APA, présence d'animaux, potager thérapeutique, Si le patient le nécessite, il reçoit une aide pour ses besoins élémentaires. De même, dans la plupart des services, les patients peuvent bénéficier de soins de support. Les conditions de vie habituelle sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie. Les patients peuvent bénéficier de programmes d'éducation thérapeutique (diabète gestationnel, obésité,

...), de programme de rééducation cardiaque, de l'école des patients en sénologie et d'autres actions d'éducatives adaptées favorisant leur implication dans leur prise en charge. Tout au long de sa prise en charge, et notamment au décours d'un transport intra hospitalier, la confidentialité des informations relatives au patient est respectée. Les professionnels du GHTND se concertent pour éviter autant que possible le recours à la contention ou l'adapter. A cet effet, une procédure sur l'utilisation des moyens de contention alternatifs existe. Pour exemple, en USLD, des lits Alzheimer et des matelas peuvent être utilisés comme alternative à la contention. Si la contention est finalement mise en œuvre, elle respecte les bonnes pratiques en termes d'information du patient ou de ses proches, de prescription, de suivi et de réévaluation de sa pertinence. La traçabilité est réalisée dans le DPI. La douleur est prise en compte dans l'ensemble des services du GHND au travers de divers outils de mesure adaptés aux possibilités cognitives du patient et à son âge. De multiples procédures en lien avec la prise en compte et le traitement de la douleur existent dans la GED. La mesure est tracée dans le dossier patient. Une réévaluation après prise d'antalgique si cela a été nécessaire est mise en œuvre. Les prescriptions d'antalgiques en « si besoin » sont réalisées majoritairement avec une définition du niveau de douleur, le médicament ad hoc et sa posologie. De nombreuses formations sont organisées sur ce thème. Des prises en charge alternatives aux médicaments sont promues par le CLUD : casque à réalité virtuelle, hypno analgésie, techniques de relaxation, ... Quel que soient les secteurs, au sein du GHTND, les personnels facilitent la présence des proches et des aidants en dehors des horaires de visite particulièrement lors de situations difficiles, notamment en réanimation. En outre, en cas de situation difficile ou d'annonce particulière, les professionnels peuvent bénéficier de locaux adaptés pour accueillir le patient ou ses proches. Certains services ont des salles dédiées aux familles (réanimations, pédiatrie, ...). Le patient en situation de précarité sociale peut bénéficier de la prise en charge de la PASS des urgences du CHPO ou de l'accompagnement des assistantes sociales en service. En pédiatrie, un classeur de liaison avec la PMI permet de signaler une situation de précarité d'une famille avec accord de celle-ci.

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	96%
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	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	89%

Au sein des structures du GHND, la prise en charge des patients s'appuie sur des protocoles et des bonnes pratiques. Les prises en charge complexes sont discutées régulièrement en équipe au travers de staff et/ou de RCP, pluri professionnels, en prenant en compte les préférences des patients. Sur l'ensemble du GHND, lorsque les conditions le permettent, le transfert en HAD est envisagé et discuté avec le patient et ses proches. Sur l'ensemble des SMR du GHND, la pertinence des admissions est argumentée et réévaluée en équipe pluri professionnelle. La prescription d'antibiotique respecte les bonnes pratiques de l'antibiothérapie et s'appuie sur une justification médicale. Les professionnels sont sensibilisés au bon usage par la CAI. Ils peuvent bénéficier d'une expertise en antibiothérapie grâce à deux infectiologues référents sur le GHND. La réévaluation à 24 et 72 heures est effective et fait l'objet d'analyse régulière. Les praticiens sont majoritairement formés à l'utilisation des antibiotiques. Il existe un référentiel de bonnes pratiques dans la GED précisant les modalités de prescription, de réévaluation et de dispensation des antibiotiques. Des formations sont faites de façon récurrente chaque semestre à destination des

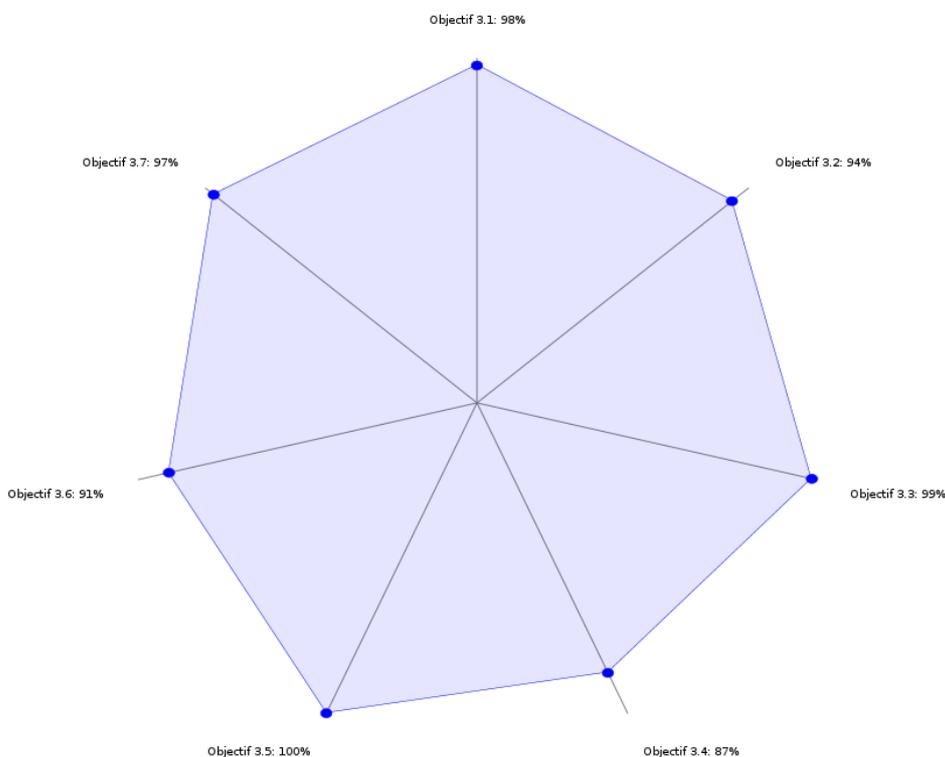
internes. Un staff quotidien a lieu en réanimation en présence d'un pharmacien pour questionner les prescriptions et notamment les antibiothérapies. L'analyse bénéfice/risque ainsi que celle de la pertinence des actes transfusionnels sont réalisées et tracées sur les deux hôpitaux du GHND. Toutefois, si le CHPB a réalisé un audit sur la pertinence des prescriptions de PSL, le CHPO ne l'a pas initié. Au sein du SMUR, toutes les prises en charge font l'objet d'un dossier médical pré hospitalier papier numérisé dans le DPI du service hospitalier d'accueil et permettant d'assurer la poursuite de la prise en charge du patient. La composition de l'équipe est tracée dans le planning d'intervention. L'équipe SMUR analyse régulièrement ses dossiers et met en œuvre autant que de besoin des actions d'amélioration de ses pratiques. Le tri à l'accueil des urgences du CHPO et du CHPB, basé sur une échelle de tri validée, est réalisé par des IAO formés. Un médecin spécialiste est facilement joignable si besoin. La décision d'orientation prend en compte la situation du patient (handicap, vulnérabilité, âge...). Les délais d'attente sont mesurés régulièrement et affichés, en spécifiant la filière médecine ou traumatologique sur le CHPO. Au CHPB, le temps d'attente est donné par l'IAO. Les équipes des urgences peuvent accéder aux données antérieures du patient lorsqu'elles sont informatisées. Le GHND bénéficie d'un dossier patient informatisé unique convergent pour l'ensemble des établissements le composant, permettant de sécuriser les prises en charge tant dans une vision d'établissement que dans une vision parcours patient au sein du GHT. Un Comité Dossier Patient du GHND rassemble un collectif représentant les divers sites. Il existe un référent DPI. Le dossier patient d'anesthésie ainsi que le dossier transfusionnel sont sous format papier. Certains de ces documents sont ensuite numérisés dans le DPI. De fait, la prise en charge du patient et les transmissions en temps utiles des données patients entre professionnels et entre services sont assurées. Les données du dossier patient informatisé sont envoyées dans le DMP lors de la sortie de manière automatisée, sauf opposition du patient. Toutefois, les équipes rencontrées connaissent de manière hétérogène les éléments du dossier transmis dans le DMP. Sur le CHPO comme sur le CHPB, l'analyse pharmaceutique est organisée. Sur le CHPO, cette analyse est systématique sur tous les patients hospitalisés en pédiatrie, néonatalogie, soins critiques, ceux avec une ordonnance de médicaments à risque et d'antibiotiques à large spectre et ceux ciblés sur des critères biologiques décidés institutionnellement. Sur le CHPO, la pharmacie réalise aussi une démarche de pharmacie clinique dédiée aux personnes âgées en USLD et en EHPAD. Des revues de pertinence des prescriptions sont réalisées sur 4 patients par un gériatre, un pharmacien et une infirmière tous les 15 jours et tracées dans le DPI. La pharmacie propose aussi des entretiens pharmaceutiques à tous les patients initiant une thérapie orale anticancéreuse ou une hormonothérapie. La conciliation médicamenteuse est engagée au CHPO depuis 2019. Aujourd'hui, le CHPO met en œuvre une conciliation médicamenteuse pour les patients de l'unité peri-opératoire ortho gériatrique. Les équipes maîtrisent le risque de dépendance iatrogène. Des actions de prévention sont mises en œuvre autant que de besoin et tracées dans le dossier patient, particulièrement en dans les services de personnes âgées. Le bilan thérapeutique est réalisé dans la lettre de liaison et est conforme aux attendus. Les équipes se coordonnent et se transmettent les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour prioriser et sécuriser les prises en charge, et pour assurer la mise en œuvre du projet de soins. A cet effet, les services du GHND peuvent faire appel à des équipes d'experts ou des formateurs internes ou externes pour optimiser les prises en charge : équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, référent antibiotique, EOH, En outre, les chirurgiens se déplacent pour des consultations au lit du patient en pédiatrie. Toutefois, le recours à la télésanté est déployé de façon inégale selon les différentes disciplines. Les programmations opératoires sont anticipées et organisées une semaine à l'avance, tous les jeudis, permettant, éventuellement, une nouvelle planification pour prendre en compte les imprévus. En cas de reprogrammation, le patient est informé avec une proposition immédiate de date alternative. Les blocs suivent divers indicateurs (mise en œuvre de l'antibioprophylaxie, check list, GO – NO GO, ...) présentés en Conseil de bloc, analysés et pouvant amener à des plans d'action. La réalisation de la check-list au bloc, en endoscopie et en cardiologie interventionnelle respecte les attendus des bonnes pratiques. Le bloc du CHPO a analysé les check-lists et les « GO – NO GO ». Des actions d'amélioration sont en cours de mise en œuvre. Une analyse de l'antibioprophylaxie a été menée et a montré des pratiques conformes. Sur le CHPO, l'ensemble de la prise en charge des activités d'endoscopie (digestives et pulmonaires) respecte les bonnes pratiques. Les professionnels en charge de la désinfection sont formés aux bonnes pratiques de désinfection des endoscopes. La désinfection et le lavage sont conformes aux attendus. En chirurgie ambulatoire sur le CHPO, les bonnes pratiques de prise en charge sont mises en œuvre. Le patient bénéficie d'un passeport assurant une information avant et après l'intervention. La sortie est validée suite à la mise

en œuvre du score de CHUNG réalisé par l'IDE, formée à cet effet. Si le score attendu n'est pas atteint, l'IDE sollicite l'anesthésiste qui décide. Les documents de sortie sont signés par le chirurgien. L'appel du lendemain est réalisé par téléphone. La transition enfant-adulte, pour assurer la continuité de la prise en charge, est organisée par la pédiatrie du CHPO. Cet adressage est discuté en amont avec la famille et le patient : médecin libéral, hospitalier, ville du médecin, ... Un résumé de dossier complet depuis le début de la prise en charge de l'enfant est réalisé. Une dernière consultation pédiatrique est réalisée ainsi qu'une nouvelle ordonnance complète du traitement de fond, valable un an. En parallèle, le médecin traitant est informé de toutes ces modifications. Cela représente entre 10 et 15 patients par an en moyenne (diabète, MICI, nutrition en majorité). La démarche palliative est coordonnée et pluriprofessionnelle. Si besoin, les professionnels de santé peuvent solliciter l'équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs de l'établissement pour des prises en charge palliatives ou des patients en fin de vie. Le CHPO et le CHPB bénéficient chacun de lits de soins palliatifs adultes. Le GHND s'inscrit dans le Réseau Medaurasp (réseau médecins AURA soins palliatifs). Sur le CHPO, le service de pédiatrie peut avoir recours au réseau régional ESPERA de soins palliatifs pédiatriques et de son équipe mobile. Les professionnels peuvent bénéficier s'ils le souhaitent d'un soutien psychologique (psychologue du travail) permettant d'atténuer leur propre souffrance. Sur l'ensemble du GHND, la lettre de liaison ou le compte rendu d'hospitalisation sont systématiquement réalisés. Ils comprennent l'ensemble des informations permettant la continuité des soins. Ils sont remis conformément aux attendus aux patients et adressés au médecin traitant. Les bonnes pratiques de l'identification du patient sont mises en œuvre à toutes les étapes de sa prise en charge, et ce dès le bureau des entrées et des lieux de création d'identité notamment le SAU, la gynécologie. C'est le bureau des entrées qui valide finalement l'ensemble des identités. Dans les services, un bracelet d'identification blanc est posé et systématiquement vérifié au cours des soins et des examens complémentaires. Si l'identification est provisoire le patient bénéficie d'un bracelet rouge. Les bonnes pratiques de vérification de l'identité sont mises en œuvre. Une cellule opérationnelle d'identitovigilance est en place au niveau du GHND. Entre autres, elle gère la mise en œuvre de l'INS, traite les doublons et les collisions, et organise les formations relatives à l'identitovigilance. La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. Les circuits ascendants et descendants sont définis et connus des professionnels. Les vigilants sont identifiés par site sur le GHND et des supports d'information (affichage et GED) sont à disposition des professionnels. Les EI liés aux vigilances sont déclarés dans l'outil ad hoc à partir duquel les correspondants vigilants sont informés directement. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments sont respectées et garantissent la sécurité des soins. La gestion de la péremption est assurée soit par les IDE, soit par les préparateurs en pharmacie, suivant les services. Les stockages des médicaments sont adaptés et respectent les bonnes pratiques. Tous les services ont un coffre à stupéfiant avec un suivi et une traçabilité respectant les bonnes pratiques. Le transport des produits de santé est conforme. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'administration. Le médicament est identifiable jusqu'à son administration. Les modalités d'approvisionnement en urgences de produits de santé sont organisées sur l'ensemble des structures du GHND. La gestion des traitements personnels des patients est organisée permettant d'en sécuriser le stockage. La reconstitution des cytotoxiques est réalisée par la PUI du CHPO. Le transport est adapté et sécurisé (poches de chimiothérapie) et les services respectent les bonnes pratiques lors de l'administration. Le GHND a défini des listes de médicaments à risque, adaptées à la spécificité de chaque unité. Celles-ci sont affichées et connues des professionnels. Ces médicaments sont identifiables par une étiquette spécifique colorée en rouge et avec un éclair. Des formations sur l'utilisation des médicaments à risque ont été faites à l'attention des professionnels. Toutefois, dans certains services, il a été relevé le stockage de médicaments à risque, dans le sac dédié à l'urgence vitale, dans un même contenant. Suite à ces observations, l'établissement a réagi immédiatement. Chaque médicament à risque a été stocké dans un contenant dédié, avec sa dénomination et son dosage. A la fin du séjour, les personnels du GHND expliquent et fournissent à un patient vulnérable un comparatif entre son traitement habituel et celui prescrit à la sortie. Ce bilan thérapeutique est alors tracé dans le dossier patient et inscrit dans la lettre de liaison. Le CHPO et le CHPB bénéficient d'un dépôt de sang. Chaque hôpital bénéficie d'un référent médical en hémovigilance, à 50%. L'analyse bénéfique/risque est réalisée pour tout acte transfusionnel. La traçabilité de cette pertinence est retrouvée dans le DPI. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle et les professionnels connaissent les protocoles en cas de complications graves liées à la transfusion. Les dossiers transfusionnels papiers comportent les éléments de traçabilité attendus par la réglementation. L'information est donnée au patient et tracée dans le dossier patient. Le taux de destruction

est mesuré et annoncé à 0,72% sur le CHPO et à 0,3% sur le CHPB pour 2023. Des formations par E-learning et en présentiel sont à disposition des personnels. Si le CHPB a réalisé un audit sur la pertinence de la prescription d'une transfusion, le CHPO ne l'a pas fait. Les équipes du GHND connaissent les bonnes pratiques d'hygiène et les appliquent. Les SHA sont à disposition dans l'ensemble des secteurs. L'indicateur de consommation de SHA est suivi et analysé par le CLIN. Les indicateurs de suivi de la consommation de SHA par service sont diffusés aux utilisateurs finaux. Des actions de sensibilisation et de formation à l'utilisation du SHA et à l'hygiène des mains sont régulièrement mises en œuvre par l'EOH. La mise en œuvre des précautions standards et complémentaires répond aux attendus des bonnes pratiques. L'affichage à l'entrée des chambres, l'information pour les visiteurs ainsi qu'au patient concerné sont réalisés. L'EOH mène des évaluations qui sont communiquées aux professionnels. Des audits sont réalisés avec la participation des référents en hygiène. Les équipes chirurgicales et anesthésistes appliquent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie en collaboration étroite avec l'EOH. L'indication d'une antibioprophylaxie est décidée par l'anesthésiste au cours de la consultation d'anesthésie. C'est l'anesthésiste au bloc qui prescrit le médicament et sa posologie. Elle est vérifiée et tracée lors de la check list. Des audits relatifs à l'antibioprophylaxie ont été réalisés et ont fait l'objet d'axes d'amélioration. L'environnement du patient est propre dans tous les établissements du GHND. Les équipes respectent l'utilisation des équipements de protection individuels. Des audits sur la conformité de la tenue et des prérequis en hygiène sont réalisés régulièrement. Des containers pour objets piquants et tranchants sont disponibles à proximité des soins et les règles de remplissage respectées. Les locaux à déchets au sein des unités sont adaptés et sécurisés. Les équipes maîtrisent les risques liés aux dispositifs invasifs en appliquant les bonnes pratiques de prévention et les procédures ad hoc, et en s'appuyant sur le CLIN et l'EOH. La prescription de pose, la surveillance et l'ablation du dispositif invasif sont tracées dans le dossier patient. Les pratiques per-opératoires sont conformes aux attendus et permettent de maîtriser le risque infectieux. Ces pratiques s'appuient sur un protocole de préparation de l'opéré tant dans le service d'hospitalisation que dans les secteurs interventionnels. Les équipes ont une tenue dédiée au bloc opératoire. Le GHND assure la promotion des vaccinations recommandées et obligatoires et sensibilisent les professionnels à l'importance de la vaccination, notamment au travers de la médecine du travail et des PUI. Une campagne de communication est mise en œuvre pour sensibiliser l'encadrement et les médecins. La possibilité est donnée aux professionnels de se faire vacciner gratuitement. La traçabilité globale est assurée au niveau du GHND et par établissement. Les cadres connaissent de manière hétérogène le niveau de vaccination de leur équipe. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants. Les professionnels bénéficient de matériels de protection et de dosimètres et les utilisent. Les personnels ont été majoritairement formés à la radioprotection. En termes de radioprotection sur le CHPO et le CHPB, il existe une équipe de trois personnes (2 manipulateurs et 1 IBODE). Ils sont en charge de la formation des professionnels en radioprotection et de leur habilitation. La dose reçue est transmise automatiquement depuis chaque modalité (scanners, salles de radiologie, mobiles) vers le RIS pour la radiologie conventionnelle, le PACS pour le scanner et la plateforme de télé imagerie. La traçabilité de la dose est réalisée automatiquement dans le compte-rendu généré dans le RIS. Ce compte-rendu est ensuite transmis dans le DPI et « mon espace santé » pour les patients externes. Les transports internes du CHPO et du CHPB sont organisés. Les brancardiers bénéficient de diverses formations (AGFSU, règles d'hygiène, identitovigilance, communication envers le patient, confidentialité, TMS). Ils disposent des matériels adaptés aux conditions de sécurité et de confort du patient. Les patients sont informés en temps réel du transport et de la destination et les délais sont adaptés à l'activité et aux besoins des services. Sur le CHPO et le CHPB, il existe une check list « transport interne » à renseigner par le service demandeur et par le brancardier, sinon le transport n'est pas réalisé. Lors des parcours patients, toutes les équipes n'ont pas été en capacité de présenter des démarches d'évaluation formalisées sur un échantillon de patients des résultats cliniques de ces patients sur une prise en charge et un plan d'action associé. Le recueil de la satisfaction, majoritairement basé sur E-Satis, est également complété par des questionnaires spécifiques ou des enquêtes ponctuelles, par exemple en réanimation, en imagerie, Les résultats statistiques des questionnaires E-Satis sont communiqués par service aux chefs de services et cadres de santé concernés. Les équipes rencontrées ont exprimé majoritairement être informées de ce recueil, des résultats, participer à l'analyse et mettre en place des plans d'action collectivement. Pour améliorer le taux de retour de l'enquête E-Satis, le GHND sensibilise les professionnels au recueil de l'adresse mail. Les RU participent à l'analyse des résultats au travers de la CDU. Le GHND ne met pas en œuvre les PREM'S et les PROM'S. L'équipe qualité en trinôme avec un interlocuteur médical et paramédical du

service recueille les indicateurs qualité et sécurité des soins et affiche les résultats dans les services. Les professionnels des services du GHND se sont appropriés ces indicateurs. Quand c'est le cas, suite à l'analyse en équipe, la mise en œuvre de plans d'action peut intégrer le PAQSS par service. En outre, la Direction des soins intègre des IQSS dans l'évaluation individuelle des agents. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont déclarés au travers du logiciel dédié. La cellule qualité les analyse avec la méthode ALARM et un retour est fait vers les professionnels au travers du logiciel dédié et de l'encadrement. Les professionnels peuvent être sollicités pour des CREX et/ou des RMM. Si besoin, des plans d'action sont mis en œuvre après une réflexion collective des équipes. Le plan d'action peut intégrer le PAQSS du service, de l'établissement ou celui du GHND. Toutefois, les médecins et les équipes du GHND ne se sont pas inscrits dans le dispositif d'accréditation. Le service de réanimation du CHPO tient le registre des refus d'admission mais ne suit pas d'indicateur lié aux ré-hospitalisations à 48/72 heures. Suite à la remarque des EV, le DIM a fourni un bilan annuel PMSI montrant un taux de ré-hospitalisation à zéro depuis 2019. La qualité des prescriptions, des modalités de prélèvement et de réalisation des examens ainsi que les délais de rendu des résultats des examens de biologie et d'imagerie médicale sont conformes aux référentiels des sociétés savantes et font l'objet d'échanges entre les équipes de soins et les services de biologie et d'imagerie. Les imageurs participent aux RCP nécessitant leurs expertises. Le CHPO n'est pas autorisé à prélever des organes (PMOT) mais il respecte les obligations réglementaires qui prévoient la participation à un réseau de prélèvements, au travers de son service de réanimation. Il travaille par convention avec la coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus des Hospices Civil de Lyon. Les informations sur les dons d'organe sont accessibles sur le CHPO et le CHPB.

Chapitre 3 : L'établissement



95% du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	87%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	91%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

Le GHT Nord Dauphine (GHND) comprend 4 hôpitaux : le CH de Bourgoin Jallieu (CHPO), le CH de Pont de Beauvoisin (CHPB), le CH de la tour du Pin (CHTP) et le CHI de Morestel (CHIM). Le GHND a validé son Projet médico-soignant de territoire (PMST) en 2023 qui comporte 7 axes majeurs : parcours de soins, offre de soins, coopérations, visibilité et attractivité, prise en charge ambulatoire et virage domiciliaire, réorganisation de l'offre de pédopsychiatrie et optimisation des plateaux techniques. Une déclinaison de ce PMST est prévue sur chaque site pour la fin du 1er semestre 2024. Une organisation est en place sur chaque établissement du GHTND pour

renseigner le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) de manière quotidienne. En outre, cette mise à jour est réalisée le week-end et les jours fériés sur le CHPO et le CHPB. Le GHND a structuré de multiples partenariats pour la prise en charge des patients notamment en lien avec les acteurs de proximité (Médipôle, ...) pour les activités de recours et les filières complémentaires. Pour exemple, le GHND a des filières SOS Main, de cancérologie en pneumologie et de cardiologie avec les HCL. Il en va de même pour les prélèvements de tissus ou d'organes. En cancérologie, le GHND travaille avec le centre anticancéreux Léon Bérard. Le GHND participe aux travaux des CPTS de son territoire et à l'élaboration avec elles de parcours patient. Le GHND collabore aussi avec les maisons médicales de garde (une MMG au CHPB) et avec les cabinets médicaux de villes pour réduire les passages aux urgences. La démarche PRADO est mise en œuvre (ortho-traumatologie, maternité, cardiologie). Le CHPO met en œuvre au bénéfice de son territoire des téléexpertises et des téléconsultations en endocrinologie, en médecine interne, en dermatologie et en hématologie. En outre, avec l'aide d'un prestataire, de la télésurveillance est organisée pour le suivi des patients insuffisants cardiaques et ceux diabétiques. A l'inverse, les HCL mettent à disposition de la téléAVC au bénéfice du CHPO, et le CHMS (Centre Hospitalier Métropole Savoie - Chambéry) au bénéfice du CHPB. Le GHND est impliqué dans les travaux du PTSM qui comprend 5 axes stratégiques. Un psychiatre de l'ESM Porte Isère est présent tous les matins aux urgences ainsi qu'une infirmière de liaison. Le psychiatre intervient aussi pour des avis dans les services du CHPO. Le GHND, porteur d'une activité de pédopsychiatrie, est en cours, en lien avec l'ARS, d'un travail sur la refonte de l'organisation de la pédopsychiatrie sur son territoire. Le GHND a organisé trois filières au sein des urgences pour une prise en charge rapide : filière pédiatrique, gériatrique avec la présence de l'équipe mobile de gériatrie au sein des urgences et circuit court ou long. De même, des circuits spécifiques de prise en charge directe sont organisés dans plusieurs services et permettent d'éviter des passages aux urgences ou d'accélérer les filières d'urgence diagnostique : court séjour gériatrique (CHPO et CHPB) ; médecine polyvalente (CHPO et CHPB) ; cardiologie (CHPO) ; hépato-gastro-entérologie (CHPO) ; médecine interne (CHPO) et pédiatrie (CHPO). Le GHND porte une filière complète de gérontologie (CSG, SMR, USLD, EHPAD, consultations, ...). Il contribue à prévenir les passages évitables des patients âgés aux urgences par des admissions directes en court séjour gériatrique (CHPO et CHPB) et avec un numéro unique depuis la ville vers le CHPB. Le GHND met en œuvre une hotline gériatrique de 9h à 18h et pour les demandes non urgentes un mail dédié lu uniquement du lundi au vendredi de 8h45 à 16h. Pour éviter le transfert de personnes âgées aux urgences, le GHND porte une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière et bénéficie d'une IDE de nuit qui intervient dans les EHPADs du territoire (basée aux urgences du CHPO). Il existe aussi une plateforme de répit territoriale, sur le CHPO une unité de jour « fragilité » et de l'hébergement temporaire au CHTP. Enfin, il existe des consultations d'évaluation gériatrique sur le territoire. Le GHND s'inscrit dans les travaux du PTSM. Il travaille particulièrement avec l'ESM des Portes de l'Isère. Un psychiatre est présent au sein des urgences du CHPO tous les jours ouvrés. Le GHND pilote en lien avec l'ARS la refonte de l'offre de soins en pédopsychiatrie en 3 pôles, avec 3 enjeux : équité et accessibilité ; cohérence du parcours de soins ; pluridisciplinarité et expertise. A cet effet, et faute de pédopsychiatres en nombre, l'équipe de pédopsychiatrie a structuré une démarche efficiente pour identifier précocément les situations difficiles. En outre, une concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle permet au travers de 3 commissions (d'entrée, de pertinence et de sortie) hebdomadaires de discuter les indications diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que les alternatives relatives aux prises en charge. La lettre de liaison et/ou le compte-rendu d'hospitalisation sont conformes aux attendus. Ils sont remis de manière systématique le jour de la sortie aux patients. Les délais de délivrance et la qualité de la lettre de liaison sont suivis et font l'objet d'actions d'amélioration. Le GHND favorise l'accessibilité pour les patients et les usagers sur l'ensemble de ses structures avec entre autres des numéros de téléphone et d'adresses mail dédiées et communiquées. Les modalités de permanence téléphoniques sont effectives. L'alimentation du dossier médical partagé ou espace santé est effective de manière automatisée à partir du DPI. L'alimentation du dossier pharmaceutique n'est pas mise en œuvre. Le GHND favorise la recherche clinique et l'accès aux innovations pour les patients. Un Bureau de Recherche Clinique existe, composé de 3 médecins investigateurs, le Président de CME, la coordinatrice d'Etudes Cliniques et le DGA. Le bureau se réunit 3 fois par an et évalue systématiquement la faisabilité de l'étude avant accord de mise en place et validation de l'utilisation des crédits de recherche. Une sous-commission de recherche paramédicale a été créée, le 22 mars 2024, en CSIRMT. L'établissement n'atteint pas le seuil pour obtenir les crédits MERRI (Missions d'enseignement, de Recherche et d'Innovation). Il fait remonter les points SIGAPS (publications) et les SIGREC (inclusions), deux fois par an sur la

plateforme de la DGOS ad hoc. L'établissement soutient le recueil de l'expérience patient. Ce recueil est principalement basé sur la démarche E-Satis en MCO sur le CHPO et le CHPB, en ambulatoire sur le CHPO et en SSR sur le CHIM et la CHPB. Une information sur les résultats est réalisée lors des instances dont la CDU de chaque site. Les plans d'actions issus de l'analyse d'E-Satis peuvent intégrer les PAQSS institutionnels ou les PAQSS de service. Un taux de retour est suivi par le GHND et lui permet d'améliorer autant que de besoins le dispositif de recueil des mails patients. En outre, le GHND déploie des questionnaires de satisfaction spécifiques, ciblés sur les prises en charge (urgences, consultations externes, imagerie médicale, REA, UDJ, ...), au CHPO et CHPB pour des services non couverts par E-SATIS. Il existe aussi des questionnaires de satisfaction résidents/famille en place sur les sites du CHTP, du CHIM, du CHPB, de DN, de JM (USLD et EHPAD). Les résultats des enquêtes de satisfaction sont transmis aux chefs de service et aux cadres des services et transmis aux représentants des usagers au décours de la CDU pour mettre en œuvre éventuellement des actions d'amélioration. Le GHND n'a pas formalisé de PREM'S ou de PROM'S. Un Projet des usagers est validé au sein du CHPB. Le GHND promeut les bonnes pratiques de communication envers les patients et leurs proches. Diverses formations sont mises à disposition des professionnels (pour exemple : faire face à l'agressivité aux urgences, communication positive) ainsi que des ressources particulières (interprètes locaux, langage des signes, société d'interprètes, ...). L'établissement utilise diverses échelles de mesure de la douleur adaptées aux possibilités cognitives et à l'âge des patients. L'annonce d'un dommage lié aux soins est formalisée par une procédure. Des médiateurs peuvent être mobilisés si besoin en matière de communication ainsi que les RU. Les professionnels ne sont pas toujours reconnaissables par catégorie professionnelle et par métier. La possibilité pour le patient de porter des réclamations ou de réaliser des éloges est organisée. Les plaintes et réclamations sont centralisées au niveau de la direction. Les réclamations et leurs réponses sont analysées régulièrement avec les représentants des usagers. Le bilan annuel de chaque établissement du GHND est présenté en CDU locale. Les services sont informés des éventuelles plaintes ou réclamations les concernant, ainsi que des éloges. Il existe des médiateurs médicaux et non médicaux. La possibilité de prendre contact avec un médiateur est mentionné en systématique dans les accusés de réception du chargé des relations avec les usagers, dès que le motif de réclamation le nécessite. Les rapports de médiation sont présentés régulièrement lors des CDU. Les RU peuvent participer si besoin à des médiations, notamment à la demande de patients. Le GHND promeut la bientraitance au travers notamment de de groupes pluri professionnels « bientraitance » sur les sites, avec la participation des RU et des représentants des familles. Il existe des référents bientraitance sur le secteur des personnes âgées et le CHTP avec des agents certifiés bientraitance. Les chartes « bientraitance » sont affichées et des formations « bientraitance » proposées au plan de formation du GHND. Les professionnels sont aussi sensibilisés à la bientraitance lors des journées qualité sur les sites du GHND. Le CHTP bénéficie d'une boîte de sensibilisation bientraitance utilisée par les référents bientraitance pour les nouveaux arrivants et pour sensibiliser annuellement les agents (41 soignants sensibilisés en 2023). L'établissement participe au repérage des maltraitements éventuelles subies par les patients. A cet effet, une procédure GHND de repérage, signalement et traitement des situations de maltraitance existe dans la GED. De même, une fiche dans la GED précise le repérage et la conduite à tenir pour la maltraitance chez un enfant. Il existe un référent institutionnel des violences faites aux femmes. Aux urgences du CHPO, une antenne de l'unité médico-judiciaire de proximité a été mise en place avec un médecin légiste présent le mercredi et le vendredi. Le GHND évalue annuellement si le repérage des situations de maltraitance dont été victimes les patients vulnérables avant leurs prises en charge est effectif. Le DIM recense les cas de maltraitance dans le PMSI. Ils sont analysés et peuvent entraîner de nouvelles actions. De même, le GHND a sensibilisé ses équipes à la maltraitance ordinaire au travers d'une vidéo, d'affiches de consignes mensuelles sur des thématiques du quotidien (frapper avant d'entrée, dire bonjour, etc..) et des groupes de travail pluridisciplinaires sur certaines thématiques : instant repas, respect et dignité, respect de la parole des résidents, charte des valeurs, et charte du personnel. Dans le DPI du GHND, il est possible de mettre en place une consigne « Porte ouverte » motivée. En termes d'accessibilité des locaux, globalement, l'ensemble des structures du GHND sont accessibles aux personnes porteuses d'un handicap, tant au niveau des accès extérieurs qu'au sein des circulations et des locaux d'hospitalisation et de consultations. Les ascenseurs sont majoritairement accessibles aux personnes malvoyantes. Dans le cadre du groupe signalétique du CHPB, les RU ont fait des propositions pour les places handicapées. Le GHND favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables. Il bénéficie d'une équipe d'assistantes sociales intervenant dans l'ensemble des services et le CHPO bénéficie d'une PASS. Les assistantes sociales

interviennent dès l'entrée pour préparer la sortie et participent aux staffs des services. En pédiatrie, il existe un classeur de transmissions dédiées à la PMI, avec l'accord des familles. Les personnels rencontrés sont attentifs aux personnes vulnérables et connaissent les ressources pour signaler une situation à risque, notamment au travers du logiciel de déclaration des EI. Le GHND a structuré la possibilité pour un patient d'accéder à son dossier. Les établissements du GHND disposent de personnes chargées des relations avec les usagers. Une procédure d'accès au dossier patient est disponible sur chaque site du GHND et les délais de remise des dossiers sont suivis et présentés dans le cadre des CDU de site. Une journée d'information « mon espace santé » a été réalisée le 28 avril 2023 en lien avec l'assurance maladie et ARS. Des temps d'échange patients –visiteurs ont été réalisés. Une table ronde pour les professionnels et une démo de cas d'usage pour les services de soins ont été réalisées. Un affichage sur « Mon Espace santé » permet de sensibiliser les patients ainsi que la brochure d'information sur le DMP de l'Assurance Maladie mise à disposition dans les lieux d'accueil du public et sur le site internet des hôpitaux du GHND. Un envoi en automatique par Mon SISRA est effectué dans l'Espace santé des patients : courrier de liaison, ordonnances, CR d'imagerie ... Les représentants des usagers et de nombreux bénévoles sont impliqués au sein du GHND. Les RU participent à de nombreuses instances du GHND ou de ses établissements. Ils existent une CDU par hôpital, une CDU GHND et des conseils de vie sociale dans les établissements pour personnes âgées auxquels participent les RU. Les RU sont informés en CDU des plaintes et réclamations, des EIG et EIAS, des résultats de l'expérience patient. Si l'accessibilité aux RU est favorisée au sein des services par un affichage et par le livret d'accueil, les patients traceurs ont montré que leur rôle est communiqué et expliqué aux patients par les équipes de manière hétérogène. De même, au décours des traceurs, la connaissance du rôle des RU par les professionnels est apparue hétérogène. Aussi, les RU ont participé à des réunions de cadre de santé du GHND et s'en est suivi la mise en place d'un planning de passages dans les services de soins pour rencontrer les équipes. Un projet des usagers est formalisé sur le CHPB. Sur les autres établissements, les projets des usagers sont en cours de rédaction. Les RU ont réalisé un travail sur la signalétique sur le CHPB. Le GHND a structuré sa politique qualité 2019-2025 sur trois axes qui prennent en compte l'ensemble des sites et des services des soins, en s'appuyant sur l'analyse de l'ensemble de ses données qualité – gestion des risques. Elle se décline en PAQSS de site et en PAQSS de service. Elle est déclinée par une gouvernance qualité à deux niveaux : un niveau décisionnel et stratégique au niveau GHND et un niveau opérationnel par site, avec ensuite des groupes de travail thématiques, GHND ou par site. Divers comités experts sont en place au niveau GHND (CPMT, CDU, CLIN, CLUD, CLAN, CIV, dossier patient, Cyber sécurité, simulations en santé, collège des pharmaciens, éthique) et au niveau local (CSIRMT, CDU, CLIN, CLUD, CIV, soins palliatifs, plaies chroniques, COMEDIMS, ...). Au niveau du GHND, une équipe qualité transversale est basée sur la Directrice des soins et sur un manager qualité gestion des risques et s'appuie sur des COPILs qualité par site. Le CHPO bénéficie d'un coordonnateur de la gestion des risques et, chaque site, de responsable qualité gestion des risques. Les projets de service font référence au PAQSS du service. Les fiches de poste de l'encadrement médico-soignant comprennent des missions en lien avec les critères impératifs de la certification. Un plan de formation prend en compte la démarche qualité. Le GHND a mis en œuvre une démarche d'évaluation interne basés sur divers traceurs et une démarche de certification à blanc avec un organisme extérieur en fin d'année 2023. La gouvernance du GHND promeut la culture qualité au travers de nombreux outils : divers audits ou évaluations, des affiches, des mémos, simulations, ... Une enquête sur la culture qualité et sécurité des soins a été réalisée sur le GHND en 2022. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des soins. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est réalisée par les services RH de chaque site en lien avec les Responsables de secteurs, et comprend les effectifs médicaux. En cas de manque de ressources ponctuel, le GHND peut mobiliser des dispositions transitoires. Sur le CHPO, une équipe de suppléance (IDE et AS) est en place, ainsi que sur le secteur personnes âgées du GHND. Un dispositif d'appel à l'intérim interne est en place sur le GHND au travers d'un outil informatique dédié. En outre, en termes de qualité, le GHND déploie des infirmières en pratique avancée, des IDE de coordination et de parcours dans certains services. Diverses réunions de cadres soignants et de responsables d'équipe, organisées et animées par la Direction du GHND, permettent aux managers de partager leurs expériences. Dans le cadre du projet social, un large programme de formation permet à l'encadrement de développer ses compétences managériales. Une formation est dédiée plus précisément au binôme chef de service – cadre de santé. Du coaching individuel peut être proposé au manager qui en ressentirait le besoin. Au niveau du GHND, la gouvernance impulse et promeut le travail en équipe. Pour

exemple, le GHND a mené des travaux au sein des services pour encourager la concordance des temps médicaux et paramédicaux, et en mis en place des binômes IDE-AS. Un temps de coordination des équipes de jour et de nuit est prévu a minima 2 fois par an. Il existe aussi une relève concerté médecin – équipe soignante matin et milieu de journée dans la majorité des services. Pour accompagner cette dynamique, des formations managériales communes regroupant encadrement médical et paramédical sont proposées. Toutefois, il n'y a pas de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe. Les compétences des professionnels non médicaux sont régulièrement évaluées, particulièrement au décours de la campagne d'évaluation, ce qui permet de construire ensuite le plan de formation. En outre, certains services bénéficient de livret de compétences attendues aux vues des spécificités de leur prise en charge (soins critiques, pédiatrie, ...). Toutefois, le GHND ne propose pas de programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences aux équipes. Le GHND bénéficie d'un comité d'éthique qui vise à structurer et à coordonner la démarche éthique au niveau de l'ensemble des établissements. Il est pluri professionnel et pluridisciplinaire. Toutefois, les RU ne participent pas à ce comité. Quand une équipe est confrontée à un questionnement éthique, elle peut faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs et à un réanimateur pour enrichir sa réflexion. Le GHND a défini un projet social 2022-2026 dont une large majorité des mesures tendent à l'amélioration de la qualité de vie au travail. Elle se répartissent selon 3 axes thématiques : politique de management ; prévention des risques professionnels et amélioration des environnements de travail (dont l'élaboration d'un document unique) ; plan d'attractivité et de fidélisation, équilibre vie professionnelle/vie personnelle. Dans le cadre de l'élaboration de leur projet social, les 4 établissements du GHND se sont engagés conjointement dans une démarche d'amélioration de la QVT, coordonnée par un comité de pilotage paritaire qui lui a donné pour nom « Opération ADN ». L'élaboration du projet social dans le cadre de la démarche ADN a reposé sur un diagnostic QVT mené auprès du personnel GHND (1234 répondants) par un organisme extérieur en 2021. En septembre 2021, 15 réunions itinérantes avaient permis de présenter à l'ensemble du personnel du GHND le diagnostic de la QVT. Celui-ci faisait suite à une vaste enquête de satisfaction en ligne ouverte à toutes les catégories professionnelles, à près de 90 entretiens collectifs et individuels et à l'observation de plusieurs situations de travail par un ergonome. Le plan social a été validé dans sa version définitive par le comité de pilotage GHND (qui se confond avec la conférence territoriale de dialogue social du GHND) en février 2022, avant d'être soumis en mars à chacun des 4 comités techniques d'établissement du GHND. Localement, les instances représentatives du personnel non médical avaient été régulièrement tenues informées de l'état d'avancement de la démarche d'élaboration du projet social. Le suivi et l'évaluation de la démarche sont réalisés par le DRH de territoire en lien avec le Comité de pilotage, les groupes de travail par axe, et les comités techniques d'établissement du GHND. Indépendamment des mesures inscrites au projet social en faveur de la qualité de vie au travail, des actions sont menées pour améliorer la qualité de vie en dehors du travail (signature d'une convention de partenariat entre le CHPO et un opérateur privé de crèche, le CHIM propose des massages aux professionnels ainsi qu'une activité de gymnastique. En cas de conflit interpersonnel, sur le GHND, il existe une possibilité de médiation et de conciliation qui passe d'abord par l'encadrement, avec si besoin, ensuite, l'intervention de la DRH et de la Direction des soins. Il existe la possibilité d'un soutien par la psychologue du travail dédiée aux personnels. Au niveau médical, il existe une possibilité de conciliation par le PCME. Les professionnels rencontrés connaissent globalement les dispositifs de résolution des conflits à l'extérieur du GHND. Chaque site du GHND dispose de son plan de gestion d'une tension hospitalière ou d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE), au sein duquel, les risques internes et externes ont été identifiés. Ces plans de gestion comprennent les divers volets ORSAN, suivant le classement de l'établissement concerné : CHPO 1ière ligne (AMAVI, NRC, EPI-CLIM) et 2ième pour REB ; CHPB 2ième ligne (AMAVI, NRC, EPI-CLIM, REB) ; CHIM et CHTP établissements de repli. Les cellules de crise disposent de l'ensemble des outils nécessaires et sont opérationnelles dans les délais attendus. Divers exercices ont été réalisés en interne ou sous le pilotage de l'ARS 38 ces dernières années. Le dernier exercice a eu lieu le 03 avril 2024. Des réunions de débriefing en présence des professionnels ayant participé à l'exercice sont systématiquement réalisées. Des RETEX sont également organisés par l'ARS à la suite des entraînements (dernier en date le 12 octobre 2023 s'étant déroulé sur le site du CHPO avec ARS et établissements de santé du 38). Chaque structure du GHND bénéficie d'un Plan de Sécurisation d'Etablissement actualisé. Au niveau de chaque structure, la prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée notamment au travers d'une sécurisation périmétrique, des bâtiments et des locaux sensibles (digicode, badge professionnel, ...), par de la vidéo protection et par la présence sur site (CHPO et CHPB) d'une équipe sécurité qui

réalise de rondes jours et nuits. Un numéro direct et dédié permet de joindre l'équipe de sécurité des biens et des personnes. Les personnels connaissent les ressources en cas de situation critique. Aux urgences du CHPO, de nombreux boutons presseurs ont été installés en cas d'agression. Certains professionnels bénéficient de PTI. Le CHPO et le CHPB ont réalisé leur bilan carbone en 2022. Sur le GHND, le développement durable est structuré avec un COPIL comprenant notamment la gouvernance du GHND pour décider de la politique et un COPROJ (comité opérationnel) rassemblant les référents des thématiques des divers groupes de travail. Ce COPROJ est piloté par une conseillère en transition énergétique et écologique en santé. Sur chaque thématique, un bilan initial a été réalisé avec l'aide d'une grille de l'ANAP. Un plan de transition écologique 2023-2027 a été rédigé. Les consommations (énergie et eau) sont connues et des plans d'action existent pour tenter de les réduire. Depuis 2022, des tableaux de bord de suivi des consommations énergétiques ont été mis en place sur les 4 sites (CHPO, CHPB, CHTP, CHIM) sur une trame commune. Un plan d'action « d'efficacité énergétique et petits travaux » est identifié et en cours d'application sur les 4 sites. Le GHND prévoit diverses filières de tri suivant ses sites (pour exemple DAOM, DASRI, ferraille, bois, biodéchets, cartons, ...). Surtout depuis quelques années, le GHND a engagé un travail de réduction de ses DASRI. Entre 2022 et 2023, le taux de réduction suivant les sites va de 20% à 50%. Diverses sensibilisations aux éco-gestes sont mises en œuvre (pour exemple nudges ludiques, quizz, enquêtes, événements, fiches réflexe, livret de l'agent écoresponsable, plan de formation transition écologique, ...) ainsi que de l'affichage. La prise en charge des urgences vitales est procédurée dans la GED pour l'ensemble des structures du GHND. Elle est basée, sur chaque site, sur un numéro unique et dédié. Sur le CHPO, il existe un 2ième numéro dédié à l'urgences pédiatrique prenant en compte la spécificité des activités de pédiatrie et de néonatalogie. Sur les sites accueillant des personnes âgées, les professionnels appellent le Centre 15. Les personnels rencontrés connaissent ces numéros. La composition des sacs d'urgences est homogénéisée pour en faciliter l'utilisation et le suivi. Les infirmières des services font une vérification hebdomadaire du DSA et une vérification mensuelle des péremptions. Les bouteilles d'oxygène sont sécurisées. Les formations aux gestes d'urgences dont les AFGSU 2 (pour le CHPO services des urgences, USIC, Réa, équipe de nuit, gériatrie) sont en place. Dans cette dynamique, des formations par simulation à l'arrêt cardiorespiratoire ont eu lieu dans certains secteurs. Toutefois, la plupart des personnels rencontrés ont exprimé ne pas avoir bénéficié d'exercice de mise en situation dans leur service. Sur le GHND, un abonnement « Veille réglementaire » est en place et diffusé par mail aux responsables, chef de pôle, chefs de service, cadres supérieurs de santé et cadres de santé. Dans la continuité, la gouvernance du GHND promeut et diffuse les recommandations de bonnes pratiques en instances (CMEG et CME), aux équipes au travers des staffs et des RCP, des réunions de service, des protocoles, des lettres qualité, des réunions de cadres, ... Il existe une GED avec une périodicité de révisions au maximum à 5 ans de toutes les procédures et protocoles. Une application dans la GED permet un suivi du niveau de lecture des procédures par les agents. Les équipes revoient et actualisent régulièrement et de manière collective leurs pratiques et leurs protocoles au travers d'EPP ou de RMM. De même, les « comités experts » révisent les protocoles en fonction des bonnes pratiques dans leurs domaines (EPRIAS pour l'hygiène, CLUD pour la douleur, COMEDIMS pour la PECM, ...). Le GHND bénéficie d'un centre de formation en simulation en santé qui permet une réflexion en équipe et sur le terrain sur diverses pratiques. Toutefois, il n'existe pas de revue de pertinence des admissions et des séjours au travers d'indicateurs d'alerte formalisée. Les PAQSS du GHND, des structures et des services prennent en compte l'ensemble de « l'écoute patient » (E-satis, plaintes, questionnaires spécifiques, ...), ainsi que la contribution des usagers et de leurs représentants. Les professionnels rencontrés par les EV connaissent globalement les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours des questionnaires de satisfaction ou de l'enquête E-Satis, mais de manière hétérogène les recommandations des RU. Les indicateurs qualité sécurité des soins sont un levier de la démarche qualité du GHND et ce à plusieurs niveaux, GHND, établissement, services et évaluation des agents. La réalisation des évaluations IQSS se fait par les professionnels de santé concernés en lien avec les services qualité de site. L'analyse, l'exploitation, la communication et la définition d'actions amélioration concrètes se font à tous les niveaux. La gouvernance dispose d'un suivi des indicateurs qualité sécurité des soins par le biais d'un tableau de bord GHND et par site. L'ensemble des PAQSS établissements et services intègre les plans actions issus de l'analyse des résultats des IQSS. Ces IQSS sont présentés en CDU de chaque établissement. La culture du signalement est promue au sein des structures du GHND. Cette déclaration peut être faite au travers de l'outil dédié. De nombreuses procédures et communications visent à sensibiliser les personnels au signalement. De même, une Charte d'incitation à la déclaration des EI favorise

les signalements. Les EI sont traités par la cellule qualité qui en réalise la cotation. Les EI sont transmis au vigilant ou l'expert concerné, ainsi qu'à l'encadrement, les chefs de service. Les EI sont analysés et peuvent générer un CREX ou une analyse des causes profondes si besoin et in fine un plan d'action. Ce plan d'action peut intégrer le PAQSS du service, le PAQSS de l'établissement ou celui du GHND suivant son périmètre. Les professionnels rencontrés ont exprimé connaître la possibilité de réaliser un EI au travers du logiciel dédié qui permet un retour vers le professionnel déclarant. S'il s'agit d'un EIG ou d'un EIGS, il est analysé avec la méthode ALARM par l'équipe qualité et le CGRAS et est suivi d'un CREX avec les professionnels concernés. Au besoin, le résultat du CREX peut être partagé entre les services du site et du GHND. L'équipe informe le patient ou ses représentants des dommages imputables à un événement indésirable grave lié aux soins. Enfin, un soutien (encadrement, Direction, psychologue du personnel) peut être apporté à l'agent ayant signalé et/ou vécu un EIG. Un suivi est fait en Copil qualité risques de chaque site et un bilan annuel est fait en CME et CDU de chaque site. Au vu de son contexte de manque de personnels médicaux, ayant entraîné des fermetures de lits, le GHND est en permanence en tension pour hospitalier les patients accueillis aux urgences du CHPO et du CHPB. Pour améliorer ce parcours intra hospitalier, une cellule de gestion des lits est en place sur le CHPO. Sur le CHPB, un cadre de santé est affecté à la régulation des lits. Le GHND suit son besoin en lits journaliers sur ses deux sites d'accueil des urgences. Enfin, le GHND travaille en lien avec des maisons médicales de garde pour fluidifier l'aval de ses urgences. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. En vue de la prochaine visite, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

SECURITE NUMERIQUE : mettre en place un PCA/PRA dans tous les secteurs et former des référents sécurité SI dans les secteurs à risque ; Pérenniser la sécurisation des médicaments à risques, notamment dans les sacs et chariots d'urgences ; Développer des questionnaires de types PREMS/PROMS ; Homogénéiser les démarches d'évaluation des pratiques dans les différentes unités.

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	380780056	CENTRE HOSPITALIER YVES TOURAINE	Le thomassin 38480 Le Pont-De-Beauvoisin FRANCE
Établissement géographique	380000042	CENTRE HOSPITALIER YVES TOURAINE	Le thomassin 38480 LE PONT DE BEAUVOISIN FRANCE
Établissement géographique	380000364	CENTRE HOSPITALIER DE MORESTEL	539 rue francois perrin 38510 Morestel FRANCE
Établissement géographique	380000356	CENTRE HOSPITALIER LA TOUR-DU-PIN	12 boulevard victor hugo Bp 207 38110 La Tour-Du-Pin Cedex FRANCE
Établissement géographique	380802942	LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER LA TOUR DU PIN	12 boulevard victor hugo Bp 207 38110 La Tour-Du-Pin CEDEX FRANCE
Établissement principal	380000034	GHT RHONE NORD DAUPHINE - CENTRE HOSPITALIER PIERRE OUDOT	30 avenue du medipole Bp 348-8317 38300 BOURGOIN JALLIEU Cedex 38302 FRANCE
Établissement géographique	380805028	HOPITAL DE JOUR ENFANTS TOUR DU PIN	1 allée francoise dolto 38110 LA TOUR DU PIN FRANCE
Établissement géographique	380784736	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS - CH BOURGOIN JALLIEU	2 rue theophile diederichs 38300 Bourgoin-Jallieu FRANCE
Établissement géographique	380800045	CMP ENFANT BOURGOIN-JALLIEU	2 rue theophile diederichs 38300 Bourgoin-Jallieu FRANCE
Établissement géographique	380800037	CTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANT MORESTEL	9 rue auguste ravier 38510 Morestel FRANCE
Établissement géographique	380800029	CMP ENFANTS LA TOUR-DU-PIN	9 r contamin 38110 La Tour-Du-Pin FRANCE
Établissement géographique	380799999	CMP ENFANTS PONT-DE-BEAUVOISIN	3 avenue gabriel pravaz 38480 Le Pont-De-Beauvoisin FRANCE
Établissement géographique	380001768	CMP ENFANTS VILLEFONTAINE	8 rue du pivolay 38090 VILLEFONTAINE FRANCE
Établissement		CMP ENFANTS LA	1003 rue du danet

géographique	380002089	VERPILLERE	38290 LA VERPILLIERE FRANCE
Établissement géographique	380002048	CMP ENFANT CREMIEU	3 rue du marche vieux 38460 CREMIEU FRANCE
Établissement géographique	380001859	CMP ENFANTS ISLE D'ABEAU	1 impasse du bourg 38080 L ISLE D ABEAU FRANCE
Établissement géographique	380001909	CMP ENFANT CHARVIEU	38230 CHAVAGNEUX FRANCE
Établissement géographique	380798520	USLD DELPHINE NEYRET - CH BOURGOIN JALLIEU	4 place du 8 mai 1945 38300 Bourgoin-Jallieu FRANCE
Établissement géographique	380785840	USLD JEAN MOULIN -CH BOURGOIN JALLIEU	Rue jean moulin 38300 Bourgoin-Jallieu Cedex 38300 FRANCE
Établissement juridique	380782771	CENTRE HOSPITALIER DE MORESTEL	539 rue francois perrin 38510 Morestel FRANCE
Établissement juridique	380782698	CENTRE HOSPITALIER LA TOUR-DU-PIN	12 boulevard victor hugo Bp 207 38354 La Tour-Du-Pin Cedex FRANCE
Établissement géographique	380000356	CENTRE HOSPITALIER LA TOUR-DU-PIN	12 boulevard victor hugo Bp 207 38110 La Tour-Du-Pin Cedex FRANCE
Établissement géographique	380802942	LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER LA TOUR DU PIN	12 boulevard victor hugo Bp 207 38110 La Tour-Du-Pin CEDEX FRANCE
Établissement juridique	380780049	CENTRE HOSPITALIER BOURGOIN JALLIEU	30 avenue du medipole Bp 40348 38300 BOURGOIN JALLIEU Cedex 38302 FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non

Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	4,709
Nombre de passages aux urgences générales	52,332
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	254
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	57
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	31
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	16

Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	9
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	4,892
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	27
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	1
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	15
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	85
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	10
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	10
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	24
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0

Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	24
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	1
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	22,932
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	22,932
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	13
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Traceur ciblé			EI
4	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Traceur ciblé			chimio
11	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
13	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé			PSC
15	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
16	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
17	Parcours traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Chirurgie et interventionnel	

22	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

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

33			<p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
34	Patient traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
35	Patient traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
36	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
37	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	

38	Parcours traceur		Maternité Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
41	Audit système			
42	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
43	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
44	Traceur ciblé			PSC
45	Audit système			
46	Traceur ciblé			PSC
47	Traceur ciblé			PSC

48	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
49	Traceur ciblé			PSC
50	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
51	Audit système			
52	Traceur ciblé			PSL
53	Audit système			
54	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
55	Audit système			
56	Audit système			
57	Audit système			
58	Audit système			
59	Audit système			
60	Audit système			
61	Audit système			
62	Audit système			
63	Audit système			
64	Audit système			
	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire	

65			Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
66	Audit système			
67	Traceur ciblé			PSL
68	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
69	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
70	Traceur ciblé			EI
71	Audit système			
72	Audit système			
73	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
74	Traceur ciblé			PSC
	Parcours		Soins critiques	

75	traceur		Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
76	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
77	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
78	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
79	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	

80	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement	
81	Traceur ciblé			SAMU/SMUER

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

