



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE HOUDAN**

42 rue de paris
78550 Houdan



Validé par la HAS en Septembre 2022

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 2022

Sommaire

| | |
|---|----|
| Préambule | 4 |
| Décision | 7 |
| Présentation | 8 |
| Champs d'applicabilité | 9 |
| Résultats | 10 |
| Chapitre 1 : Le patient | 11 |
| Chapitre 2 : Les équipes de soins | 14 |
| Chapitre 3 : L'établissement | 17 |
| Table des Annexes | 23 |
| Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche | 24 |
| Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022 | 25 |
| Annexe 3. Programme de visite | 29 |

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

| CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN | |
|------------------------------|--|
| Adresse | 42 rue de paris 78550 Houdan FRANCE |
| Département / Région | Yvelines / Ile-de-france |
| Statut | Public |
| Type d'établissement | Centre Hospitalier |

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

| Type de structure | N° FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
|-------------------------|-----------|------------------------------|--|
| Établissement juridique | 780130027 | CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN | 42 rue de paris 78550 Houdan FRANCE |

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

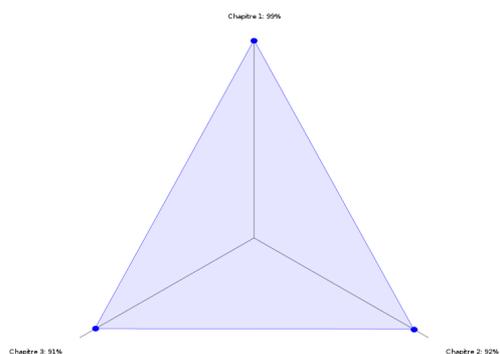
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

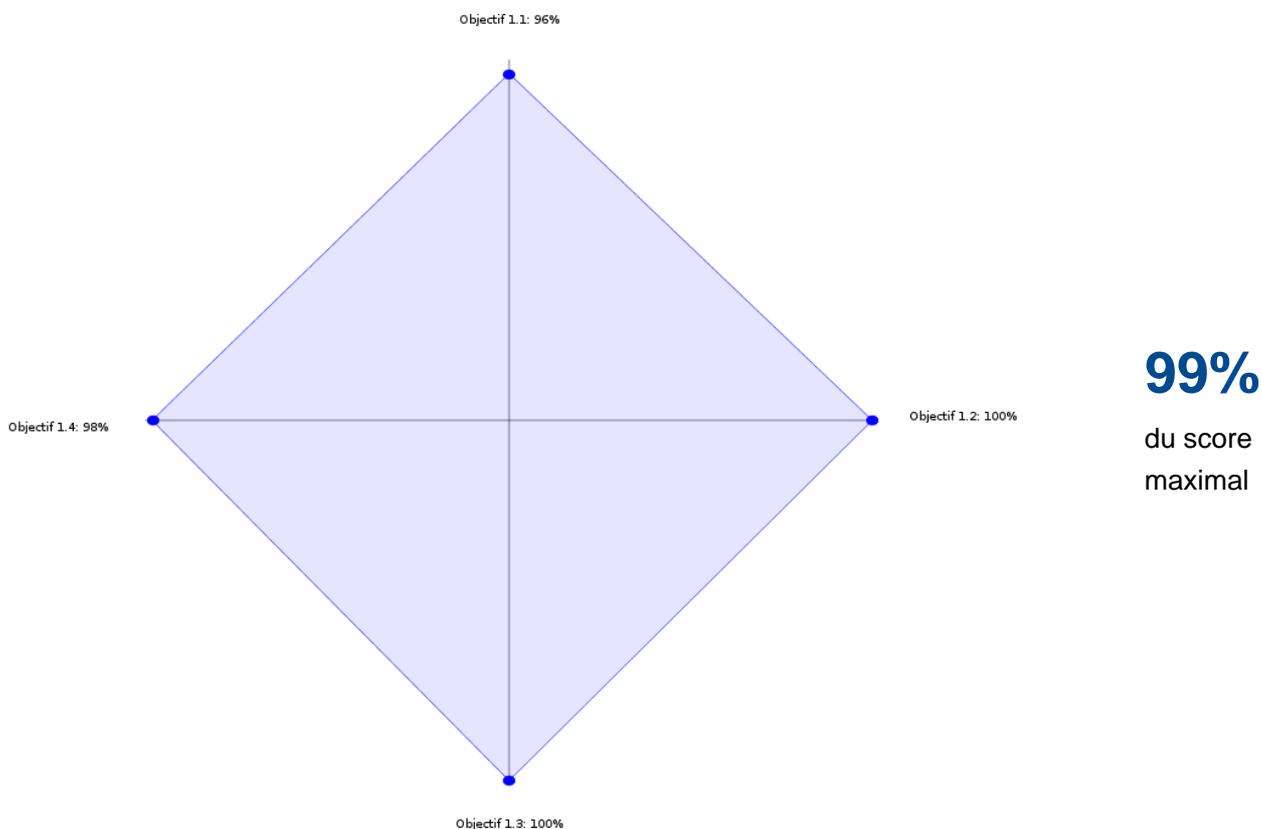
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



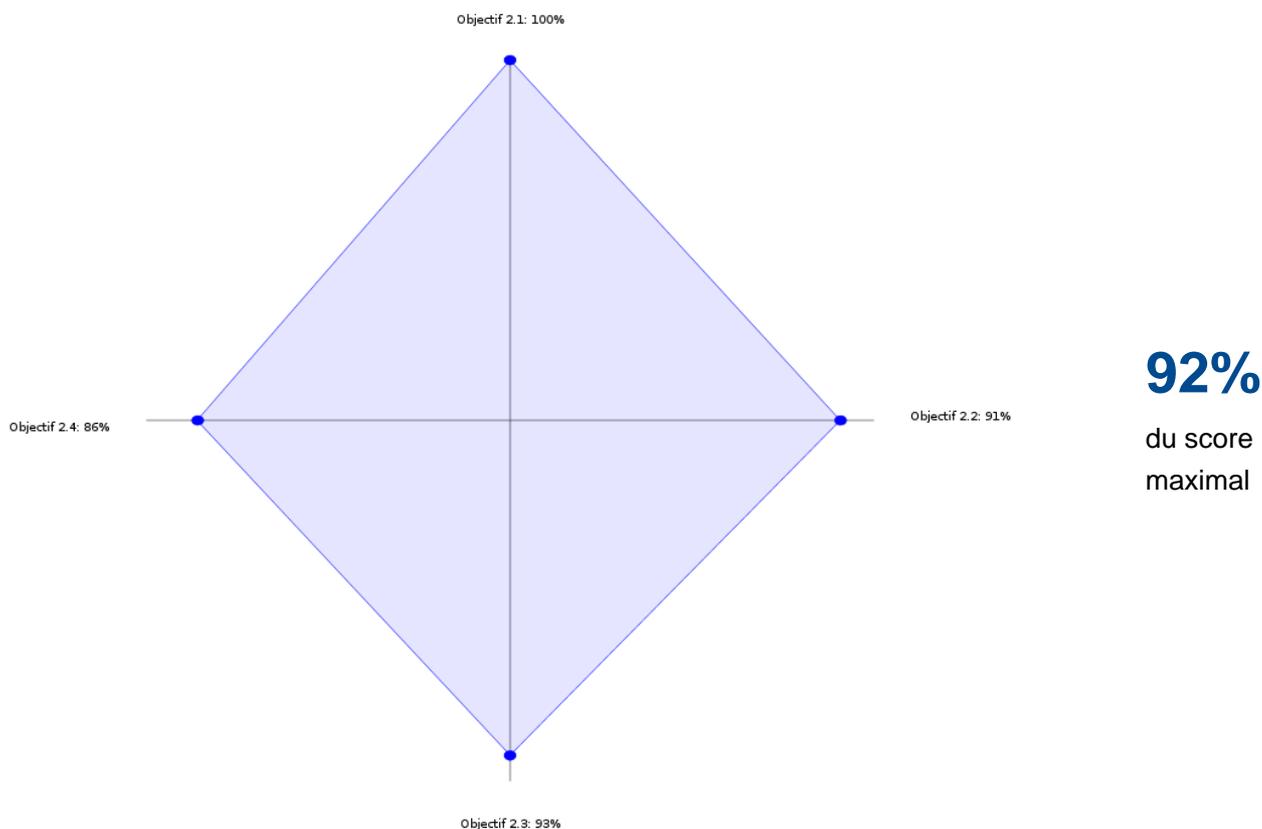
| Objectifs | | |
|-----------|--|------|
| 1.1 | Le patient est informé et son implication est recherchée. | 96% |
| 1.2 | Le patient est respecté. | 100% |
| 1.3 | Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient | 100% |
| 1.4 | Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge | 98% |

Le Centre Hospitalier de Houdan (CHH) centre sa prise en charge sur le patient. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement. L'information est le plus souvent adaptée à la typologie de personnes accueillie au sein du CH d'Houdan. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement. L'information est le plus souvent adaptée à la typologie de personnes accueillies au sein du CH d'Houdan. La charte des patients hospitalisés est affichée à l'entrée des services. L'information concernant les droits des patients (exemple la charte Romain Jacob pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap) est retrouvée dans le livret d'accueil et les panneaux d'affichage situés dans tous les services, ainsi que la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap et de dépendance. Le consentement libre et éclairé, la réflexion bénéfice-risque et les spécificités et attentes du

patient sont prises en compte dans les projets de soins dans tous les secteurs. L'avis des familles et des proches est aussi recherché notamment en USLD et en EVC. Le patient bénéficie d'actions adaptées et personnalisées pour renforcer son autonomie et réduire ses risques. A cet effet, un temps d'ergothérapeute est dédié au sein du service de médecine. Les équipes soignantes adaptent leur soin à l'autonomie du patient. En EVC, l'ergothérapeute participe à améliorer les différentes postures des patients (adaptation fauteuil roulant, collier cervical, ...). En outre, les équipes d'EVC se déplacent dans le service où est hospitalisé le patient, avant son entrée en EVC, pour évaluer la pertinence de l'admission, organiser la prise en charge et la programmer. La famille est invitée à visiter le service. Le livret d'accueil est remis au patient à son entrée. Une information sur ses droits et devoirs est délivrée au patient à son admission au travers de ce livret d'accueil. L'information sur la désignation d'une personne de confiance est réalisée (affiche, livret d'accueil et site internet) et tracée en tenant compte des spécificités du patient (âge, handicap, vulnérabilité). Les directives anticipées sont recherchées dès l'admission. Elles sont tracées dans le dossier patient. En soins palliatifs et en EVC, et selon l'évolution du patient, une réflexion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et associant le patient et les familles concernant les LATA est travaillée et tracée dans le dossier. Des prescriptions anticipées sont rédigées au besoin. Même si le CH d'Houdan n'est pas un centre de prélèvement d'organe, il réalise la promotion du don d'organes au sein du livret d'accueil des patients. En cas d'administration de produits sanguins labiles, le patient est informé oralement. Un consentement est signé et tracé. Toutefois, il n'existe pas de document d'information formalisé relatif à la transfusion. L'hôpital dispose d'une USP de recours territorial, accessible aux patients de l'hôpital d'Houdan et d'une équipe mobile de soins palliatifs pouvant apporter son expertise aux services de l'hôpital et aux EHPAD environnants. Des professionnels possèdent des DU de soins palliatifs et d'éthique. L'information sur la possibilité de joindre les représentants des usagers est largement diffusée (livret d'accueil, affichage, site internet). Toutefois, au décours des patients traceurs, certains patients ont exprimé ne pas avoir été informés de cette possibilité par l'équipe de soins. Le patient est sollicité pour exprimer sa satisfaction, l'établissement mettant en œuvre divers questionnaires de satisfaction et promouvant le recueil de l'adresse mail dès le bureau des entrées pour l'enquête nationale E-Satis. Toutefois, au décours des patients traceurs, certains patients ont exprimé ne pas avoir été informés de cette possibilité par l'équipe. Le nombre de retours E-satis ne permet pas une analyse efficiente. Les pratiques des personnels assurent la confidentialité, l'intimité et la dignité des patients malgré des locaux vétustes. Les chambres à deux lits bénéficient de paravent. L'utilisation de la contention est utilisée en dernier recours. Dans ce cas, les prescriptions de contention en médecine suivent les recommandations HAS. Elles sont protocolisées et tracées dans le DPI. En EVC et en USLD, seules les contentions par ceinture suivent le même schéma. Les proches et les aidants sont impliqués dans la prise en charge du patient avec son accord, pour la préservation du lien social et familial. Leur présence est facilitée lorsque la situation l'exige. La douleur du patient est évaluée dès l'entrée et réévaluée tout autant que de besoin. Cette évaluation, son suivi et le traitement éventuel mis en œuvre sont tracés dans le dossier patient. Les personnels soignants d'Houdan utilisent majoritairement l'échelle ALGOPLUS. Le patient en situation de précarité sociale peut bénéficier d'un accompagnement social. En médecine, un « staff médico-social » pluridisciplinaire se réunit tous les lundi matin. En cas de nécessité, pour évaluer le domicile, l'assistante sociale peut se rendre à domicile. Si besoin, des vêtements peuvent être donnés aux patients. En USLD et en EVC, un programme d'animations est proposé. Il existe en outre des activités particulières : salle snoezelen, zoothérapie, activités thérapeutiques (repas, modelage), ... Diverses associations de bénévoles interviennent par convention au sein de l'hôpital d'Houdan. De plus, si besoin, un patient peut faire appel au référent du culte de son choix (information par affichage et dans le livret d'accueil). Observations établissement Le Centre Hospitalier de Houdan (CHH) centre sa prise en charge sur le patient. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement. L'information est le plus souvent adaptée à la typologie de personnes accueillies au sein du CH d'Houdan. La charte des patients hospitalisés est affichée à l'entrée des services. L'information concernant les droits des patients (exemple la charte Romain Jacob pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap) est retrouvée dans le livret d'accueil et les panneaux d'affichage situés

dans tous les services, ainsi que la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap et de dépendance. Le consentement libre et éclairé, la réflexion bénéfice-risque et les spécificités et attentes du patient sont prises en compte dans les projets de soins dans tous les secteurs. L'avis des familles et des proches est aussi recherché notamment en USLD et en EVC.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



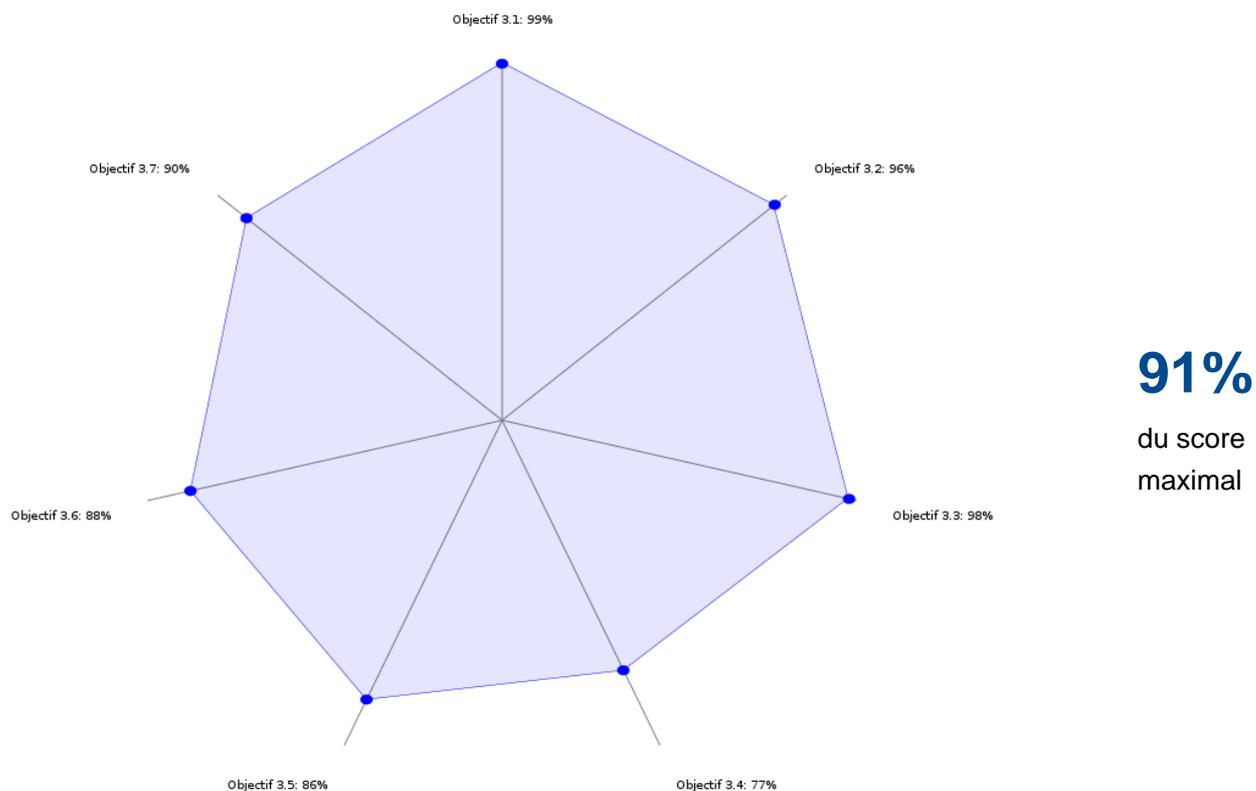
| Objectifs | | |
|-----------|---|------|
| 2.1 | La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe | 100% |
| 2.2 | Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge | 91% |
| 2.3 | Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques | 93% |
| 2.4 | Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle | 86% |

Les équipes du CH d'Houdan se réunissent de manière régulière et pluridisciplinaire, en staff, pour discuter de la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions et les coordonner. Elles s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques et n'hésitent pas si besoin à avoir recours à des réseaux d'expertise internes et externes. L'USP et l'EVC réalisent de nombreuses réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Il existe un staff « médico-social » en médecine le lundi matin. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée. Les prescriptions d'antibiotiques suivent les bonnes pratiques d'utilisation : réévaluation entre 48h et 72h effective et durée maximale de 7 jours. La cheffe de service de médecine, CGRAS, est formée à l'antibiothérapie. Les bonnes pratiques de transfusion sont connues et appliquées par l'équipe de médecine. Une EPP de pertinence est en cours depuis mars 2022. Toutefois, la procédure est à actualiser car datant de

2016 et le formulaire d'information du patient n'est pas à ce jour validé institutionnellement. Le taux de destruction des PSL n'est pas suivi. Les équipes utilisent un dossier patient informatisé, avec des droits d'accès et en écriture dédiés par métier. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont intégrés dans le dossier au fil de l'eau. Les EV ont pu noter la complétude de la majorité des dossiers et leur actualisation régulière. La prescription est sécurisée. La macro cible d'entrée et de sortie est formalisée, réalisée et tracée dès l'admission du patient par une équipe pluridisciplinaire (IDE, AS, ...). L'ensemble des informations consignées dans le dossier est accessible en temps utile par l'ensemble des professionnels prenant en charge le patient. En Médecine, et en USP suite à un CREX, une "check liste d'entrée" a été créée, elle permet de vérifier, dès l'entrée, la complétude des documents et des informations nécessaires à la prise en charge du patient. L'ensemble des équipes construisent avec le patient et les familles le projet de soins. Toutefois en USLD, le projet de vie n'est pas systématisé et réévalué. Le CH d'Houdan bénéficie d'une USP et d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMPSP). Le parcours patient, les modalités d'admission et la prise en charge sont organisés et formalisés. Une équipe pluridisciplinaire (médecin, soignants, ergothérapeute, assistante sociale) concourt à la bonne prise en charge du patient. Une réflexion dès l'admission du patient est menée sur les LATA. Elles sont tracées dans le dossier. Jusqu'à la crise Covid, l'USP bénéficiait d'une réflexion éthique régulière. L'USP bénéficie d'un infirmier de parcours qui permet de travailler en amont et en aval du séjour du patient et ainsi faciliter l'accès aux soins. Les IQSS réalisés en 2018 retrouvent un taux de remise à J0 de la lettre de liaison. Durant la visite, les EV confirment cet état de fait. Toutefois, la lettre de liaison suit les recommandations de la HAS, en particulier elle comprend les traitements de sortie comparés aux traitements d'entrée avec les modifications réalisées. L'identitovigilance est assurée à toutes les étapes de la prise en charge, notamment dès le bureau des entrées et par la pose d'un bracelet d'identification et sa vérification systématique dans les services. En USLD, l'établissement a fait le choix de ne pas mettre de bracelet d'identification, sauf quand le patient sort du service. La cadre de santé travaille à un projet de trombinoscope. A ce titre, le formulaire de droit à l'image a été actualisé. L'établissement a identifié des référents pour chaque vigilance réglementaire et en a réalisé une communication au travers d'une affiche dans chaque service. Le CGRAS coordonne ses vigilants. L'information ascendante et descendante d'une alerte est organisée au sein de l'établissement. Les prescriptions, la dispensation et la traçabilité de l'administration des médicaments sont informatisées. La délivrance des médicaments est assurée et adaptée à la durée du séjour. Toutefois, les EV ont pu noter au décours des patients traceurs et des traceurs ciblés l'absence de vérification pour tous les patients de la prise effective du médicament par le patient lors de l'administration. De même, ils ont noté une traçabilité parfois en temps décalé de l'administration des médicaments. L'établissement a défini et validé la liste des médicaments à risque. Celle-ci est adaptée à chaque service. Les équipes sont sensibilisées et connaissent la gestion de ces médicaments et mettent en place des modalités de prévention du risque (marquage par des étiquettes rouges). Une affiche reprend l'ensemble des médicaments à risques avec leur surveillance propre. La dispensation, le transport, le stockage et l'administration des médicaments sont sécurisés. La sécurité du stockage des produits thermosensibles est aussi assurée. L'établissement a initié la conciliation médicamenteuse sur le service de médecine. Concernant la gestion des toxiques, la prescription, le stockage et la délivrance sont sécurisés et conformes aux recommandations. L'accès à la PUI en l'absence du pharmacien est organisé et tracé (au sein du rapport de garde du cadre de santé et registre ad hoc au sein de la PUI). Il se fait en présence de deux soignants (cadre de santé de garde et infirmière). Toutefois, les EV ont pu noter au décours d'un traceur ciblé que l'accès à la PUI n'était pas suffisamment sécurisé. Ce risque est connu de la Direction suite à un audit sécurité réalisé par la gendarmerie dans le cadre de la formalisation du plan de sécurisation de l'établissement. Les précautions complémentaires sont connues et tracées. En cas de situation particulière (gale, tuberculose, ...) les équipes contactent l'EOH de territoire du CH de Rambouillet. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques des précautions standards et complémentaires. Malgré la vétusté des locaux, ces derniers sont propres et bien entretenus. L'ICSHA 2019 affiché dans les services est à un taux de 53%. Toutefois, les EV ont pu noter que de la solution hydro alcoolique est mise à disposition dans l'ensemble des services et locaux. Les équipes connaissent les bonnes pratiques d'hygiène des mains.

L'établissement a participé à la journée hygiène des mains et un audit zéro bijou a été réalisé. Cependant, le protocole « hygiène des mains » à disposition des professionnels date de 2015. Le circuit des déchets est formalisé. Toutefois, au décours de leur visite, les EV ont noté le stockage de déchets (DAOM et DASRI) au niveau de la cage d'escalier de l'USLD et de la médecine. En ce qui concerne, les dispositifs invasifs, le pansement sur le site d'insertion permet la surveillance et la datation de sa pose. Toutefois, lors d'un patient traceur, la traçabilité de la pose du dispositif invasif n'était pas effective dans le DPI. Une EPP sur la pertinence des cathéters veineux périphériques et centraux a été initiée en mars 2022. L'autonomie du patient est évaluée et tracée dès l'admission du patient. Les équipes de soins adaptent leur prise en charge en fonction. Durant tout le séjour, l'objectif est de ré autonomiser le patient, autant que possible, et d'éviter ainsi les complications inhérentes à l'hospitalisation, particulièrement le risque de dépendance iatrogène. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées et obligatoires. Il offre diverses opportunités aux personnels de se vacciner contre la grippe. La médecine du travail est attentive à l'ensemble des vaccinations, Covid, grippe, hépatite et rougeole. Le transport des patients en intra hospitalier est réalisé par les soignants. Quelques démarches d'évaluation des pratiques sont en cours depuis mars 2022 (EPP transfusion, douleur, contention, nutrition entérale, ...). Toutefois, cette démarche étant récente, une double évaluation n'a pas pu être engagée. La satisfaction du patient est recueillie au travers des enquêtes de satisfaction et d'E-Satis. Lors des rencontres des professionnels, les EV ont constaté des axes d'amélioration travaillés en équipe suite à l'évaluation de la satisfaction des patients. Par exemple, un travail est en cours sur l'alimentation en USLD. De même, un travail a été mené sur les systèmes d'appel malade. Toutefois, les EV notent l'absence d'appropriation des outils d'évaluation et des indicateurs proposés par la gouvernance aux équipes. Les soignants maîtrisent la déclaration des EI sur la GED. Ces EI sont classés selon leur criticité. Les EI graves, particulièrement liés aux soins, sont analysés en équipe par la méthode ALARM, au sein de CREX et de RMM. Toutefois, les EV constatent que ces résultats et le plan d'actions éventuellement mis en œuvre ne sont pas forcément communiqués à l'ensemble des services de l'hôpital. Certains plans d'actions peuvent abonder le PAQGDR. Tous les indicateurs qualités locaux sont affichés dans les services. Lors d'un dommage graves lié aux soins, la pratique des professionnels est adaptée. Il existe une procédure d'information du patient en cas du dommage lié aux soins, dont la dernière mise à jour date de 2016.

Chapitre 3 : L'établissement



| Objectifs | | |
|-----------|--|-----|
| 3.1 | L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire | 99% |
| 3.2 | L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement | 96% |
| 3.3 | La gouvernance fait preuve de leadership | 98% |
| 3.4 | L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences | 77% |
| 3.5 | Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance | 86% |
| 3.6 | L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté | 88% |
| 3.7 | L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins | 90% |

Le CH de Houdan est en Direction commune avec le CH de Rambouillet depuis janvier 2019 et fait partie du GHT Yvelines Sud dont l'établissement support est le CH de Versailles. Il est labellisé « Hôpital de proximité » depuis 2021 et s'inscrit pleinement dans le territoire de la communauté de communes du pays Houdanais. Le CH de Houdan est en cours de formalisation de son projet d'établissement. Le projet médical et la politique

qualité et gestion des risques sont formalisés. Le projet médical s'articule autour de trois axes : proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population dans le cadre de filières de prise en charge ; garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ; poursuivre l'intégration de l'hôpital au sein de son territoire en favorisant les coopérations. L'établissement a identifié ses partenaires pour améliorer les parcours patients. Il est intégré dans des filières (gériatrie, pneumologie, ...) et des parcours GHT et dans de nombreux dispositifs de coordination (pôle autonomie territorial centre Yvelines, DACTYS, HAD, ...). L'intégration dans la filière gériatrique du GHT contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences. Le CH d'Houdan s'inscrit dans le contrat local en santé dans le cadre du GHT Yvelines Sud. L'établissement renseigne régulièrement le répertoire opérationnel des ressources (ROR) et diffuse ses lits et places disponibles à ses divers partenaires, en lien notamment avec le bed manager du CH de Rambouillet. Au sein de l'établissement, il existe un Centre de santé regroupant des médecins généralistes et des spécialistes pour assurer des consultations programmées et non programmées. En outre, un GIE comprenant à ce jour un scanner vient compléter l'offre en imagerie conventionnelle du CH d'Houdan. Enfin, le CH d'Houdan accueille en son sein un Espace Info Santé « Oxyjeunes » dédié aux jeunes de 11 à 25 ans, aux parents et aux professionnels qui se posent des questions sur leur santé, recherchent des outils ou veulent se mettre en lien avec un réseau de professionnels. Le CH d'Houdan s'inscrit dans la mise en œuvre du SAS au niveau du SAMU 78 du CH de Versailles. Il existe un partenariat fort avec la CPTS du territoire. A ce titre, le Président de cette CPTS participe au Directoire et à la CME de l'établissement. Le CH d'Houdan est membre de la communauté professionnelle territoriale de santé (APSYO) en cours de constitution. En termes de gestion de parcours, l'Unité de Soins Palliatifs (USP) bénéficie d'un infirmier dédié pour organiser l'entrée et la sortie du patient. Pour favoriser la coordination et la qualité de la prise en charge, le CH d'Houdan bénéficie de divers programmes de retour à domicile (PRADO BPCO et pathologies chroniques), a conventionné avec divers HAD et suit la qualité et les délais de délivrance de la lettre de liaison. Il développe des outils informatiques (LIFEN, messagerie sécurisée MSS) pour favoriser la coordination des parcours. L'équipe mobile de soins palliatifs de l'établissement apporte son expertise en interne mais se projette aussi sur les EHPAD environnant. Le CH d'Houdan a un DPI unique. Pour favoriser les parcours au sein du GHT, il s'inscrit dans la démarche de convergence vers un DPI unique de GHT décidée par le CH de Versailles établissement support du GHT Yvelines Sud et dans les programmes SUN-ES. Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers, les partenaires de ville et les autres professionnels de santé peuvent joindre aisément l'établissement (standard, numéros communiqués, prise de rdv en ligne par Doctolib pour le centre de santé, centrale de rendez-vous de Direction commune, ...). Une messagerie sécurisée (LIFEN) permet des échanges rapides entre les professionnels de santé. Les numéros d'appel téléphonique et les adresses mail pour joindre directement les services sont communiqués au patient ou à ses proches. Toutefois, à ce jour, l'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique n'est pas mise en œuvre par l'établissement. Le CH d'Houdan accompagne les professionnels qui souhaitent s'investir dans des travaux de recherche. A ce titre, l'USP participe à l'étude « Propage » portée par le CHU de Bordeaux. Le CH d'Houdan promeut le recueil de l'expression patient au travers de l'enquête nationale E-Satis (affiche, internet, flyer, livret d'accueil, ...) et du questionnaire de satisfaction. Le bureau des entrées est attentif à bien recenser les adresses mail pour optimiser le recueil E-satis. Toutefois, les équipes rencontrées ont semblé ne pas connaître les résultats de ces différentes enquêtes. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont analysés et communiqués en CDU. Toutefois, l'établissement n'a pas encore mis en œuvre de questionnaires spécifiques sur l'expérience patients type PREMS ou PROMS. Un questionnaire expérience patient est en cours d'élaboration en lien avec les représentants des usagers dans une démarche direction commune avec le CH de Rambouillet. Les représentants des usagers (RU) ont participé à la certification à blanc du CH d'Houdan. Toutefois, l'établissement n'a pas à ce jour mobilisé l'expertise patient. Le CH d'Houdan assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre professionnels et patients au travers de formations (gestion des conflits, suivi de deuil, prévention et gestion en communication positive des situations de violence et d'agressivité, communication gestuelle et handicap) et de ressources (liste d'interprètes, recours au langage des signes, ...) dédiées. Les professionnels sont

identifiables par catégorie professionnelle (badge, couleur des tenues). Le CH d'Houdan a désigné un médecin et un cadre supérieur de santé médiateurs pour prévenir ou accompagner les situations difficiles entre service et patient ou aidant. Le circuit de traitement des plaintes et des réclamations est formalisé. Un bilan annuel est réalisé en CDU et communiqué en instances avec une synthèse des réclamations et des éventuelles actions mises en œuvre. Les représentants des usagers ont participé à une formation avec les professionnels de l'établissement sur « les droits et information des patients ». Le recours des patients aux RU est facilité au travers du livret d'accueil et d'affiches. L'établissement a formalisé une Charte de bientraitance. Celle-ci est affichée dans les services ainsi que d'autres documents visant à prévenir la maltraitance comme l'affiche « 10 recommandations de la bientraitance ». Des formations sont mises en œuvre pour promouvoir la bientraitance (gestion des conflits, bientraitance des personnes accueillies, ...). Une sensibilisation des professionnels à la bientraitance a eu lieu au cours de la semaine sécurité patient en 2021 au travers d'une chambre des erreurs (appel malade au sol, adaptable trop éloigné). Le personnel est sensibilisé à la maltraitance ordinaire. Il a capacité à signaler tout type de maltraitance au travers d'une FEI. Des actions sont menées au sein des services : EPP contention et EPP douleur débutées en mars 2022, sensibilisation à la non utilisation du tutoiement, ... Les locaux assurent l'accessibilité aux personnes porteuses d'un handicap (rampes d'accès, ascenseurs) et la signalétique est adaptée. De même, l'établissement favorise la prise en charge des personnes vulnérables et met à disposition des ressources, notamment en termes d'assistante sociale. Un staff « médico-social » a lieu en service de médecine tous les lundi matin. L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier médical au travers d'une procédure dédiée. Une information à cet effet est apportée dans le livret d'accueil du patient. La CDU est tenue informée du nombre de demandes, des délais de transmission et des éventuelles actions d'amélioration mises en œuvre. Un registre au niveau de la Direction trace l'ensemble des demandes. L'établissement ne participe pas à des essais cliniques. Les représentants des usagers (RU) sont impliqués au sein de l'établissement. Ils participent à de nombreuses instances (Directoire, Conseil de surveillance, participation au niveau du GHT) et groupes de travail. Au sein de la CDU, les RU ont connaissance des EI, des retours des questionnaires de satisfaction et du bilan E-Satis, du suivi des demandes de dossier et des plaintes et des réclamations. Les RU ont une contribution active au sein du CH d'Houdan et un RU a été médiateur lors d'une plainte. Ils ont été associés à la démarche de certification et un RU a participé à un traceur ciblé. L'établissement assure l'accessibilité aux RU au travers du livret d'accueil, de l'affichage dans les services. Toutefois, à ce jour, il n'existe pas encore de projet des usagers formalisé même si de grandes orientations ont été validées en CDU. L'établissement bénéficie d'une Politique de la qualité et de la gestion des risques 2022-2026, validée le 29 octobre 2021. Elle a pour objectif d'agir en faveur de la satisfaction des patients et des usagers et de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au travers de 4 axes : poursuivre l'amélioration de la prise en charge du patient en développant son écoute et son implication dans les soins ; accompagner les équipes vers une amélioration de leurs pratiques ; développer la coordination de la gestion des risques associés aux soins ; promouvoir et partager la culture qualité et sécurité des soins. Le système de management de la qualité et de la gestion des risques du CH d'Houdan a été revu au travers de la politique qualité. Il est basé sur le Président de la CME, la CME et le Comité de la Qualité des risques et des vigilances (CQRV) sous-commission de la CME. Le CQRV comprend la Direction, le PCME, le CGRAS, les chefs de service, les cadres de santé, les responsables au sein des directions, notamment la responsable qualité et les vigilants. Le CQRV a en charge la coordination du système de management de la qualité et des risques et il élabore, suit et évalue le Programme d'amélioration de la qualité et gestion des risques (PAQGDR). Une responsable QGDR et affaires générales et le directeur qualité gestion des risques de la Direction commune pilotent la QGDR en lien étroit avec le PCME et le médecin CGRAS. Le PAQGDR a été refondu dans sa dernière version en date de janvier 2022 pour prendre en compte les PAQ par processus et par service en cohérence avec les orientations de la politique QGDR, avec pour chaque objectif, une action, un pilote, une échéance, un état d'avancement et les résultats obtenus. Le PAQGDR intègre tous les plans d'actions qualité du CH d'Houdan. Il est actualisé régulièrement par le CQRV. Une fois par an, un bilan est réalisé au sein de la CQRV avec les cadres. Toutefois, il n'y a ni validation, ni passage en instances pour

arrêter une version annuelle. Une enquête de la culture qualité et de sécurité des soins a été réalisée fin 2021 au décours de la « semaine sécurité patient ». Divers audits ont été réalisés : zéro bijou, hygiène des mains, bio nettoyage des chambres, identitovigilance, ... Des RMM et des CREX sont mis en œuvre basés sur la méthode ALARM au sein des services ainsi que des audits croisés par des cadres sur les bonnes pratiques professionnelles. Les IQSS sont suivis et analysés. Les EPP ont été relancées en mars 2022. Les chefs de service et les cadres ont été formés au management qualité et à la conduite d'un projet qualité. L'établissement participe aux "semaines sécurité des patients" (risque infectieux, identitovigilance, médicaments, bientraitance, ...) ainsi que les RU. L'établissement et la gouvernance favorisent le travail en équipe même s'il n'y a pas eu de démarche spécifique d'amélioration et de synchronisation des temps de travail entre métiers. Au niveau de la gouvernance, de nombreuses réunions de coordination sont mises en œuvre pilotées par la Direction générale et de site, par la Direction des soins et par les cadres eux-mêmes. Au niveau des services, les équipes se retrouvent au sein de staff et le service d'USP et le service d'EVC organise des RCP. Même s'il n'existe pas de GPMC formalisée et qu'il n'y a pas eu de programme intégré d'acquisition des compétences type PACTE, l'établissement veille à l'adéquation entre les compétences des personnels et leurs missions, tant en termes médical que non médical. L'établissement a formalisé un tableau des effectifs cibles par autorisation d'activité. L'établissement bénéficie de divers DU : soins palliatifs, éthique, plaies et cicatrisation, gérontologie. Pour recruter le CH d'Houdan s'appuie sur des fiches d'emploi. En cas d'absentéisme, il existe une procédure et l'établissement peut avoir recours à des heures supplémentaires ou à l'intérim. Un logiciel permet de faire appel à des personnels du CH d'Houdan en cas d'absentéisme. Les EV ont pu constater le manque de kinésithérapeute, malgré la présence d'ergothérapeute. L'établissement conscient de cette situation fait appel à des kinésithérapeutes de la Fondation Mallet pour la médecine et l'USLD. Un recrutement sera effectif à la fin du mois de mai 2022. Les entretiens professionnels, comprenant l'entretien de formation, sont mis en œuvre au travers du logiciel GESFORM de l'ANFH. Un plan de formation permet de répondre aux besoins du CH d'Houdan en termes de compétences. Les nouveaux cadres de santé et les médecins ont bénéficié de formation en management. Il existe diverses réunions permettant à l'encadrement de partager leurs expériences (comité de direction élargi, réunion de cadres, cadres supérieurs et direction des soins, ...) pour optimiser leurs pratiques. L'établissement organise l'accueil des nouveaux arrivants tant institutionnellement au travers d'une demi-journée d'accueil que dans les services. Une période d'intégration est prévue. Le professionnel est tutoré et doublé une dizaine de jours et est évalué par l'encadrement. Certains professionnels ont été formés à ce tutorat. Un livret du nouvel arrivant est donné lors du recrutement et le cadre fait visiter le service. Un bilan d'intégration est réalisé par le cadre 10 à 15 jours après la prise de poste. En termes de qualité de vie au travail (QVT), de nombreux axes d'action sont mis en œuvre même si à ce jour, il n'existe ni politique QVT, ni Projet social formalisés et il n'y a pas eu d'enquête sociale dernièrement. Ces axes d'actions sont partagés en instances. Une démarche RPS a été mise en œuvre en 2019 dans certains services (technique logistique, USLD, ...) et avec un organisme de prévention externe fin 2021. Il existe un groupe de travail sur les accidents de travail et un groupe de parole EMSP/USLD, deux fois par mois par un psychologue extérieur. De même, durant la période Covid, des cellules d'écoute par des psychologues cliniciennes ont été mises à disposition des personnels. L'établissement bénéficie de diverses ressources avec une présence deux fois par mois d'un médecin du travail et d'une infirmière du travail, une psychologue du travail, des ergothérapeutes et une aide-soignante formée aux troubles musculo-squelettiques. Le CH d'Houdan bénéficie d'une commission de maintien dans l'emploi et d'un plan égalité femmes-hommes. La vaccination (Covid, grippe, rougeole, hépatite B) des personnels est suivie par le service de médecine au travail. L'organisation de la vaccination au Centre de santé et dans les services favorise la vaccination grippale. De même, une organisation de la vaccination grippale sur deux périodes de 20h à 21 h permet aux personnels de nuit d'y accéder. Des questionnaires à l'attention des personnels permettent ensuite d'analyser les freins à la vaccination. Des actions bien-être ont été réalisées à destination des personnels : journées bien-être (massage, réalité virtuelle, luminothérapie, ...), déjeuner sur l'herbe, installation de tables de pique-nique, partenariats avec la MNH et la MGEN. Le CH d'Houdan a structuré la mise en œuvre du télétravail au travers

d'une charte. L'établissement a structuré un processus de conciliation au travers de l'encadrement de proximité puis de la Direction. Une psychologue du travail peut apporter son expertise dans cette gestion. Un document unique a été retrouvé dans la GED. Toutefois, il est daté de 2012. Etablissement de santé de 3ème ligne, le CH d'Houdan a actualisé son plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles en 2021, après avoir identifié ses risques. Une procédure est accessible dans la GED et comprend divers plans : plan blanc ; plans climatique ; risque infectieux . . . La cellule de crise est opérationnelle et diverses fiches réflexes listent les actions de chaque professionnel en cas de crise. Le CH d'Houdan a réalisé un exercice incendie en début d'année 2022 en USLD et un exercice de mobilisation de la cellule de crise en mai 2022. Le GHT Yvelines Sud bénéficie d'une Politique de sécurité des systèmes d'information validée en décembre 2020. Le CH d'Houdan a réalisé son schéma directeur SI. Il bénéficie du RSSI de GHT et d'un référent local. Divers audits (test de pénétrabilité, test de fishing, ...) ont été réalisés. Il existe une salle serveur toutefois, elle n'est pas redondée, les serveurs non plus. L'établissement a travaillé sur ses PCA et PRA dans les services de soins avec des procédures et du matériel informatique dédiés. Diverses sensibilisations sont réalisées auprès des personnels (exercice, affichage, ...). La charte d'usage des technologies numériques est annexée au règlement intérieur de l'hôpital en date de 2021. Suite à un recrutement, c'est la DRH qui fait le lien avec le SI pour l'ouverture des droits en lecture et en écriture dans le DPI, en fonction du métier et des fonctions exercés. Les équipes de soins connaissent les mesures à mettre en œuvre en cas d'arrêt du système d'information. En revanche, il n'existe pas de PCA (Plan de continuité de l'activité) formalisé au bureau des entrées. Les personnels utilisent des mots de passe. Toutefois, les professionnels rencontrés par les EV ont exprimé ne pas avoir changé leur mot de passe depuis des années. Le CH d'Houdan a organisé la gestion des alertes ascendantes et descendantes notamment au travers des administrateurs de garde qui reçoivent les messages d'alerte sur leur téléphone. Cette alerte est ensuite relayée au vigilant concerné. Les vigilants ont tous été désignés et participent à la CQRV. Le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) coordonne les vigilances. Le CH d'Houdan sécurise ses accès à l'établissement par des barrières (entrée par code ou badge) et en fermant ses services à compter de 21h30. Il bénéficie de caméras de surveillance. Les postes de soins sont sécurisés par digicode. Les installations sensibles sont sécurisées (oxygène, groupe électrogène, serveurs informatiques, ...). Toutefois, les EV, au décours des traceurs ciblés, ont noté que l'accès à la pharmacie n'est pas totalement sécurisé. Ce point a été aussi relevé au décours de l'analyse réalisée par la gendarmerie dans le cadre de l'élaboration par le CH d'Houdan de son plan de sécurisation de l'établissement. Des procédures spécifiques (fugue, risque suicidaire, détention de produits illicites) existent. Le CH d'Houdan bénéficie d'une politique de développement durable qui affiche une démarche à « visée holistique ». Trois référents ont été désignés pour porter cette politique dans leur domaine respectif : le responsable des services techniques et logistiques, la responsable des achats et des marchés et celle des ressources humaines. Le PAQGDR intègre les axes d'actions liés au développement durable. L'établissement suit ses consommations énergétiques (électricité, gaz) en macro et a notamment développé l'éclairage par LED pour limiter sa consommation électrique. Il a réalisé son bilan carbone en octobre 2021 sur l'année 2020. Il existe diverses filières de déchets (papiers, mégots, masques, ...). Il promeut le covoiturage avec des places de parking dédiées. Les professionnels sont sensibilisés à cette démarche au travers de notes de service et de newsletters. Un plan d'amélioration de la prestation restauration vise à réduire le gaspillage alimentaire. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée au CH d'Houdan. Il existe un numéro d'appel direct au Centre 15. Les chariots d'urgences sont accessibles et maintenus. Leur vérification est tracée. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes d'urgences dans l'ensemble des services. Le CH d'Houdan promeut les bonnes pratiques qui sont diffusées aux professionnels au travers de protocoles et procédures. L'élaboration de ces documents est réalisée avec les professionnels et la CQRV les valide avant une diffusion dans la GED. Cette GED existe est connue des personnels. Elle est ergonomique. Toutefois, les documents recensés sont anciens et dépassent largement le cycle de réévaluation. Pour exemple, le document unique retrouvé date de 2012 et le protocole hygiène des mains de 2015. Des documents actualisés ont été présentés aux EV, mais n'étaient pas intégrés à la GED (tableau de bord des EPP 2022 alors que dans la GED

est retrouvé celui de 2016). Si les équipes évaluent leurs pratiques au travers des PAQ par service ou par procédure et au travers du tableau de bord des EPP, elles ne réalisent pas de revue de pertinence des admissions et des séjours. L'établissement relance la promotion et la diffusion des bonnes pratiques. Les EPP sont mises à disposition. Sur l'intranet, un espace prévention des risques infectieux reprends l'ensemble des documents nationaux (MIN, MARS, ...). Au sein de la CME, des sujets à thème sont abordés (organisation des soins non programmés, lois bioéthiques, ...). Les procédures sont actualisées si besoin en équipe. L'établissement prend en compte l'expérience patient au travers des enquêtes de satisfaction et de l'enquête E-Satis, des plaintes et des réclamations et des courriers de remerciement. La CDU est informée de l'ensemble des résultats de ces enquêtes et des plaintes et du bilan des actions correctrices mises en œuvre. Toutefois, au décours des rencontres dans les services, certains professionnels ont exprimé ne pas toujours être informés de l'analyse des questionnaires patients. Les indicateurs qualité et de sécurité des soins sont recueillis, analysés et communiqués au sein de l'établissement tant aux équipes qu'aux usagers par affichage, et déclinés dans les tableaux de bord de dialogue de gestion. Ces IQSS sont déclinés dans le PAQ Management de QGDR et les PAQ par service. L'établissement a organisé la déclaration des événements indésirables au travers de son logiciel de GED. Les personnels concernés connaissent la procédure de déclaration et utilise l'outil. L'analyse des EIG liés aux soins est suivi d'analyses collectives pluridisciplinaires sous forme de CREX ou de RMM, avec la méthode ALARM. Les axes d'améliorations qui en découlent viennent enrichir le PAQGDR. Toutefois, les professionnels rencontrés ne se sont pas encore totalement approprié cette démarche. L'établissement n'a pas de secteur à risque et de fait n'est pas concerné par les programmes d'accréditation des médecins.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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 | 780130027 | CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN | 42 rue de paris 78550 Houdan FRANCE |
| Établissement principal | 780000378 | CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN | 42 rue de paris 78550 Houdan FRANCE |
| Établissement géographique | 780804027 | LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN | 42 r de paris 78550 Houdan FRANCE |
| Établissement principal | 780000378 | CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN | 42 rue de paris 78550 Houdan FRANCE |
| Établissement géographique | 780804027 | LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN | 42 r de paris 78550 Houdan FRANCE |

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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

| | |
|--|----|
| Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) | |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte | |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant | |
| Médecine | |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre | |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale) | |
| Patient atteint d'un cancer | |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie | |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie) | |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Autorisation de Chirurgie cardiaque | |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie | |
| Autorisation de Neurochirurgie | |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie | |
| Autorisation d'Activité de greffe | |
| Activité Urgences | |
| Urgences | |
| Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans | 0 |
| Nombre de passages aux urgences générales | 0 |
| 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 | 25 |
| Chirurgie et interventionnel | |

| | |
|--|----|
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie | 0 |
| Maternité | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique | 0 |
| Ambulatoire | |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie | 0 |
| Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique | 0 |
| Tout l'établissement | |
| Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine | 0 |
| Enfant et adolescent | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie | 0 |
| Patient âgé | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie | 0 |
| Urgences | |
| Nombre de lit en UHCD | 0 |
| Activité Hospitalière SSR | |
| Soins de suite et réadaptation | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR | 6 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR | 0 |
| Activité Hospitalière SLD | |
| Soins de longue durée | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD | 30 |
| Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC) | |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) | 0 |
| Activité Hospitalière PSY | |
| Psychiatrie et santé mentale | |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein | 0 |

| | |
|---|---|
| Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein | 0 |
| Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour | 0 |
| Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie générale | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire | 0 |
| Nombre Total de CATTP en Psychiatrie | 0 |
| Nombre de CMP en Psychiatrie générale | 0 |
| Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile | 0 |
| Nombre Total de CMP en Psychiatrie | 0 |
| Sites opératoires et salles d'intervention | |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé) | 0 |
| 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 | Parcours traceur | | <p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p> | |
| 2 | Parcours traceur | | <p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p> | |
| 3 | Patient traceur | | <p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p> | |
| 4 | Patient traceur | | <p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p> | |

| | | | | |
|----|------------------|--|--|--|
| 5 | Patient traceur | | Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé | |
| 6 | Patient traceur | | Tout l'établissement Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé | |
| 7 | Parcours traceur | | Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé | |
| 8 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 9 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Médicament à risque - injectable ou per os |
| 10 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Antibiotique injectable ou per os |
| 11 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 12 | Traceur ciblé | Gestion des produits sanguins labiles | | Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV |
| 13 | Traceur | Prévention des infections associées | | IAS - Précautions standards et |

| | ciblé | aux soins | | complémentaires |
|----|---------------|--|--|--|
| 14 | Audit système | Coordination territoriale | | |
| 15 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 16 | Audit système | QVT & Travail en équipe | | |
| 17 | Audit système | Représentants des usagers | | |
| 18 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 19 | Audit système | Maitrise des risques | | |
| 20 | Traceur ciblé | Gestion des évènements indésirables graves | | EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne |
| 21 | Audit système | Engagement patient | | |
| 22 | Audit système | Leadership | | |
| 23 | Audit système | Dynamique d'amélioration | | |
| 24 | Traceur ciblé | Transport intra-hospitalier des patients | | NA |

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

