



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL
(CHIC) ALENCON-
MAMERS**

25 rue de fresnay
61014 Alencon



Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Sommaire

Préambule	5
Présentation	6
Les critères évalués	7
Les évaluations réalisées pendant la visite	8
La décision	9
Les résultats	10
Les résultats des critères impératifs et avancés	11
Chapitre 1 : Le patient	14
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	14
Synthèse du chapitre 1	15
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	18
Objectif 1.2 : L'information du patient	19
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	20
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	22
Chapitre 2 : Les équipes de soins	23
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	23
Synthèse du chapitre 2	24
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	29
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	31
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	33
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	35
Chapitre 3 : L'établissement	37
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	37
Synthèse du chapitre 3	38
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	42
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	43
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	45
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	46

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

Présentation








CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL (CHIC) ALENCON-MAMERS



Adresse	25 rue de fresnay 61014 Alencon Cedex FRANCE
Département / Région	Orne / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	610780082	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ALENCON-MAMERS	25 rue fresnay 61014 Alencon Cedex FRANCE
Établissement principal	610000051	CHIC ALENCON-MAMERS - SITE D'ALENCON	25 rue de fresnay 61014 Alencon Cedex FRANCE
Établissement géographique	720000470	CHIC ALENCON-MAMERS - SITE DE MAMERS	Route du mêle sur sarthe 72600 Mamers FRANCE
Établissement géographique	720014968	UNITE SOINS LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER MAMERS	Route du mêle sur sarthe 72600 Mamers FRANCE
Établissement géographique	610784050	RESIDENCE LES PASTELS - ALENCON	8 rue alfred de musset 61014 Alencon FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
 Chirurgie et interventionnel
 Maternité
 SAMU-SMUR
 Soins critiques
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation
 Urgences

Population
 Enfants et adolescents
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **17** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **16** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **22** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 3 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 6 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 3 acte(s) interventionnel(s)
- 3 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 3 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 3 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **17** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

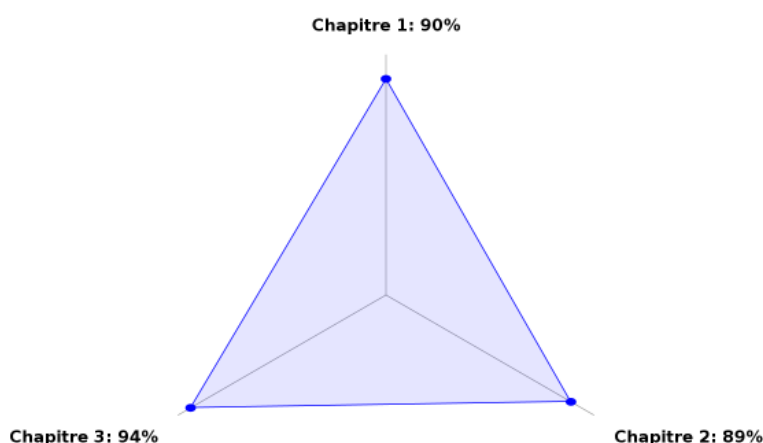
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	90%
Chapitre 2	Les équipes de soins	89%
Chapitre 3	L'établissement	94%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

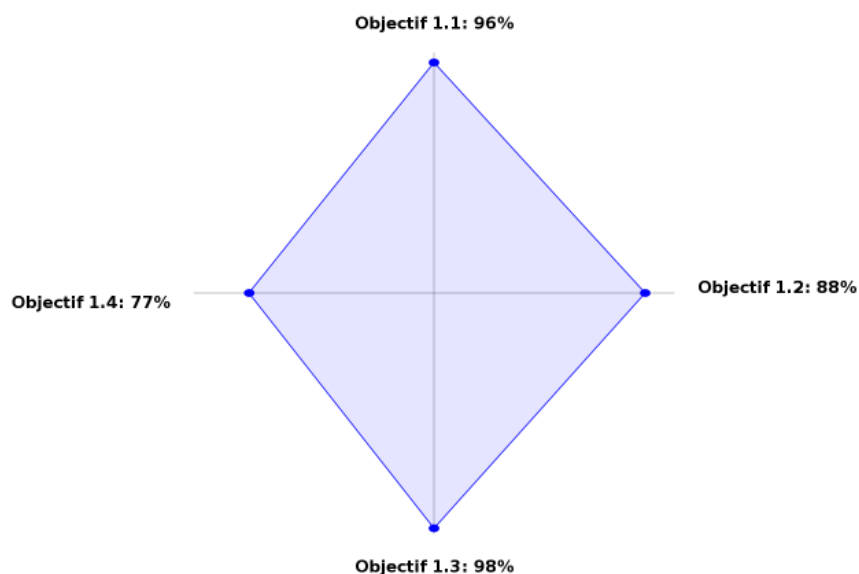
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	91%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	99%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	90%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	88%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	88%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	98%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	99%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	80%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	83%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	83%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	67%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	50%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	96%
1.2	L'information du patient	88%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	77%

Synthèse du chapitre 1

Les pratiques professionnelles respectent la dignité, l'intimité et l'intégrité du patient tout au long de sa prise en charge. Les personnes en situation de handicap, peuvent circuler aisément dans l'établissement. Les chambres double sont équipées d'un rideau d'intimité. Toutefois dans une grande majorité de services, les locaux actuels disposent d'un nombre restreint de douches par secteur, ce qui ne permet pas aux patients qui le souhaitent, d'en bénéficier souvent.

L'environnement est adapté pour la prise en charge des patients mineurs. Celle-ci est réalisée dans le service de pédiatrie, qui comprend un service d'accueil d'urgences. Toutefois, la prise en charge des urgences traumatologiques de l'enfant est orientée vers le service d'accueil des urgences adultes, où exercent les chirurgiens. Un box pédiatrique dédié leur est réservé. Mais lors de la visite, il a été constaté que, dans un cas, ce circuit spécifique n'avait pas été respecté.

Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de son séjour. L'accès à ses données médicales personnelles est sécurisé.

L'équipe informe le patient de son droit à rédiger ses directives anticipées dès l'admission. Et celles-ci sont intégrées au dossier patient informatisé (DPI). En ambulatoire, un document spécifique est remis au patient pour le recueil des directives anticipées.

Les patients ont généralement exprimé qu'une grande attention était portée à la prise en charge de la douleur. Ils sont incités à exprimer leur douleur en se basant sur des échelles d'évaluation. Des alternatives aux traitements médicamenteux sont proposées (massage, casque virtuel, musicothérapie...). La douleur est évaluée, réévaluée et tracée dans leur dossier médical. Toutefois il a été constaté des écarts portant sur des prescriptions conditionnelles (traitement « si besoin » ne précisant pas la valeur seuil).

Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante. Les professionnels bénéficient de nombreuses formations sur la bientraitance et s'assurent d'une réponse aux besoins élémentaires du patient et du respect de son autonomie. La prise en charge des situations de maltraitance externe est organisée et connue.

L'accès du patient à son dossier est organisé dans des délais courts, inférieurs aux délais réglementaires. Toutefois, les modalités sont souvent méconnues des patients et ce bien que l'information soit affichée et présente dans le livret d'accueil.

L'accompagnement de l'entourage lors du décès du patient est organisé dans des conditions adaptées et respectueuses de chacun.

Le patient dispose des informations nécessaires à son séjour. A son arrivée, lui est remis un livret d'accueil reprenant toutes les informations essentielles. Des affichages sont à sa disposition. L'information concernant son diagnostic et sa prise en charge, est donnée par l'équipe médicale et paramédicale. En ambulatoire, le patient dispose d'un document spécifique l'informant des signaux d'alerte et de la conduite à tenir dans ce cas. Le patient porteur d'un dispositif médical implantable reçoit une information adaptée sur le type de dispositif et le suivi nécessaire. Il connaît les complications possibles et les professionnels à contacter. A sa sortie, la carte d'implant lui est remise.

D'une manière générale, la sortie est anticipée et le patient reçoit les informations utiles : consignes post opératoires ou post thérapeutiques, rendez-vous de suivi, numéro d'appel du service... L'établissement a effectué un travail important visant à remettre la lettre de sortie au patient le jour de sa sortie, ce qui est fait dans la grande majorité des situations.

Bien qu'un affichage, concernant le rôle des représentants des usagers, soit effectif dans les services et intégré au livret d'accueil, celui-ci est généralement méconnu des patients.

A son arrivée, une évaluation globale initiale pluridisciplinaire de l'état de santé du patient, est effectuée et tracée dans son dossier. Les différentes options thérapeutiques sont présentées et le consentement du patient est recueilli. Le projet de soins construit avec le patient, est tracé dans son dossier. Le patient est informé qu'il peut désigner une personne de confiance, laquelle devra co-signer un formulaire écrit. Un programme d'éducation thérapeutique est proposé aux patients adultes ou enfants en diabétologie. Les patients vivant avec un handicap bénéficient de prises en charge spécifiques (ergothérapie, kinésithérapie) et des aides techniques nécessaires (lève personne, déambulateur ...). Les patients en situation de précarité sociale sont orientés vers une assistante sociale. En pédiatrie, la présence des parents et de la fratrie est facilitée. Chez le sujet âgé, les facteurs de risque de dépendance iatrogène sont connus et des actions de prévention mises en place pour les prévenir. Dans tous les cas, le maintien de l'autonomie est favorisé. Une aide-soignante formée spécifiquement, réalise des séances d'aide à la marche en gériatrie. En soins de longue durée, l'infirmière de coordination rencontre le résident et son / ses accompagnant(s). Elle présente le service, la chambre et remet tous les documents utiles. Pour préserver le lien familial et social, la présence des proches est encouragée et favorisée.

Dans les différents secteurs, des messages de prévention et de santé publique sont affichés et communiqués par les professionnels.

Avec l'accord du patient, les proches ou aidants sont impliqués dans le projet de soins. Et dans les situations difficiles, telle la fin de vie, une prise en charge en soins palliatifs ou un accompagnement spécifique (soutien psychologique par exemple) sont proposés.

La prise en compte du point de vue du patient est réalisée essentiellement grâce à deux outils : le recueil e-Satis et le questionnaire de sortie. Ce dernier est donné au patient en même temps que le livret d'accueil et un rappel lui est fait par l'équipe en fin de séjour. Cependant les patients hospitalisés rencontrés méconnaissent souvent ce dispositif. De même ils n'ont pas intégré l'information sur la possibilité de faire une réclamation ou de déclarer un événement indésirable associé aux soins.

L'établissement a beaucoup développé auprès des professionnels des mesures incitatives favorisant le recueil des adresses e-mail nécessaires à l'enquête en ligne e-satis d'une part, et d'autre part, la promotion du questionnaire de sortie donné dès l'entrée et relayé par un soignant de l'équipe. Les taux de réponse ont nettement augmenté. Les résultats sont analysés par le service qualité et diffusés dans les services. L'encadrement relaie l'information auprès des équipes. Toutefois, la connaissance par les professionnels des résultats des enquêtes de satisfaction et des plans d'actions qui en découlent est hétérogène.

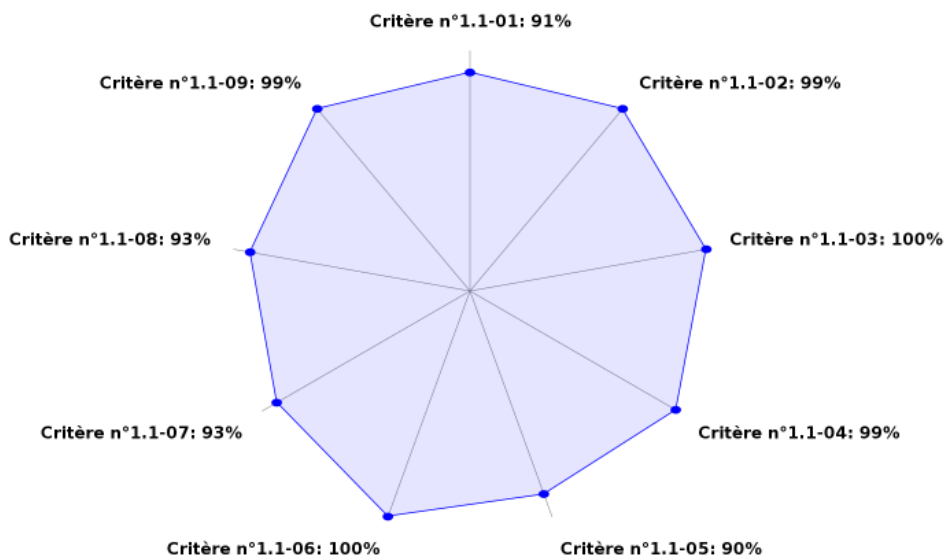
Un patient ressource est impliqué en addictologie et coanime des ateliers destinés aux patients. Mais le

partenariat patient est encore peu développé, faute de ressources.

Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement. L'un d'eux est co-président de la Commission des usagers. Au sein de cette commission, leur sont données toutes les informations sur les plaintes réclamations, évènements indésirables, indicateurs qualité sécurité des soins, enquêtes de satisfaction et les plans d'actions d'amélioration. Ils participent également au Conseil de surveillance, comité éthique, et à certains autres comités qualité tels que pour exemples le Comité local alimentation nutrition ou des groupes de travail comme celui sur le futur hôpital. Ils sont maintenant invités à visiter des services de l'hôpital ou à se présenter lors de staff. Toutefois, il n'existe pas de projet des usagers. Mais un travail a été réalisé récemment par la direction en lien avec la commission des usagers, et a conduit à formaliser des premières grandes orientations.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

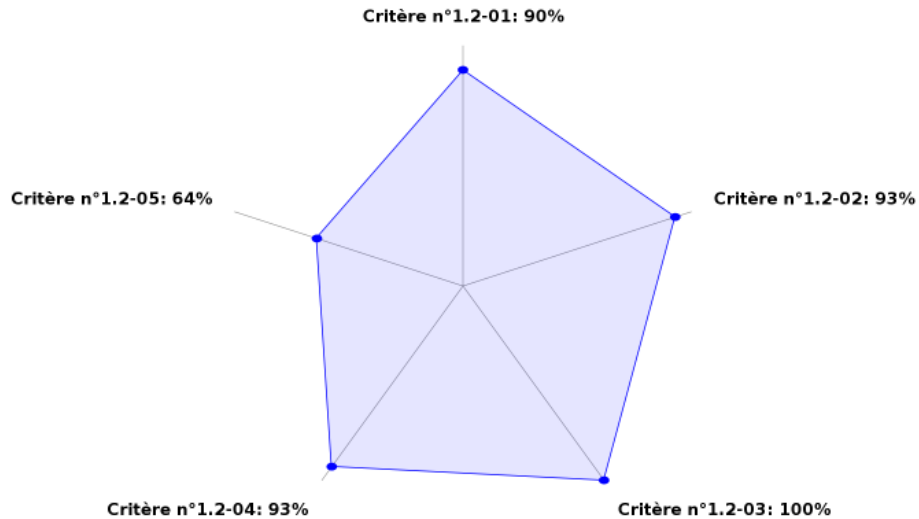
Score de l'objectif **96%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	91%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	99%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	99%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	90%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	93%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	92%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	99%

Objectif 1.2 : L'information du patient

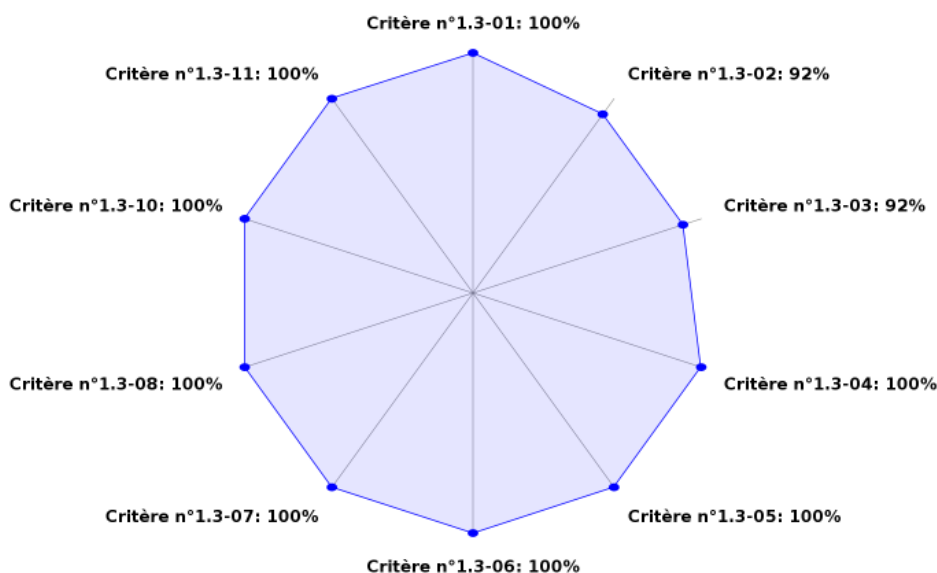
Score de l'objectif **88%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	90%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	93%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	93%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	64%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

Score de l'objectif **98%**



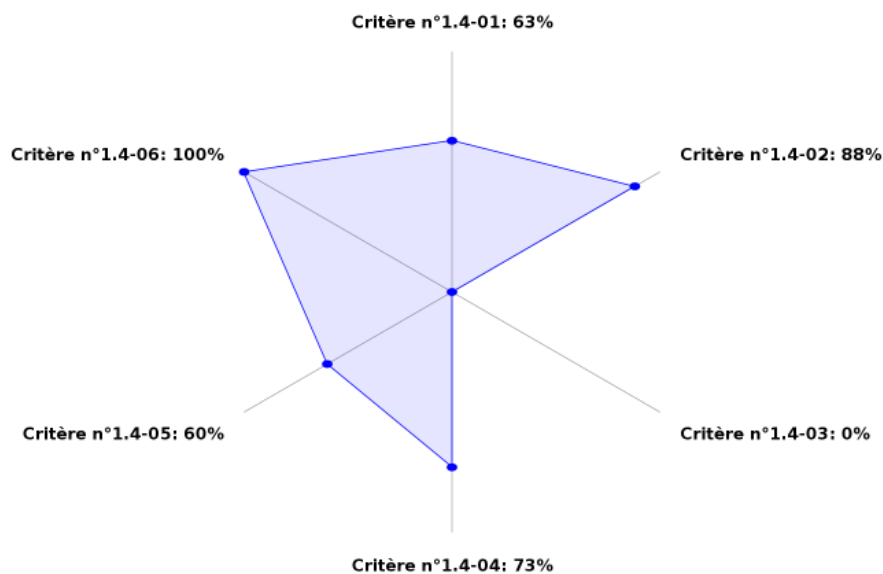
Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	92%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	92%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de	

1.3-11 soins

100%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **77%**

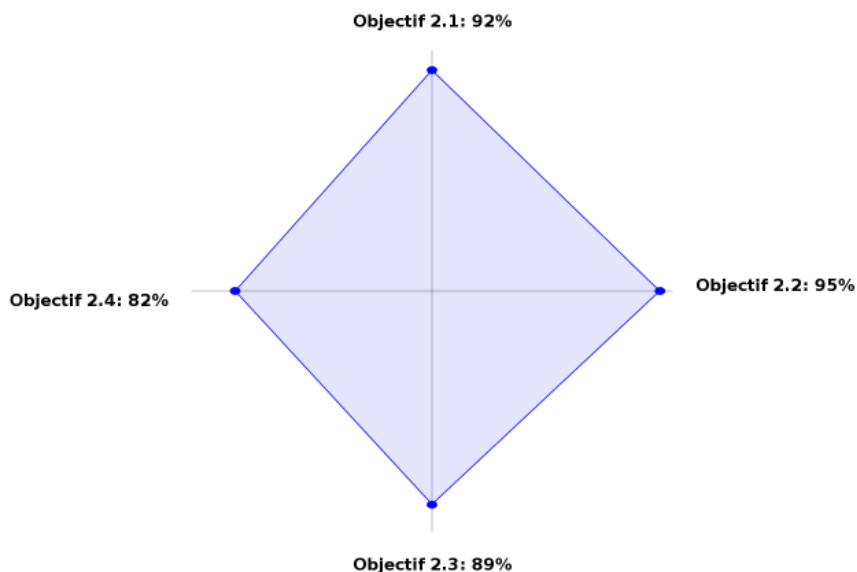


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	63%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	88%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	73%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	60%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **89%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	92%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	95%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	89%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	82%

Synthèse du chapitre 2

Il existe une bonne coordination entre les différents acteurs des secteurs de consultation, d'hospitalisation ainsi qu'avec l'imagerie et la biologie. La cellule de parcours et de gestion des lits joue un rôle clé dans l'orientation des patients de médecine en sortie des urgences.

Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont accessibles dans le dossier patient informatisé. Et celui-ci est maîtrisé par l'ensemble des professionnels. L'utilisation du dossier patient informatisé est sécurisée. Mais le déploiement de l'accès au dossier médical partagé de Mon Espace santé pour les équipes médicales et paramédicales n'est pas encore effectif. Deux postes sont équipés et d'autres sont en cours de déploiement.

Le projet de soins est élaboré avec l'ensemble des acteurs concerné par le parcours de soins. Les équipes peuvent contacter des correspondants experts sur la douleur, l'hygiène, l'antibiothérapie, les soins palliatifs, l'addictologie. Plusieurs équipes mobiles en interne ou externe, peuvent être sollicitées. Elles sont connues des professionnels. La prescription d'une HAD est décidée en équipe, en lien avec l'infirmière de coordination de l'HAD.

La conciliation médicamenteuse est mise en place dans les services de médecine polyvalente à Alençon et Mamers. Il existe une grille de priorisation permettant de cibler les patients âgés et polymédicamentés.

La démarche palliative est organisée et coordonnée. L'établissement dispose de lits de soins palliatifs. Une équipe mobile peut être sollicitée par les équipes si besoin. L'EMG (équipe mobile de gériatrie) intra et extra hospitalière intervient au sein des établissements mais aussi à domicile si nécessaire. Les décisions médicales font l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Pour la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), les directives anticipées si elles existent, sont accessibles dans le dossier du patient ou recherchées auprès de la personne de confiance si nécessaire. Un travail important a été réalisé pour informer les patients et recueillir leurs directives anticipées dès l'admission.

Lors du bilan d'entrée, les équipes identifient les patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle spécifique. Le projet de soins est alors élaboré et suivi en lien la diététicienne.

Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients et s'appuient sur une charte du Bloc opératoire qui précise les modes de fonctionnement. Le programme opératoire est établi en lien avec les différents acteurs (opérateur, anesthésiste, salle de surveillance post-interventionnelle). Toutefois les informations transmises sont parfois orales. Et la qualité des informations transmises n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

A la maternité, les équipes accompagnent les futurs parents dans l'élaboration d'un projet de naissance. Des séances de préparation à la naissance et la parentalité sont proposées. Les situations de vulnérabilité sont identifiées et prises en compte. Les entretiens prénataux précoces sont réalisés. Toutefois, les entretiens post-nataux ne sont pas toujours effectués.

Le transport hospitalier est assuré par une équipe dédiée de brancardage. Les délais de transport sont anticipés et respectés. Les patients sont informés des horaires et lieux de RVS.

A sa sortie, le patient reçoit dans la grande majorité des cas, une lettre de liaison comprenant les informations nécessaires à la continuité des soins. Les indicateurs portant sur la lettre de liaison à la sortie (délai, complétude) sont suivis en continu car automatisés. Ils font partie des indicateurs institutionnels prioritaires, ainsi que les actions d'amélioration qui s'y rapportent, ce qui a abouti à une forte progression de ces indicateurs.

Les règles d'identification des patients définies par la Commission d'identitovigilance (CIV) sont bien connues de l'ensemble des professionnels. La qualification des identités est maîtrisée. Elle est assurée par une équipe dédiée de la CIV, à partir des informations recueillies en présence des patients. Elle prend également en charge le traitement des doublons et les non-conformités. Tous les patients hospitalisés sont porteurs d'un bracelet d'identification.

Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments. Les prescriptions sont renseignées sur le dossier patient informatisé par des professionnels habilités. Toutefois, il a été constaté quelques situations où les prescriptions conditionnelles d'antalgiques ne faisaient pas référence à une valeur seuil. Le service maternité est volontaire pour s'engager dans le programme PAAM et le projet vient d'être initié.

L'analyse pharmaceutique est structurée. Les pharmaciens ont accès aux données cliniques et biologiques. Les interventions sur les prescriptions sont diffusées aux médecins via la messagerie du dossier patient informatisé (DPI) et l'ouverture d'une fenêtre Pop-Up pour les prescripteurs.

La délivrance des médicaments se fait suite aux commandes passées par les infirmières. En cas de besoins de médicaments ponctuels, un guichet est ouvert jusqu'à 18h00. Puis la permanence des soins est assurée par un système d'astreintes pharmaceutique.

Le stockage des produits de santé se fait dans de bonnes conditions. L'étiquetage des médicaments et la gestion des périmés respectent les bonnes pratiques. L'administration des médicaments (ou le motif de non-administration) est tracée dans le dossier patient informatisé au moment de la prise. La liste des médicaments à risques est adaptée à chaque service. Le personnel en a connaissance et les barrières de sécurité sont mises en place.

Les équipes médicales, pharmaceutiques et paramédicales travaillent en étroite collaboration pour préparer les chimiothérapies dans des conditions optimales de qualité et sécurité, conformément à la réglementation et aux bonnes pratiques. La préparation est analysée puis tracée à toutes les étapes, de la préparation à l'administration. L'acheminement du produit est sécurisé. Les erreurs médicamenteuses sont analysées. Des exercices de simulation sont réalisés.

Les professionnels respectent les précautions standard d'hygiène : hygiène des mains, gestion des excréta, conduite à tenir en cas d'exposition au sang. Les précautions complémentaires sont connues et généralement mises en pratique (excepté dans une situation observée). Les équipes appliquent les protocoles de pose et d'entretien des dispositifs médicaux invasifs (DMI). La surveillance des taux d'infection liés aux DMI est assurée en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. Toutefois les résultats ne sont pas toujours connus des équipes.

Les équipes connaissent et appliquent les bonnes pratiques de transfusion sanguine. Les indicateurs et événements indésirables sont pris en compte et permettent de définir des actions d'amélioration si

besoin.

En cas d'urgence vitale, les professionnels contactent un numéro unique dédié permettant de joindre un médecin habilité à intervenir. Les charriots d'urgence sont accessibles dans les unités de soins. Ils sont régulièrement contrôlés. Les professionnels sont formés (AFGSU). La plupart des équipes ont bénéficié d'une formation de simulation aux urgences vitales. Toutefois, il reste encore quelques services où ce dispositif n'a pas été déployé.

La réalisation des examens radiologiques est réalisée en conformité, par des professionnels habilités. L'établissement a régulièrement recours à la télé imagerie. Toutefois, il a été constaté que les lettres de liaison à la sortie n'intègrent pas les doses de rayonnement ionisant reçues.

Les professionnels du SAMU appliquent les protocoles d'organisation de la régulation médicale des appels. Les patients remarquables sont identifiés et priorisés. Les dossiers préhospitaliers de SMUR comportent la thérapeutique mise en œuvre, la surveillance réalisée, le nom du médecin mais pas l'hypothèse diagnostique. Des analyses régulières des dossiers et indicateurs sont réalisés par l'équipe SMUR et donnent lieu à des actions d'amélioration. Toutefois, celles-ci ne sont pas formalisées en un plan d'actions permettant un suivi. L'équipe des urgences assure aux patients une orientation dans des circuits et délais adaptés à sa prise en charge. Les délais d'attente sont communiqués aux patients.

Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs, sont appliquées et évaluées. L'équipe des secteurs interventionnels réalise toutes les étapes de préparation du patient selon le protocole en vigueur, défini avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. Toutefois, ce protocole n'a pas été mis à jour depuis 2015. La check-list est réalisée et évaluée. Les professionnels portent la tenue dédiée au bloc opératoire. Toutefois, il a été observé que certains professionnels sortaient du bloc sans changer de tenue, contrairement aux bonnes pratiques en vigueur.

Les professionnels en charge de la désinfection des endoscopes sont formés et habilités. Les conditions de désinfection et de stockage sont conformes aux bonnes pratiques et font l'objet de contrôles microbiologiques, analysés avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. Toutefois, les endoscopes digestifs font l'objet d'un document de maintenance global et non d'un carnet de vie individualisé.

Le parcours du patient en chirurgie ambulatoire est sécurisé.

Au Bloc opératoire, la check-list est mise en œuvre, et fait l'objet d'évaluations pouvant donner lieu à des actions d'amélioration.

En maternité, les équipes disposent de tous les éléments du dossier de la patiente recueillis en intra et extra hospitalier. La procédure d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum est maîtrisée. Toutefois il n'existe pas de formation systématique et régulière de l'équipe aux manœuvres obstétricales.

Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né en s'appuyant sur des procédures de bonnes pratiques, des formations régulières par simulation, des indicateurs de suivi. Néanmoins il a été constaté qu'il n'y avait pas de report systématique dans le dossier patient, du clampage retardé du cordon ombilical et de fait de suivi de cet indicateur.

Les équipes de soins critiques mettent en place des actions de maîtrise des risques en lien avec leurs pratiques. Les décisions médicales sont discutées en staff en équipe pluridisciplinaire.

La CHPOT, coordination hospitalière de prélèvement d'organes (cornées) et tissus, travaille en étroite partenariat avec les équipes de soins critiques. Les prélèvements sont effectués dans un local neuf dédié et strictement réglementé en termes d'accès. De nombreuses communications et événements (DOTIS'RUN, campagne d'affichage...) sont réalisés pour promouvoir le don d'organes ou tissus.

Les professionnels s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques cliniques accessibles dans la base de gestion documentaire informatisée. Des évaluations des pratiques cliniques sont réalisées en lien avec les comités qualité sécurité des soins de la CME.

L'établissement dispose d'un programme de bon usage des antibiotiques. Le référent antibiothérapie est nommé avec un temps dédié à cette mission. Lors de la prescription d'un antibiotique, l'indication est indiquée dans le dossier médical avec une réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48^{ème} et la 72^{ème} heure. Celle-ci est notifiée par une alerte dans le dossier médical informatisé du patient, couplée par un rappel du pharmacien en temps réel. La surveillance de la consommation des antibiotiques, et des résistances associées, est effective.

La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (contention) est argumentée, tracée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire. Le patient et/ou sa personne de confiance en sont informés.

L'établissement a défini des objectifs en matière de développement durable et soins éco-responsables. Ceux-ci sont déclinés dans un plan d'actions institutionnel transversal et polaire. Toutefois les équipes méconnaissent dans la plupart des secteurs, les actions engagées dans leur service et leur impact en faveur des soins écoresponsables.

Les demandes d'admission en SMR, qui se font via TRAJECTOIRE, font l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle. Les sorties sont anticipées et préparées en lien avec la médecine de ville et les structures sociales. Une adaptation du domicile est réalisée en concertation avec l'ergothérapeute ou le kinésithérapeute de l'équipe. Toutefois, les indicateurs de pertinence du séjour ne font pas l'objet d'un partage en équipe.

Les équipes suivent les indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS). Depuis un an, de nombreuses évaluations ont été conduites en lien avec le risque infectieux (hygiène des mains, perfusion, MIDLINE, consommation SHA...). Des audits croisés ont également été réalisés sur les attendus de la certification hospitalière. Ces démarches ont permis d'ajuster le plan d'actions d'amélioration et de le diffuser aux instances, comités, équipes terrain.

Au Bloc opératoire, les analyses des infections du site opératoire ainsi que des mesures de prévention des infections sont réalisées. Mais les indicateurs de fonctionnement du Bloc opératoire ou d'analyse des écarts de programmation ne sont pas réalisés en équipes.

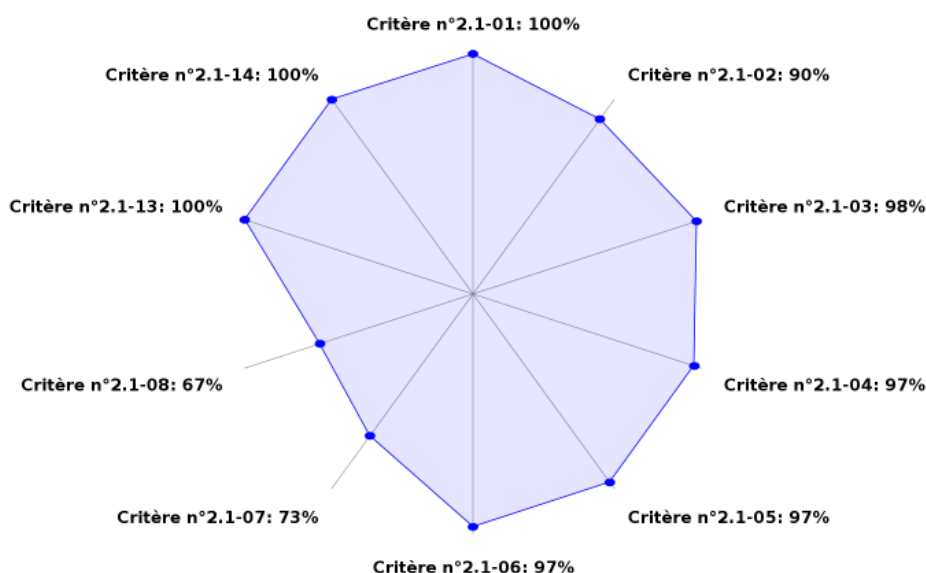
Les équipes des secteurs de soins critiques suivent et analysent collectivement les indicateurs spécifiques au service, et mettent en œuvre les actions d'amélioration nécessaires.

Le laboratoire de biologie est accrédité COFRAC. Les équipes des services d'imagerie médicale ou de biologie participent à l'analyse des événements indésirables associés aux soins, en lien avec les

secteurs cliniques ainsi qu'au plan d'actions qui en découle. Toutefois, les imageurs ne participent pas toujours aux réunions de concertation pluridisciplinaires.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

Score de l'objectif **92%**

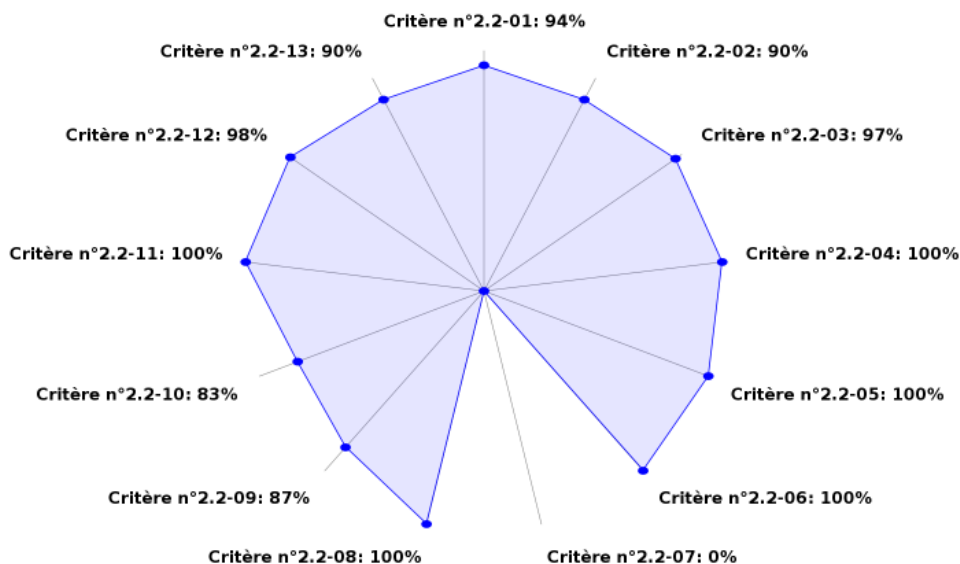


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	90%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	98%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	97%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	97%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	97%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	73%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	67%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%

2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%
--------	--	------

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **95%**

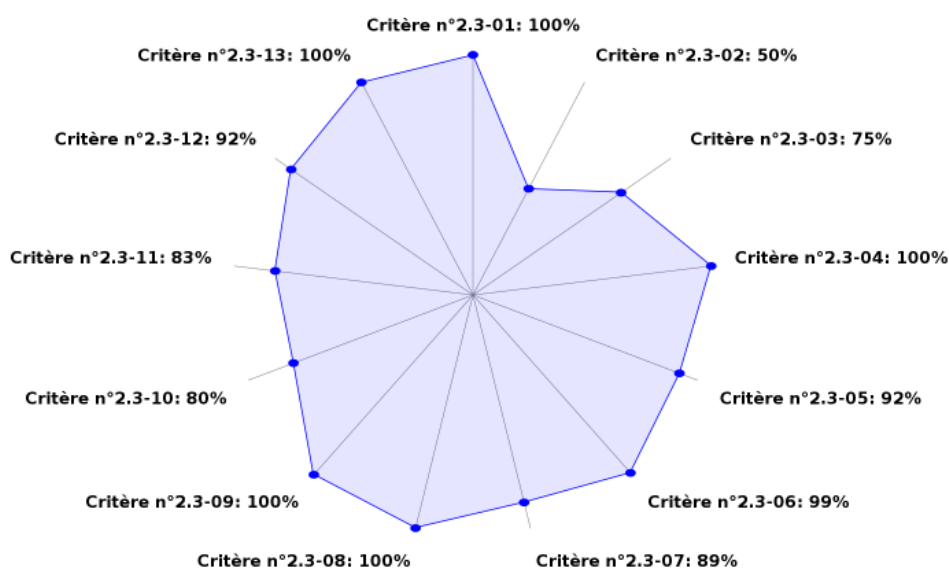


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	94%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	90%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	97%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	87%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	83%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	98%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	90%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

Score de l'objectif **89%**

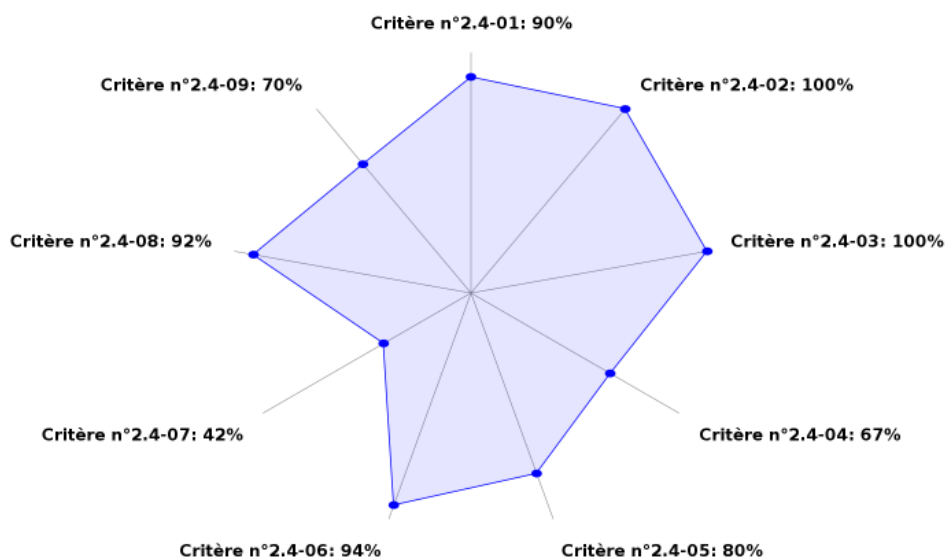


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	50%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	75%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	92%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	99%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	89%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%

2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	80%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	83%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	92%
2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **82%**



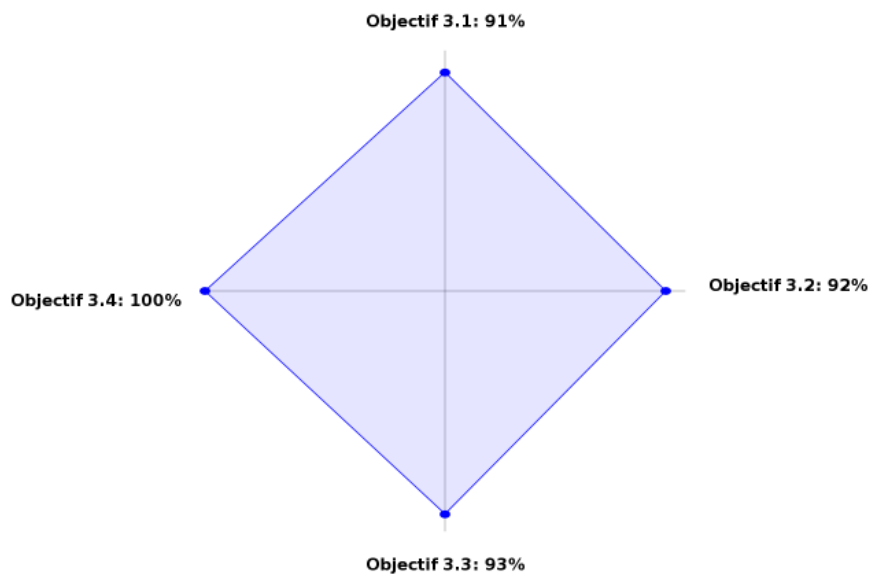
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	90%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	67%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	80%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	94%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	42%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	92%

2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	70%
--------	--	-----

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **94%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	91%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	92%
3.3	Le positionnement territorial	93%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	100%

Synthèse du chapitre 3

L'établissement déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La CME (Commission médicale d'établissement) est fortement impliquée dans son élaboration et son suivi en partenariat avec la direction des soins et la direction qualité. La politique qualité est formalisée. Elle comprend plusieurs grandes orientations et est déclinée en un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Celui-ci prend en compte les résultats de la dernière certification et toutes les données utiles (indicateurs qualité sécurité des soins, satisfaction et expérience patients, audits, analyse des événements indésirables associés aux soins, contrôles internes et externes...). Le PAQSS comprend des actions transversales et spécifiques, par pôle ou process. Il fait l'objet d'un suivi régulier et d'un bilan annuel présenté en instances et diffusé. Le PAQSS est généralement connu de l'encadrement de pôle et de l'encadrement de proximité. Toutefois, son appropriation par les équipes terrain est hétérogène.

Dans le cadre de la campagne nationale FORAP-HAS, l'établissement a conduit une enquête sur la culture qualité et sécurité dans deux secteurs : Urgences-Réanimation, Chirurgie-Bloc opératoire. Ces enquêtes ont été complétées par un dispositif interne d'audits croisés réalisés par un trinôme médical, paramédical, direction. Les résultats de ces enquêtes et audits croisés ont abouti à la mise en place d'un plan d'actions.

Un médecin (Gynécologie Obstétrique) et une équipe médicale (Urologie) sont accrédités. Les actions conduites sont articulées avec la démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (événements indésirables analysés et partagés en interne). Tous les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risque » n'étant pas engagés dans le dispositif d'accréditation, la CME a réalisé une information sur celui-ci. Elle a identifié les praticiens éligibles et les a sollicités individuellement. Mais il n'a pas été établi actuellement un échéancier d'engagement.

L'établissement impulse et soutient la culture de la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Les professionnels connaissent le dispositif de déclaration des EIAS et le nombre de déclarations est en constante augmentation. Ils sont incités également à travailler sur les presque-accidents mais cette approche est encore nouvelle et peu appropriée. Un comité d'analyse des fiches d'EIAS se réunit de façon hebdomadaire, vérifie que tous les EIAS ont bien été traités et que les événements graves font l'objet d'une analyse approfondie selon les méthodes promues par la HAS. Les équipes bénéficient d'un accompagnement méthodologique pour réaliser des revues morbi-mortalité (RMM) ou des retours d'expérience (RETEX). Les actions qui en découlent sont intégrées dans le PAQSS. Les représentants des usagers sont systématiquement informés des EIAS / EIGAS. Tous les services reçoivent une synthèse reprenant les EIAS ou EIGAS déclarés dans leur secteur et les actions d'amélioration définies. Toutefois, l'appropriation de cette synthèse par les équipes terrain est hétérogène. Par ailleurs, dans certains services, y compris des secteurs à risques, des professionnels n'ont pas reçu une formation spécifique sur l'annonce d'un dommage lié aux soins.

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maîtrisée. L'établissement a établi une cartographie des différents risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles. Le plan de gestion des SSE a été élaboré par un groupe de travail intégrant des représentants de l'ensemble des professionnels et domaines concernés. La cellule de crise est

opérationnelle. Les fiches réflexes sont définies. Le centre hospitalier dispose d'équipements adaptés. Des exercices sont conduits régulièrement, donnent lieu à un RETEX (retour d'expérience) et aboutissent à un plan d'actions d'amélioration. Les professionnels concernés par l'activation des plans de crise sont identifiés et connus.

Le Comité éthique du Centre hospitalier est connu. Il a réalisé un état des lieux des questionnements éthique en lien avec l'encadrement de pôle. Toutefois, la plupart des professionnels sur le terrain, n'ont pas connaissance des résultats. Le comité se réunit de façon trimestrielle et inclut un représentant des usagers. Les professionnels le connaissent et savent le contacter si besoin. Des échanges entre professionnels sur des questionnements éthiques sont aussi abordés en réunion d'équipe ou en staff. Et les équipes peuvent solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs. Mais l'établissement n'a pas encore intégré à ses questionnements éthiques, l'impact de nouvelles technologies sur les patients et les professionnels.

L'établissement démontre une maîtrise solide des risques numériques et une application rigoureuse des règles d'hygiène informatique. L'engagement des professionnels, la structuration des processus, et la collaboration étroite entre les différentes directions constitue un levier essentiel pour le développement et l'appropriation du numérique en santé. Toutefois la diffusion complète des informations liées à «?Mon Espace Santé?» et l'accès au Dossier Médical Partagé (DMP) reste un axe de progrès, sur lequel l'établissement a déjà commencé à travailler.

La continuité des soins est assurée. Les soignants savent joindre un médecin à tout moment. Un service infirmier de compensation et de suppléance paramédicale peut être sollicité en cas d'absence imprévue. L'établissement peut aussi mobiliser des heures supplémentaires ou avoir recours à l'intérim. Une réunion hebdomadaire d'anticipation des gardes permet de gérer en amont, les difficultés en ressources humaines possibles et de mettre en place des solutions adaptées. Une seule direction des ressources humaines gère le personnel médical et non médical, dans le but de piloter au mieux les ressources humaines disponibles et la qualité / sécurité des prises en charge. Des points réguliers sont réalisés avec l'encadrement supérieur et l'encadrement de pôle. En cas de tension importante au niveau des ressources humaines, notamment dans les activités de soins réglementé, le capacitaire est systématiquement réduit. Les instances sont informées et l'ARS (Agence régionale de santé) prévenue. Une attention particulière est portée à l'accueil des nouveaux arrivants, notamment des internes. Un recueil des besoins de formation est réalisé annuellement auprès de tous les agents. Le plan de formation répond aux attentes et évolutions individuelles et collectives. Des programmes de simulation sont proposés en maternité d'une part et pour la prise en charge des urgences vitales d'autre part.

Il existe une charte de gouvernance qui définit les grandes missions de la CME et de la direction, ainsi que celles de l'encadrement de pôle. Les cadres paramédicaux suivent un parcours de formation et bénéficient d'un tutorat dans l'exercice de leur mission. Les chefs de pôle et de service peuvent s'appuyer sur des personnes ressource. Toutefois, ils ne bénéficient pas d'un parcours de formation au management. Un comité de pilotage « Violence au travail » est en place. Une charte d'engagement contre la violence au travail vient d'être signée par la direction, la CME et les partenaires sociaux.

La politique de santé au travail est définie. Le document unique d'évaluation des risques professionnels est élaboré en lien avec les équipes et le service de santé au travail. L'accès aux vaccinations est facilité. La gouvernance met en œuvre une politique de sécurité de ses professionnels et les

professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de situation critique.

La politique de qualité de vie au travail est formalisée et comprend huit axes de travail. Les instances représentatives des professionnels participent à son élaboration et à son suivi. Les réunions de pôle ou de service permettent aux professionnels terrain d'être informés sur les grands projets institutionnels mais aussi de partager au plus près de leur lieu d'exercice, les difficultés, idées, retours d'expériences concernant l'organisation du travail ou les pratiques. Des professionnels sont impliqués dans le groupe de travail concernant le futur hôpital.

En cas de difficulté, les professionnels contactent le service de santé au travail qui dispose également d'une psychologue du travail. Il existe un dispositif gradué interne de gestion des conflits. Celui-ci repose sur l'encadrement, la direction et la CME. Il peut être fait appel à un médiateur externe.

La gouvernance cherche à déployer la pratique avancée et une infirmière suit actuellement une formation. Un travail collectif a été réalisé sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux. Toutefois, excepté l'accréditation médicale en équipe d'urologie, il n'a pas été développé d'autres démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe.

L'établissement est acteur de la gestion des parcours sur le territoire. Il a passé des conventions avec chaque structure partenaire, précisant le rôle de chacun pour les grandes filières : oncologie, AVC, maladies rares, dermatologie, endocrinologie, néphrologie. Il coordonne la filière gériatrique et organise des rencontres régulières avec les EHPAD. Il participe à des rencontres inter filières avec les acteurs du territoire (CPTS, ORU, HAD, réseau gérontologique...). Le CHICAM dispose d'un centre de référence « Anomalies du développement et syndromes malformatifs », sous l'égide du centre de référence porté par le CHU de Lille.

L'établissement dispose d'une Cellule Parcours patient (CPP), fonctionnant 7 jours / 7, chargée de l'analyse des événements indésirables en lien avec les parcours. Des RMM (revues morbi-mortalité) sont alors réalisées autour des événements indésirables graves avec les partenaires externes. Elle suit également en temps réel les disponibilités en lit et participe à la fluidification des hospitalisations non programmées en médecine. Les urgences disposent d'un tableau de bord de pilotage permettant de gérer en temps réel les tensions hospitalières.

Afin de prévenir les transferts évitables des personnes âgées, des admissions directes dans les services de spécialité peuvent être réalisées. L'équipe mobile de gériatrie est sollicitée en interne mais aussi en externe. Des téléconsultations peuvent être proposées. L'établissement suit le nombre de passages aux urgences et d'admissions directes des personnes âgées de plus de 75 ans. Il a créé récemment une commission d'analyse et de prévention des ré hospitalisations aux urgences et a engagé un travail sur le dépistage des fragilités sociales de la personne âgée, dès l'admission au service d'accueil des urgences, ce qui a permis le renfort de la présence d'une assistante sociale.

L'établissement a mis en place des outils (internet, annuaire médical, rendez-vous en ligne...) afin d'être aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants.

Le soutien aux professionnels désireux de s'engager dans des études ou recherches cliniques, se fait au cas par cas. Mais le CHICAM n'a pas développé de politique de recherche clinique. Il participe en revanche à la mission d'enseignement sur son territoire et est engagé dans une politique dynamique

d'offre de stages.

Bien que les locaux soient anciens, l'établissement veille à l'entretien de ses locaux et de ses équipements par un plan de maintenance et de gestion des équipements en adéquation avec les besoins de son activité et dans la limite des contraintes imposées. Un plan pluriannuel d'investissement (en lien avec l'ARS) est discuté de façon pluridisciplinaire au sein de la Commission d'investissement.

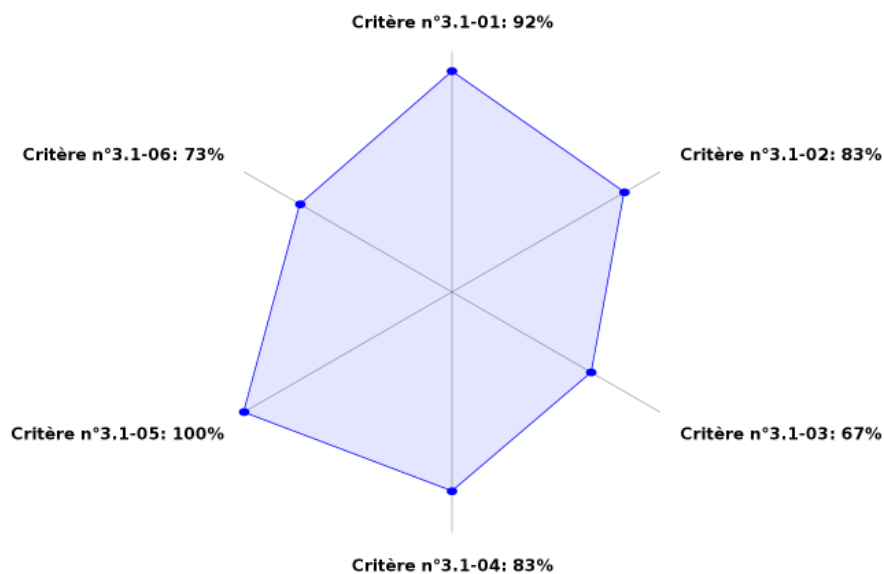
Le CHICAM est engagé dans des soins écoresponsables. Il est impliqué dans les groupes de travail portés par l'ARS Normandie. L'écoresponsabilité est obligatoirement prise en compte dans les marchés publics. Un projet est également en cours avec la pharmacie, avec l'accompagnement de l'OMEDIT. Un bilan des émissions de gaz à effet de serre (BEGES) a été réalisé et des actions de limitation de ceux-ci sont mises en œuvre. Des actions de sensibilisation sont conduites auprès des professionnels. L'établissement favorise la mobilité durable. Un Comité de pilotage est chargé du développement des filières de tri des déchets et de leur suivi.

L'établissement développe la télésanté : téléexpertise, téléconsultation, télésurveillance.

L'ensemble des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel est cartographié. Les formations aux professionnels sont organisées. Un contrôle qualité de ces dispositifs est réalisé par l'équipe informatique. Les dysfonctionnements sont déclarés et traités. L'information est donnée aux patients concernés et ceux-ci sont accompagnés dans la prise en main du dispositif.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

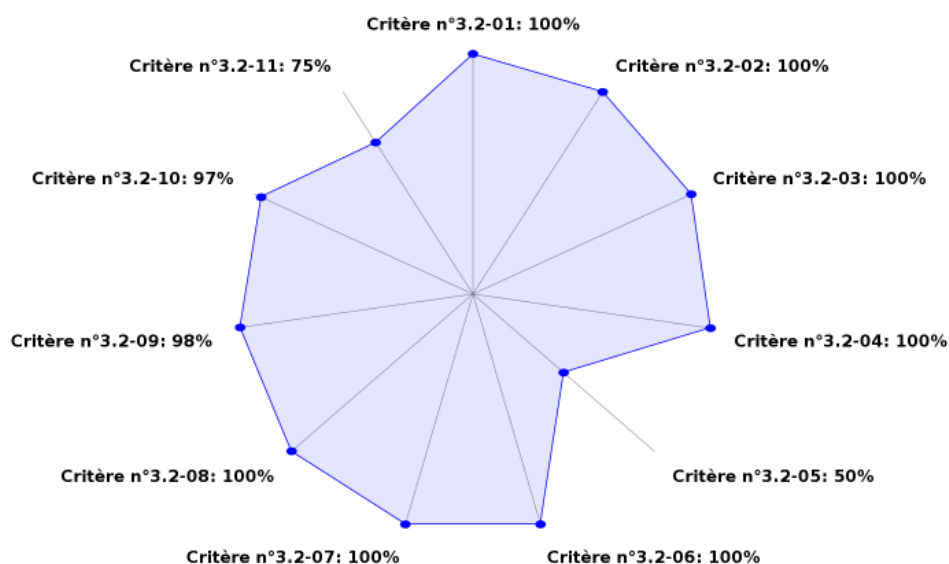
Score de l'objectif **91%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	92%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	83%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	67%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	83%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	73%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **92%**

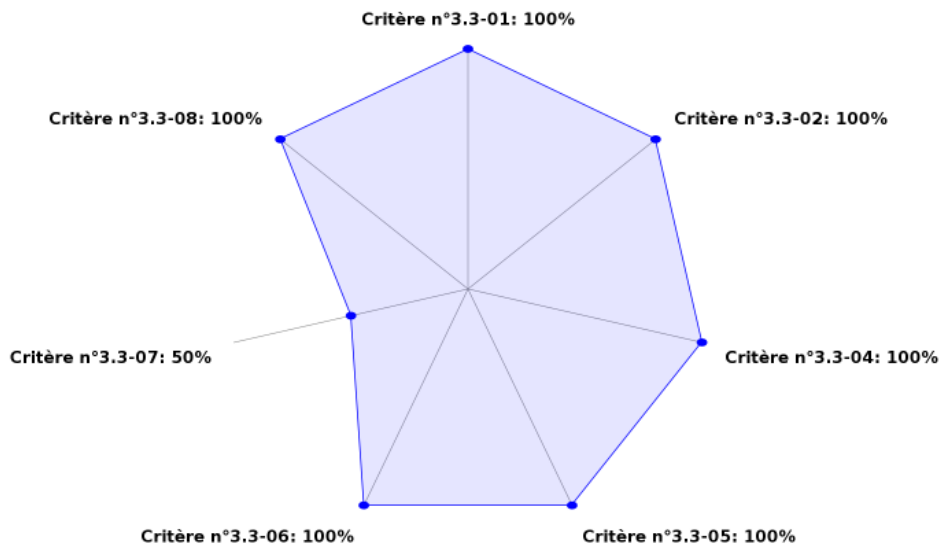


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	50%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	98%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	97%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	75%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

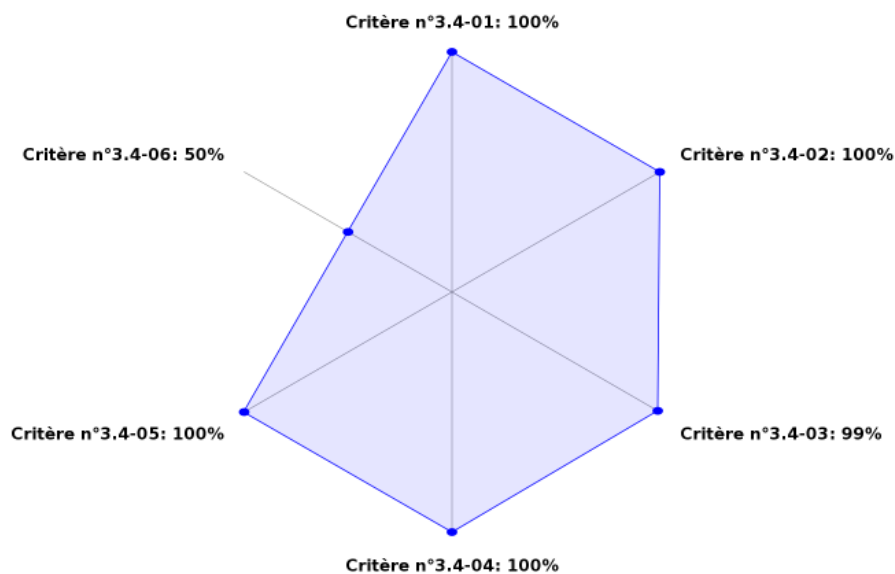
Score de l'objectif **93%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	50%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	99%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	100%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	50%

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

