



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE RIVES**

Bp 105
38147 Rives Sur Fure



Validé par la HAS en Février 2023

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Février 2023

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	18
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	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 RIVES	
Adresse	Bp 105 38147 Rives Sur Fure FRANCE
Département / Région	Isère / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	380780072	CENTRE HOSPITALIER DE RIVES	38140 Rives Sur Fure FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

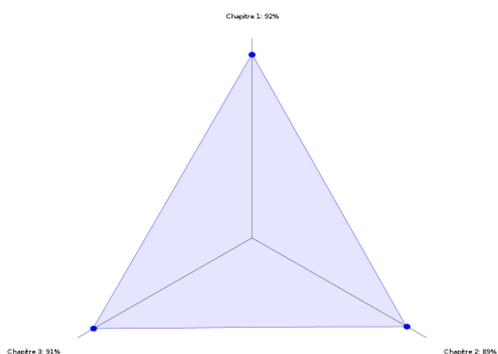
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 suite et réadaptation
Tout l'établissement

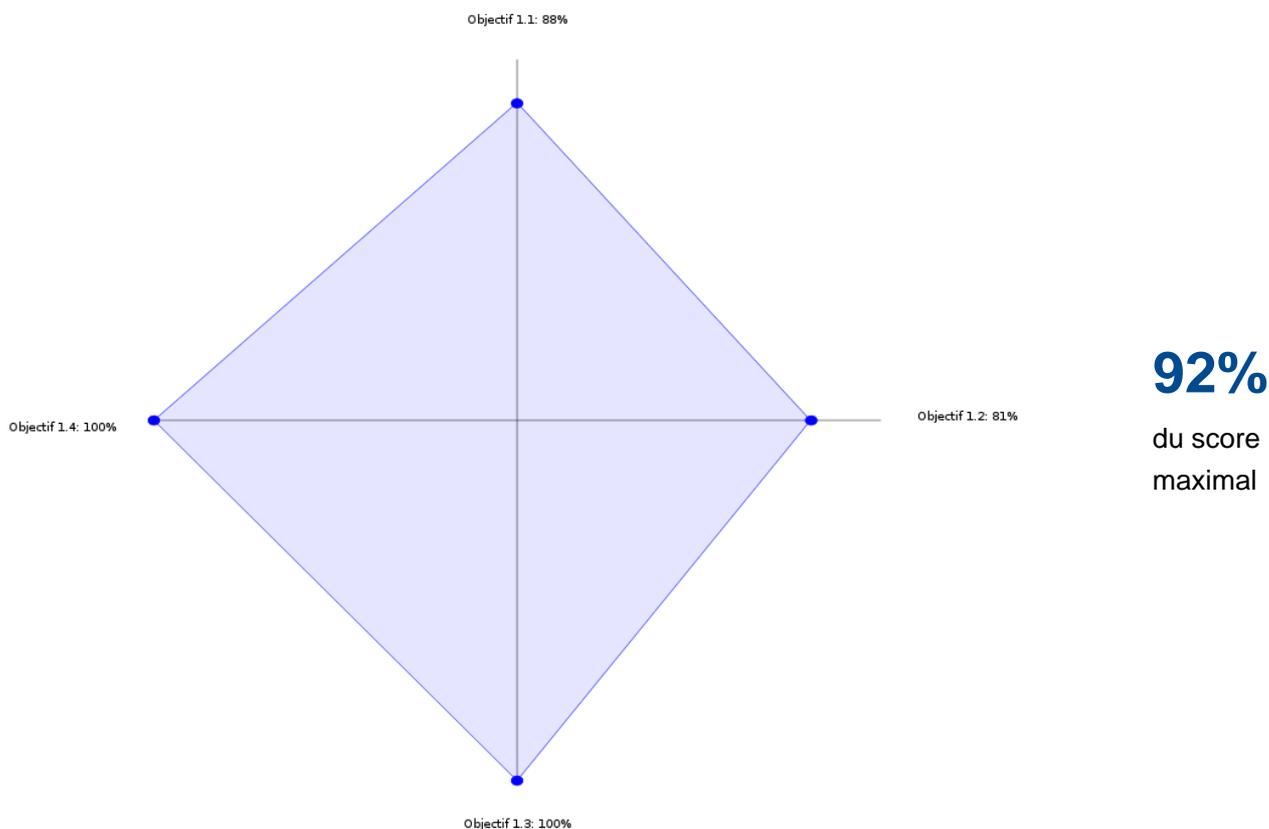
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



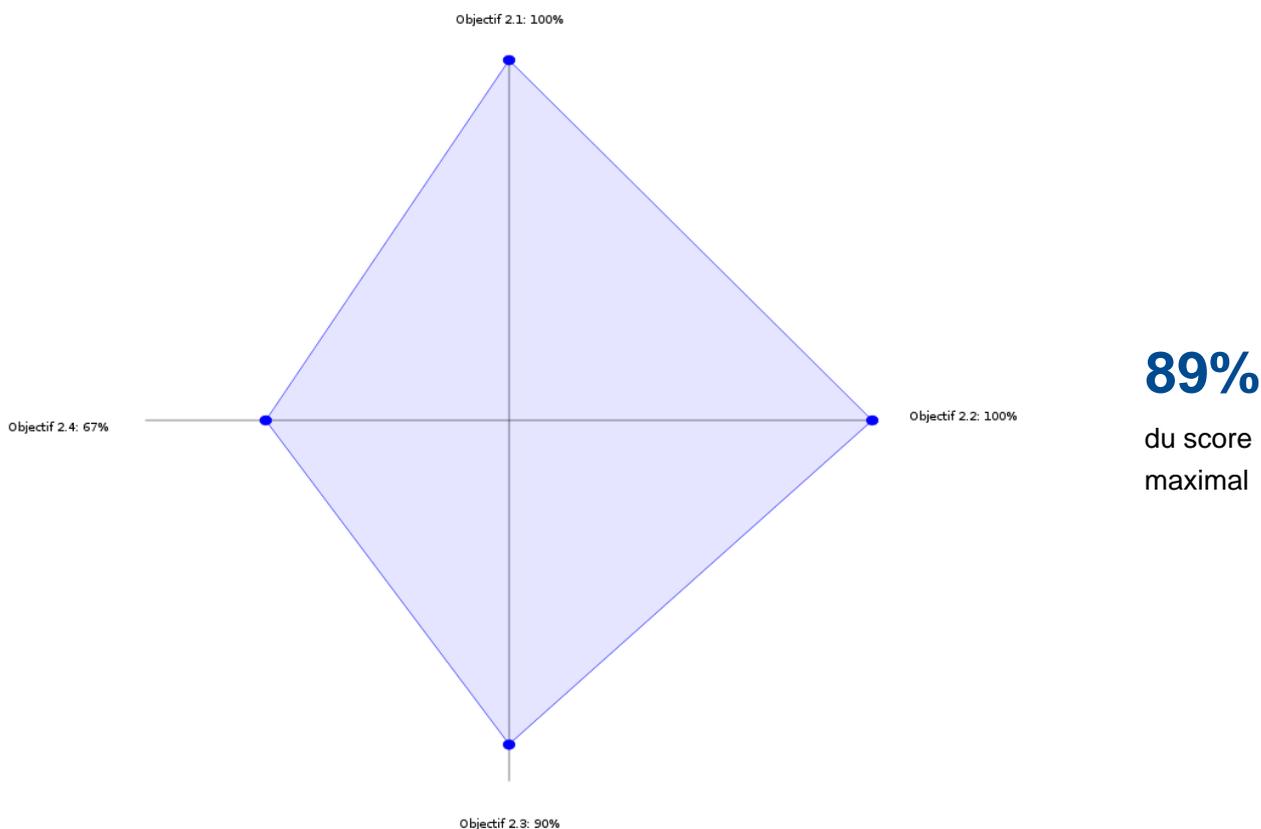
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	81%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients expriment recevoir des informations claires concernant leur état de santé. Ils sont associés ainsi que leurs proches à la réflexion bénéfice-risques sur les modalités de leur prise en charge. Néanmoins, ils expriment ne pas être informés sur les risques concernant les rayonnements ionisants, et les informations sont incomplètes sur leurs thérapeutiques car ils ne connaissent pas les changements de traitements ou les nouveaux médicaments qui leur sont prescrits. L'information auprès des patients concernant la transfusion sanguine est réalisée selon les professionnels mais on ne retrouve pas sa traçabilité dans les dossiers des patients. De nombreux outils d'informations sont mis à leur disposition, tels des supports écrits sur flyers sur les directives anticipées, la personne de confiance, le handicap et sur la prévention primaire : vaccinations, alcool, tabac, préventions du cancer.... Les chartes sur les droits du patients, la bientraitance, le handicap sont

affichées dans tous les services et les lieux d'accueil des patients. Les patients bénéficient également d'informations et d'actions d'éducation adaptées à leur profil, par les APA pour la prévention des chutes. Le livret d'accueil est remis au patient dès son arrivée et est explicité par les aides-soignantes. Il intègre les informations sur les représentants des usagers, les modalités des plaintes et des réclamations, les différents indicateurs qualité de l'établissement. Cependant, les échanges avec les patients ont montré qu'ils n'ont pas connaissance de tous ces éléments et l'information concernant la possibilité de réaliser un signalement sur les événements indésirables associés aux soins sur le site internet n'est pas formalisée dans le livret d'accueil. Les professionnels sont attentifs à répondre aux besoins des patients de façon adaptée à leur état de santé et les impliquent dans leur prise en charge lorsque c'est possible. L'expression du patient sur son consentement libre et éclairé est assuré à son arrivée mais n'est pas intégrée dans le dossier. Une évaluation initiale et réévaluation pluriprofessionnelle de l'autonomie est réalisée avec le patient et ou ses proches et tracée dans une macrocible d'entrée « recueil médical et création du projet de soins ». Elle intègre une synthèse médicosociale pour identifier les besoins des patients, notamment pour préparer le projet de sortie. Un chemin clinique pour chaque service SSR et médecine est formalisé sur l'accueil et la sortie. Les professionnels s'appuient sur ce document afin d'identifier les risques et les points critiques dans la prise en charge du patient, de sécuriser et d'optimiser les processus d'entrée et de sortie. Le recueil de la personne de confiance est assuré et tracé dans les dossiers. La possibilité de formuler des directives anticipées est abordée avec le médecin et on retrouve la traçabilité dans les dossiers. Lors des rencontres avec les patients, un patient a exprimé ne pas avoir été informé sur ce droit bien que la traçabilité de l'information sur les directives anticipées ait été retrouvée dans son dossier. L'expression des patients et de ses proches sur la fin de vie est prise en compte et facilitée par la présence de l'équipe de soins palliatifs mobile du CH de Voiron qui assure une présence régulière sur l'établissement. 3 lits sont identifiés « soins palliatifs » dans le service de médecine. Des locaux sont mis à disposition des familles pour leur permettre de rester auprès des patients en dehors des horaires de visite. Les proches peuvent rester dormir auprès du patient sur leur demande. Le patient est invité à exprimer sa satisfaction au travers du questionnaire de sortie. Les représentants des usagers viennent à la rencontre des patients et des familles afin de recueillir leur expérience sur leur séjour. L'évaluation de la satisfaction est également réalisée oralement tout au long du séjour et on retrouve la traçabilité du vécu du patient dans les transmissions ciblées. La bienveillance et l'implication du patient et de ses proches sont des valeurs intégrées dans sa prise en charge tout au long de son parcours de soins. En SSR et en médecine les locaux ne permettent pas un respect complet de la dignité par le manque de douche dans les chambres. 5 chambres en médecine sont pourvues d'une salle d'eau avec douche. 2 salles de douche sont présentes dans chacun des services. Néanmoins, au regard du contexte architectural, les professionnels adaptent leurs pratiques afin de permettre aux patients de bénéficier de douches régulières. Des matériels sont également à disposition pour les patients limités dans leur autonomie comme des « chariots douche » des « chaises de douches ». Les équipes sont attentives à maintenir les portes fermées des chambres des patients selon leurs souhaits. Toutefois, la confidentialité des données n'est pas toujours assurée. Lors des soins, les chariots supports des ordinateurs sont dans les couloirs et les données médicales sont visibles sur les ordinateurs qui restent ouverts sur ces données. L'évaluation pour l'autonomie et le handicap du patient est régulière et permet de mettre en place des aides techniques et humaines. Des dispositions spécifiques sont prises pour les différents handicaps : téléphone à grosses touches pour les personnes malvoyantes, ardoise, pictogrammes, verres « anti-fausses routes », couverts ergonomiques, liste des interprètes intégrant les professionnels formés au langage des signes, ascenseurs adaptées aux personnes mal entendantes... Les contentions mécaniques font l'objet d'une évaluation initiale, la prescription est justifiée et argumentée en équipe pluriprofessionnelle et avec l'accord de la famille si le patient présente des troubles cognitifs et pour les contentions pelviennes en journée. Toutefois, les familles sont informées de manière incomplète notamment pour les contentions par « barrières de lit » pour la nuit qui ne font pas forcément l'objet de prescriptions. La réévaluation et la pertinence sur le bénéfice risque du maintien des contentions n'est pas réalisée. Les modalités de surveillance ne sont pas tracées dans le dossier. Observation confirmée lors des rencontres patients : prescription d'une contention

avec justification initiale à J0 mais sans durée, réévaluée à J13 par une prescription médicale et pas de traçabilité journalière dans les transmissions paramédicales sur ce sujet. Les patients bénéficient par tous les professionnels d'une évaluation de la douleur visant à l'anticiper à la soulager avec des échelles adaptées. Néanmoins, la traçabilité de la réévaluation de la douleur après l'administration d'un antalgique n'est pas toujours retrouvée. C'est par ailleurs une action d'amélioration qui est intégrée dans le PAQSS de l'établissement. L'implication du patient et ou de ses proches, la covalidation du projet personnalisé de soins sont recherchées tout au long du séjour. La recherche des ressources propres aux situations de vie quotidiennes impliquant le patient et son entourage est favorisée et identifiée dans les chemins cliniques. Une évaluation de ses besoins et de ses préférences est réalisée par l'équipe paramédicale dès son entrée. En SSR, une rencontre systématique est réalisée avec les familles en début de séjour pour discuter du projet de soins et de vie et anticiper la sortie. A l'arrivée du patient, le recueil de ses habitudes de vie et ses conditions de vie habituelles sont recensées avec le patient ou ses proches par les différents professionnels. Elles sont prises en compte pour élaborer le projet de soins et la préparation de la sortie qui est toujours anticipée. L'assistante sociale intervient dès le début du séjour et tout au long de la prise en charge si nécessaire. Des visites à domicile par l'ergothérapeute et l'assistante sociale sont proposées après avis médical et accord du patient ou de sa famille, afin d'évaluer ses besoins au domicile, les aménagements possibles, de donner les conseils nécessaires sur les aides financières, et ainsi d'optimiser le retour à domicile chez des sujets en situation de fragilité ou de handicap. Les professionnels rééducateurs organisent des ateliers collectifs en salle de rééducation afin de maintenir le lien social.

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	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	90%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	67%

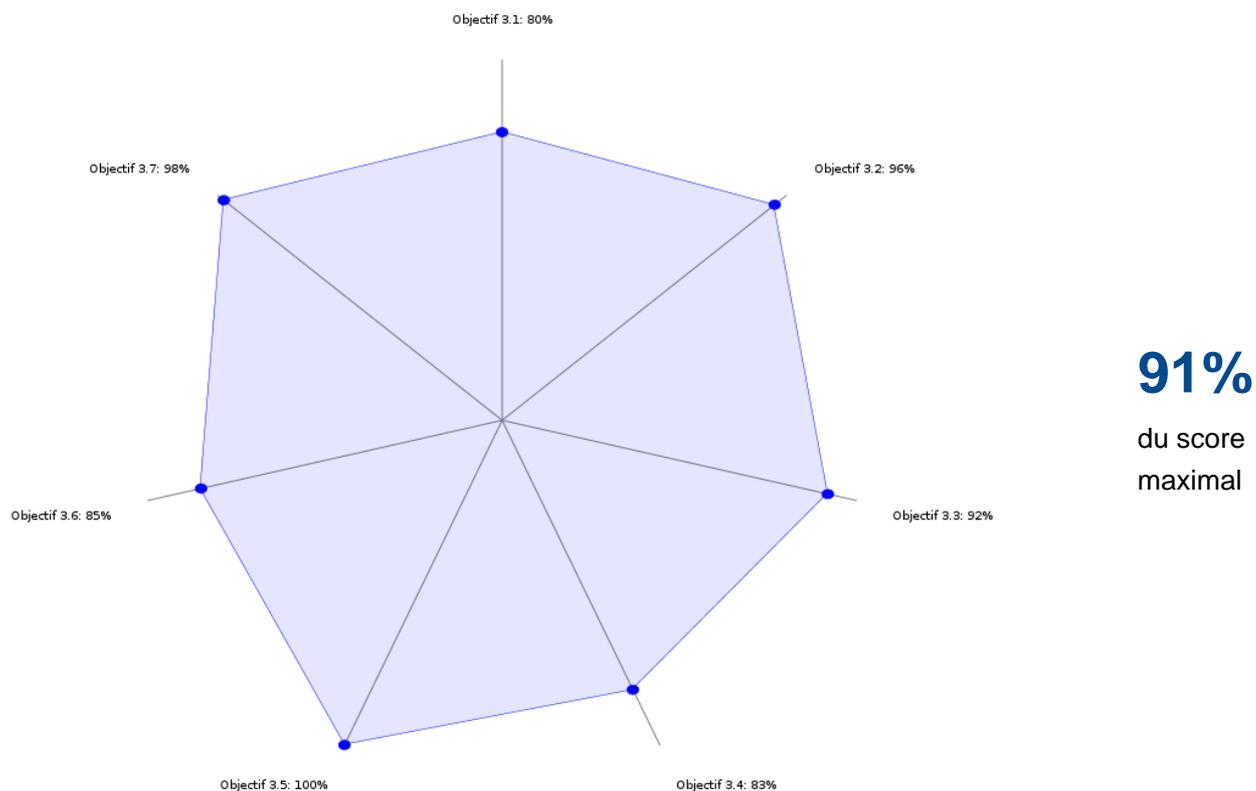
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée tout au long du séjour par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour l'ensemble des prises en charge. Les décisions thérapeutiques sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse et des réunions journalières pluriprofessionnelles. En SSR, la pertinence des décisions des prises en charge est argumentée en équipe lors des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires. La pertinence du maintien des séjours en SSR est évaluée lors de ces réunions de synthèse. La réflexion bénéfique risque concernant l'autonomisation des patients est assurée. Le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) est réfléchi dès l'arrivée du patient. Les prescriptions de l'HAD sont discutées en réunion pluri professionnelle et anticipées. Un travail est mené en collaboration avec l'HAD pour assurer l'analyse des prises en charges compatibles pour une hospitalisation à

domicile. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée, les professionnels sont formés par l'EFS. Un référent local en hémovigilance est identifié. L'analyse bénéfique risque est tracée dans le dossier et l'analyse de la pertinence des prescriptions des produits sanguins est assurée. Les professionnels connaissent les risques post transfusionnels. Toutes les prescriptions d'antibiotiques sont réalisées via le dossier patient informatisé (DPI). Le motif, la justification et la durée de la prescription sont tracés dans le dossier patient et contrôlés par les pharmaciens. Des supports d'aide à la prescription sont disponibles sur le DPI. Par ailleurs, une convention avec le CH de Voiron est signée et permet aux médecins d'avoir la possibilité de contacter un infectiologue du CH de Voiron ou du CHUGA 24h sur 24 et 7 j sur 7. Un médecin infectiologue du CH de Voiron intervient tous les 15 jours sur l'établissement afin d'aider à la prescription, donner des avis et former les prescripteurs. Des formations sont planifiées en fonction des besoins. La prescription est réévaluée dans les 48 heures, un message informatique dans le dossier du patient alerte le médecin de cette réévaluation. Le comité des Anti Infectieux (CAI) vient en appui pour les médecins prescripteurs. Les équipes sont coordonnées pour assurer une prise en charge adaptée et continue aux patients. La mise en place de réunions pluridisciplinaires, transmissions orales et écrites, contribuent à une approche globale et concertée des patients. Ces réunions permettent de fixer les objectifs de soins adaptés en fonction de l'état de santé, de l'évolution du patient et ainsi le réajustement du projet de soins en continu. L'équipe de rééducateurs, ergothérapeute, kinés, APA, orthophoniste interviennent dès l'arrivée du patient et un planning de rééducation est formalisé. La diététicienne participe à la prise en charge des patients pour adapter leur régime. Les équipes peuvent avoir recours, si nécessaire à des correspondants experts internes et externes dont les modalités de recours sont connues : équipe mobile en soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, l'EMPSA (équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé), psychiatre, infectiologue du CH de Voiron, psychologue du service, référents CLUD. Des consultations avancées sont assurées dans l'établissement : cardiologie, psychiatrie, dermatologie, ophtalmologie, neurologie et angiologie. Un centre d'imagerie pour les radiologies standard est implanté dans l'établissement. Une manipulatrice en radiologie est présente tous les matins afin d'éviter les déplacements des patients vers le CH de Voiron. L'imagerie est interprétée à distance. La démarche palliative est coordonnée avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH Voiron. Un staff pluriprofessionnel est organisé mensuellement avec l'équipe mobile de soins palliatifs où les dossiers des patients sont analysés afin de réajuster les projets de soins. 3 lits soins palliatifs sont identifiés dans le service de médecine et les modalités de recrutement des patients sont formalisées : recrutement des patients en interne du CH de Rives, du CH de Voiron et des patients de ville via les médecins libéraux. L'équipe de soins palliatifs, à un rôle de tiers et de regard extérieur qui permet une analyse des situations. Elle joue également un rôle de conseils et de soutien auprès des équipes et d'accompagnement du patient et de ses proches. Il existe un réel travail collaboratif entre les équipes du service. Le dossier patient est complet et accessible à tous les professionnels impliqués. Il est informatisé sur l'ensemble de l'établissement. Les professionnels partagent en temps utile les éléments nécessaires à la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier). Le projet de conciliation médicamenteuse est formalisé depuis fin 2021. Le profil des patients est identifié : patients âgés de plus de 80 ans, polyopathologiques ayant au moins 5 médicaments. A la sortie du patient, la lettre de liaison est systématiquement donnée au patient ou à ses proches le jour de la sortie. Elle intègre le comparatif explicite sous forme de tableau du traitement habituel et du traitement de sortie avec l'argumentation des changements de thérapeutiques pendant l'hospitalisation. Ce bilan thérapeutique est tracé dans le dossier du patient. L'indicateur de suivi de la qualité de la lettre de liaison est à 100%. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Un référent identitovigilance est identifié dans l'établissement. Les vigilances sont structurées et effectives 24h/24h. Cependant certains professionnels ne connaissent pas l'organisation mise en place, il expliquent qu'ils font soit une fiche de déclaration d'évènement indésirable ou appellent les services techniques en cas de panne de matériel. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en termes de prescription, surveillance et traçabilité. La pertinence de leur maintien est réévaluée tous les jours lors des transmissions inter équipe. Les professionnels appliquent les précautions standard et complémentaires. L'équipe EOH composée d'une IDE (20%) et d'un médecin (10%) est très

impliquée auprès des équipes. Elle assure des informations flash régulières et une présence auprès des professionnels. Les équipes connaissent les résultats des indicateurs en hygiène hospitalière notamment leur consommation de solution hydroalcoolique. Des référents en hygiène sont identifiés dans chaque service et par catégorie professionnelle. Ils participent aux réunions du CLIN, sont informés des résultats des audits réalisés mais ne participent pas aux évaluations des pratiques. Les risques liés aux rayonnements ionisants sont maîtrisés par les professionnels : port de dosimètre par la manipulatrice en radiologie et brancardier qui assure le transport des patients. Néanmoins l'information sur la dose de rayonnements reçue par le patient ne lui est pas transmise. La prise en charge médicamenteuse est partiellement maîtrisée. Les prescriptions et les dispensations sont assurées selon les recommandations de bonnes pratiques. La liste de médicaments à risque est formalisée, présente dans tous les services et connue des professionnels. Les médicaments à risque sont identifiés par un pictogramme dans les armoires à pharmacie et les médicaments sensibles comme le potassium injectable font l'objet d'une attention particulière. Les professionnels sont formés aux « nevers événements » au travers d'informations flash lors des 1/4h qualité et de la chambre de simulation des erreurs médicamenteuses. Néanmoins les pratiques concernant l'administration des médicaments ne sont pas conformes aux recommandations. Ce sont les IDE de nuit (quelque fois des professionnels intérimaires) qui préparent dans des plateaux, pour plusieurs tranches horaires sur les 24h à venir, les médicaments injectables qu'elles sortent de l'armoire à pharmacie. Ces plateaux sont stockés dans un placard non sécurisé dans le poste de soins. Chaque plateau par horaire contient notamment, les seringues d'anticoagulants (héparine à bas poids moléculaire), les horaires prévus d'administration et le numéro des chambres sur chaque seringue et non le nom des patients. Ces médicaments à risque ne sont plus identifiés en tant que tels et surtout sont préparés au nom des chambres et en amont. Les IDE de jour prennent ces plateaux pour assurer les administrations et expliquent qu'elles vérifient à chaque fois les prescriptions. Cependant, l'identification du médicament à risque n'est plus assuré jusqu'à son administration et ce n'est pas la même IDE qui prépare et qui administre. Il y a un risque d'erreur si toutefois les IDE ne consultent pas les prescriptions ces préparations étant réalisées pour faire gagner du temps. Après notre constat et une longue discussion au J2 du bilan d'étape, l'établissement a réalisé une réunion avec la pharmacienne, la directrice qualité, l'encadrement et les IDE pour corriger au plus vite ces pratiques. Cette réunion a abouti à un nouveau protocole interdisant toute préparation des injectables en amont et l'arrêt de ces pratiques immédiatement. Une évaluation est prévue à trois mois pour vérifier la pérennité de cette nouvelle organisation. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé ne sont pas totalement réalisés conformément aux bonnes pratiques. Les médicaments sont dispensés par la pharmacie dans des boîtes scellées et les armoires à pharmacie sont vérifiées régulièrement. Toutefois, des stocks de médicaments dit de dépannage, paracétamol en grand nombre voire des anxiolytiques sont posés sur le chariot qui sert à réaliser les administrations. Ces médicaments sont à disposition de tous (notamment des patients âgés qui peuvent déambuler) lors de la distribution des médicaments car le chariot est laissé dans le couloir le temps que l'IDE se trouve dans la chambre du patient. Les équipes ont rapidement réagi et ont rangé ces stocks de médicaments à l'intérieur du chariot de distribution. Au J1 de la visite, dans le service de médecine, la porte du poste de soins et l'armoire à pharmacie n'étaient pas fermées. Les températures des réfrigérateurs contenant des médicaments thermosensibles ne sont pas recueillies tous les jours. Le transport des patients est maîtrisé. L'information en temps réel des destinations est assurée auprès des patients. Un professionnel est dédié au brancardage, il choisit les modalités de transport en lien avec les équipes et s'adapte aux rythmes des patients. Il est formé aux gestes de 1er secours, à l'identitovigilance et à l'hygiène hospitalière. Les risques de dépendance iatrogène sont évalués dès l'entrée du patient et réévalués tout au long du séjour. Une check liste des risques est formalisée ce qui permet aux professionnels de les identifier dès l'entrée du patient. Ils font l'objet de mises en place d'actions préventives. Les équipes sont sensibilisées à la vaccination qui est assurée par l'IDE EOH. Elles connaissent leur taux de couverture vaccinale pour leur service (27% pour l'année 2021). Fin 2022, une première vague de vaccination a été réalisée dans l'établissement et environ 50% de professionnels ont été vaccinés. Un suivi des vaccinations est assuré. L'identification des freins à la vaccination a été réalisée par un questionnaire auprès des professionnels. Les

pratiques sont évaluées au travers des différents audits menés. 2 visites de risques en hygiène hospitalière ont été réalisées en 2022 à 6 mois d'intervalle sur l'hygiène des mains, les équipements de protections infectieux (EPI), les tenues des professionnels, le circuit des déchets, la gestion des excréta. La pharmacienne a réalisé un audit sur la traçabilité des médicaments, en 2021 un audit de stockage et audit sur les prescriptions des antibiotiques de plus de 7 jours. 6 patients traceurs ont été réalisés par l'équipe qualité. Des professionnels référents sont nommés sur plusieurs thématiques : hygiène, CLUD, nutrition. Les professionnels référents ne participent pas directement aux audits et analyses des pratiques dont ils sont référents mais sont informés des résultats des différents audits lors des réunions de ces comités. Ils sont affichés dans les postes de soins et les professionnels connaissent les résultats des indicateurs de leur service et citent les actions qu'ils doivent mettre en place. Pour exemple, les professionnels citent la réévaluation de la douleur, l'amélioration de l'accueil des patients, la communication entre les équipes. L'équipe qualité s'est renouvelée récemment, les évaluations des pratiques EPP sont en cours. Il est prévu de formaliser une EPP au travers des patients traceurs et des parcours traceurs qui sont menés avec réévaluation. Les professionnels du SSR connaissent les résultats des enquêtes de satisfaction et citent des actions qui ont été mises en place à la suite des analyses, comme la mise en place de protections occultantes dans la véranda pour éviter la chaleur... Toutefois dans le service de médecine, les professionnels expliquent qu'ils ne connaissent pas les résultats des enquêtes de satisfaction, bien qu'affichés sur le panneau d'affichage dans le couloir, mais sont informés des retours concernant les plaintes et réclamations et mettent en place des actions d'amélioration qu'ils discutent en équipe. Des rencontres régulières avec le laboratoire de ville sont organisées pour assurer des analyses régulières afin d'améliorer les pratiques pré analytiques et le rendu des résultats. Il n'y a pas de rencontre avec les imageurs privés. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont déclarés de façon beaucoup fréquente depuis cette année. 250 EI ont été signalés sur le premier semestre 2022 alors que seulement 130 l'ont été sur les 12 mois de 2021. De nombreuses actions de formation et sensibilisation ont été menées par la cellule qualité. Dès lors qu'un EI est classé en EI à haute criticité, suite à la lecture de la déclaration, il fait l'objet d'une séance d'analyse en CREX avec les professionnels concernés. Les compte rendus sont synthétisés dans un poster qui est présenté et expliqué aux professionnels. Une IDE cite 2 analyses auxquelles elle a participé concernant des erreurs médicamenteuses. Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite de ces analyses. Le retour des déclarations réalisées par les professionnels est assuré sur le logiciel de déclaration mais les professionnels expliquent qu'ils doivent faire la démarche de regarder et qu'ils ne le font pas toujours.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	80%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	85%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le Centre Hospitalier de Rives est un établissement qui propose une offre de soins d'un service de médecine polyvalente avec 3 lits identifiés soins palliatifs et d'un service de soins de suite gériatrique. Il dispose d'un plateau technique de rééducation et d'une table de radiologie standard. Il est membre du GHT Alpes Dauphiné dont l'établissement support est le CHU de Grenoble (CHUGA). L'établissement a identifié les partenaires

hospitaliers et libéraux du territoire et collabore avec eux afin de fluidifier les parcours et éviter les passages des patients aux urgences. 37% sont des patients issus de la médecine de ville. Le CH de Rives s'inscrit dans une démarche d'hôpital de proximité en lien étroit avec les acteurs de la ville, avec une forte prévalence du sujet âgé (médecine polyvalente orientation gériatrique et SSR gériatrique et 3 EHPAD). Il se caractérise par une filière interne déjà organisée où le secteur sanitaire est complémentaire du secteur hébergement, assurant une fluidité du parcours patient/résident. Les admissions dans le service de médecine sont notamment réalisées par le maintien de la filière interne à l'établissement en privilégiant les hospitalisations des résidents des EHPAD de Rives, selon les indications médicales, au lieu de les adresser au service des urgences de VOIRON déjà embolisé. Le CH de Rives travaille plus particulièrement en collaboration étroite avec l'établissement support, en particulier de l'hôpital de Voiron (principal adresseur), avec l'hôpital voisin de Tullins, et le CHS de St Egrève (CHAI) avec lequel existent des collaborations de longue date. Des conventions et partenariats sont mises en place avec les établissements du GHT, notamment le CH Alpes Isère (CHAI), établissement public de santé mentale du secteur. Le CH de Rives adhère à la CPTS de Voiron. Il travaille en partenariat avec des différents réseaux disponibles, notamment l'UETD (unité inter hospitalière d'évaluation et de traitement de la douleur), le RIPIN (réseau inter hospitalier de prévention des infections nosocomiales). L'établissement participe aux réunions plénières du COSTRAT, de la CME, de la CDU et de la commission de soins de territoire. Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter facilement l'établissement par des numéros direct des services. La messagerie est sécurisée. Les données du DPI alimentent le DMP (Pourcentage HOPEN = 80%). Au niveau de la recherche clinique, les pharmaciens participent à l'étude OCTOPUS en lien avec le CHUGA. Les paramédicaux peuvent intégrer la recherche en soins au niveau de la CSIRMT de territoire. Des professionnels réalisent des recherches lors des mémoires rédigés lors de DU réalisés dans le cadre du plan de formation, néanmoins, il n'y a pas de dispositif de repérage des professionnels désireux de s'investir dans des missions de recherche. L'expression des patients est recueillie au travers des questionnaires de satisfaction au moment de leur sortie. Le CH participe à l'enquête e-satis, cependant les retours sont peu nombreux (environ 4 par an). Dans ce contexte, l'établissement a modifié les modalités de recueil des questionnaires de satisfaction à travers la création d'une procédure d'accueil et de sortie qui a été coconstruite avec les professionnels de la (commission des soins) CSIRMT et de la commission médicale d'établissement (CME). La réalisation de patients traceurs permet de recueillir l'expérience patient et d'alimenter le PAQSS. En 2023, un projet en lien avec la Structure Régionale d'Appui pour la qualité et la sécurité des soins sera mis en œuvre afin de construire des questionnaires de type PREMS et PROMS. Les valeurs de l'établissement sont fondées sur le respect des droits des patients tout au long de leur prise en charge et réaffirmées dans la charte de bientraitance. Une réflexion éthique est mise en place en concertation avec l'espace éthique du CHUGA. L'établissement veille à la communication envers les usagers. Des messages sur cette thématique sont diffusés lors des journées annuelles d'accueil des nouveaux arrivants. Des formations à la communication sont proposées et suivies : toucher massage, sophrologie, écoute, gestion du stress, gestion de l'agressivité, simulation à la vieillesse, humanité. La procédure de déclaration de maltraitance est formalisée et connue par les professionnels des équipes de jour mais non par les professionnels de nuit qui expliquent qu'ils transmettent au cadre du service et réalisent une fiche de déclaration des EI. Les professionnels sont sensibilisés à la maltraitance ordinaire. Un CREX a été réalisé suite à plusieurs FEI de patients agressifs et a permis d'identifier des situations de maltraitance ordinaire lors de travail en sous effectifs. Un plan d'action a été mis en place par la fermeture de lits si effectif insuffisant, mise en place de supervision d'équipe et inscription d'agents à des formations continues. Les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. L'établissement favorise l'accès aux personnes vulnérables et atteintes de handicap. Des moyens sont mis en place pour les situations de vulnérabilité et/ ou de handicap et pour les patients en situation de précarité, des effets de toilette sont fournis ainsi que des vêtements par la lingerie de l'EHPAD. L'assistante sociale intervient également pour aider les patients et les familles et mettre en place des solutions. L'accès des patients à leur dossier est formalisé, les délais de remise sont suivis et respectés. Ils sont communiqués en commission des usagers (CDU). Les représentants des usagers (RU) sont

impliqués dans les commissions : CLUD, CLIN. Les RU rencontrent les patients et ou les familles et recueillent ainsi leur expérience de leur hospitalisation. Lors de ces rencontres ils abordent les directives anticipées et la personne de confiance. Ils ont tenu un stand lors des journées européennes sur les droits des patients. Ils expriment qu'ils sont écoutés et entendus par la direction lorsqu'ils font des propositions d'amélioration. Ils participent à la rédaction du nouveau livret d'accueil. Les plaintes et réclamations, les événements indésirables, les indicateurs et les plans d'actions sont présentés lors des réunions de CDU. Ils sont informés des actions du programme qualité et sécurité des soins au travers des réunions des différentes commissions. Les représentants des usagers ne participent pas aux analyses des questionnaires de satisfaction mais ils sont informés lors des CDU des plans d'amélioration issus de ces analyses. Le CH de Rives élabore et met en œuvre une politique qualité. Son pilotage est réalisé via le COGEVIRISQ qui se réunit entre 4 et 10 fois par an. Les 4 médecins représentant la CME siègent en comité qualité. Les orientations stratégiques sont définies à partir de l'analyse des données issues des tableaux de bord, des remontées des professionnels via les espaces de discussions ainsi que de l'analyse de l'ensemble des données utiles. La CME, les membres de la CSIRMT et de la CDU sont ainsi concertés dans l'élaboration de cette politique, ils sont également associés au suivi de sa déclinaison. La gouvernance s'implique directement dans la mise en œuvre d'actions du PAQSS. Le plan d'action du CLIN n'intègre pas encore le PAQSS à l'échelle de l'établissement, c'est un objectif pour 2023. Les professionnels connaissent les actions du PAQSS à mettre en place dans leur service : Ils citent la prise en charge de la douleur, l'utilisation du SHA. Les professionnels sont impliqués dans les groupes de travail dont ils sont référents. Des 1/4 heures qualité sont organisés et permettent le passage des informations auprès des professionnels. Les espaces de discussion et la mise en œuvre des actions définies, lors de ces temps d'échanges sur les pratiques professionnelles, permettent à la gouvernance de promouvoir des valeurs et comportements dans une logique de bienveillance. De nombreux affichages sur les résultats des indicateurs, des questionnaires de satisfaction, plaintes et réclamations sont présents dans les bureaux soignants et les professionnels connaissent les différents résultats. L'établissement soutient une culture sécurité des soins. Elle dispose d'une charte non punitive sur la déclaration des événements indésirables. En 2021, une enquête culture sécurité a été conduite auprès des professionnels. Les résultats ont été comparés à l'audit système gouvernance Leadership. Les compétences sont en adéquation avec les activités. Les nouveaux recrutés bénéficient d'une procédure d'accueil assortie d'un tutorat de quelques jours par leur pair. L'établissement dispose d'une plateforme de suppléance avec 150 professionnels inscrits. 50 % des remplaçants sont des vacataires très réguliers dont les compétences ont été évaluées. La cadre supérieure de santé (CSS) s'entretient avec tous les vacataires et intérimaires avant qu'ils n'interviennent dans l'établissement. Afin d'assurer la continuité des soins, les professionnels disposent d'un code d'accès au DPI et une fiche de tâche leur est mise à disposition. Si les missions de remplacement sont estimées insatisfaisantes, l'encadrement rédige un rapport et le professionnel ne pourra plus intervenir dans l'établissement. 2 médecins vacataires sont parfois sollicités. Leurs profils ont été validés par la CME. Les effectifs cibles sont définis, un seuil en mode dégradé existe également. Ces effectifs sont inscrits dans des maquettes organisationnelles qui ont été validées en instances. Si les personnes présentes ne permettent pas d'atteindre le seuil des effectifs en mode dégradé, l'établissement procède à des fermetures de lits afin de garantir un niveau de qualité des soins suffisant. L'encadrement peut bénéficier du dispositif d'accompagnement de l'ANFH en termes de formations en management. Les 2 cadres de santé et la CSS se rencontrent chaque jour et peuvent ainsi partager leur expérience. Jusqu'en 2019, l'établissement a permis à ses équipes en situation d'encadrement d'être accompagnées via des temps de coaching et d'analyse de la pratique. La gouvernance et l'encadrement impulsent et soutiennent les démarches favorisant le travail en équipe. Les démarches collectives permettent la collaboration entre les différents professionnels. Grâce aux temps d'échanges collectifs et espaces de discussions, l'amélioration des organisations de travail est rendue possible tel qu'un début de synchronisation des temps médicaux. (ex : réduction de la durée des staffs en SSR). La mise en place des espaces de discussions a été réalisée selon la méthode projet de l'ANACT. Les outils utilisés pour l'animation de ces temps pluri professionnels sont issus de la boîte à outil HAS PACTE permettant ainsi de réaliser un travail spécifique

d'amélioration du travail en équipe. La réalisation des entretiens de formation et la mise en œuvre du plan de formation permet d'assurer le niveau de compétence individuel et collectif. De nombreuses formations à la simulation sont proposées. En hygiène hospitalière elles sont réalisées sur un mannequin et concernent les cathéters sous cutané, les Picc line, la sonde urinaire, la toilette des patients (précautions standard). L'équipe de pharmacie assure des formations dans la chambre de simulation des erreurs. Un jeu « Escape Game » sur la prise en charge médicamenteuse a été également réalisé, les professionnels ont exprimé leur satisfaction sur ce jeu. Face aux difficultés de recrutement IDE, l'établissement a choisi de modifier sa politique de formation et finance désormais davantage d'études promotionnelles. Ainsi, 3 AS sont en formation IDE et 1 ASH est en cours de formation AS. Les professionnels expriment ils expriment qu'il y a une grande solidarité et entraide entre eux. Le travail en binôme est favorisé pour les prises en charges complexes. Les rééducateurs leur assure une aide dans les différentes techniques de positionnement. La politique Qualité de vie au travail (QVT) est prévue dans le volet social du futur projet d'établissement. Les valeurs socles sont d'ores et déjà inscrites dans la note stratégique. Le projet QVT est mis en œuvre essentiellement à travers les temps d'échanges et de discussions collectifs. Un baromètre social a été réalisé en 2019, depuis les professionnels peuvent être force de proposition à travers les boîtes à idées. L'établissement veille à bien accueillir les nouveaux professionnels. 4 journées d'accueil des nouveaux arrivants sont organisés annuellement. Les remplaçants sur la période estivale sont accueillis durant une demi-journée en juin. Il est prévu de réaliser un professionnel traceur sur l'année 2023. Afin de limiter le risque d'emploi précaire : l'établissement veille à la mise en CDI et/ou en stage de façon rapide. Pour l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle : les plannings sont visualisables à l'année avec la pose des congés et RTT de façon très anticipée. Les règles de gestion du temps de travail demandent à ce que 30% maximum des effectifs soient en congés annuels en même temps. Les agents ne sont jamais sollicités pour remplacer sur leurs congés annuels. Les cadres ont tous été formés à la gestion des plannings. Pour la gestion des conflits il existe la possibilité d'arbitrage avec la CSS et la DRH et l'accompagnement des équipes par la psychologue. Le CH de Rive dispose d'une amicale du personnel très active. L'établissement répond aux risques auquel il est exposé. La gestion de crises est maîtrisée. Les risques sont identifiés et différents volets structurent un plan de crise général : plan blanc, plan canicule, plan pathologies saisonnières, plan ORSAN. Il est actualisé et connu des professionnels. Un exercice de simulation de la mise en œuvre de la cellule de crise a permis de vérifier et réajuster la mise à jour de la fiche reflexe du Plan Blanc. Les autres fiches réflexes seront actualisées et testées en 2023. Les risques numériques sont identifiés et connus des professionnels. Le changement des mots de passe est demandé tous les 6 mois avec un système bloquant. La procédure dégradée en cas de panne informatique est connue des professionnels. Ils sont sensibilisés à la gestion des mails frauduleux. Le plan de sécurisation de l'établissement n'est pas formalisé, pour autant il n'y a pas de risque identifié dans le document unique pour les professionnels (absence de professionnel isolé). Pour les usagers, les médecins ont la possibilité de prescrire un bracelet anti-fugue et les locaux sont sécurisés la nuit. Les patients ont la possibilité de déposer les objets de valeur au coffre. La politique de Développement Durable (DD) est formalisée à partir d'un diagnostic initial réalisé et de consommations suivies. Dès 2019, un livret de sensibilisation a été formalisé, il est en cours de mise à jour. Un référent est désigné. L'établissement a participé à la semaine développement durable avec plusieurs stands de sensibilisation et actions. Plusieurs filières de tri et de valorisation sont effectives (biodéchets/compost). Des travaux au niveau du système de chauffage ont été financés durant la période estivale grâce à l'obtention du CEE (certificat d'économie d'énergie). Pour l'urgence vitale intra hospitalière, un numéro unique permet de contacter les médecins du service. Si absence de réponse, le numéro est renvoyé au 15 après 7 sonneries. Des exercices de simulation d'appels à ce numéro unique ont permis de montrer une réponse à l'appel en 4 sonneries maximum. Cependant, ce numéro unique n'est utilisable que sur la tranche horaire de 8h à 20h du lundi au vendredi. Après 20h, les week end et les jours fériés, l'appel est réalisé auprès du médecin d'astreinte et au 15 si celui-ci ne répond pas. La procédure est récente et des professionnels ne la connaissent pas encore, bien que les numéros soient notés au dos des téléphones du service. Le président de la CME et la gouvernance ont décidé lors de la visite d'élargir ce numéro unique 24h/24, 7 jours sur 7. Le

contenu des chariots a été travaillé en lien avec les urgences de Voiron dans une logique d'harmonisation sur le territoire. Les matériels sont disponibles, accessibles, évalués et leur traçabilité assurée. Les professionnels sont formés à l'urgence vitale (AGFSU) mais il n'y a pas d'exercices de simulation à la prise en charge des patients en UV. Le CH de rives développe une politique qualité axée sur une amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients dans une vision stratégique et prospective. La responsable QGDR participe au groupe de travail du territoire (au-delà du GHT). La dynamique en place permet de déployer le partage d'expérience, la confrontation des savoirs avec les autres responsables qualité et gestionnaires de risques du groupement. Le pilotage de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge est assuré par le Comité de Gestion des Vigilances et des Risques (COGEVIRISQ). Ce comité de pilotage est composé de l'ensemble des membres de l'équipe de direction, des présidents d'instances, des cadres responsables des différents secteurs d'activité et des vigilants. L'identification et la diffusion des bonnes pratiques est réalisée à travers les sous commissions de la CME. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte l'expérience du patient recueillie lors de la réalisation de patients traceurs et l'analyse des questionnaires de sortie. Sa mise en œuvre est suivie lors des COGEVIRISQ. Les indicateurs qualité sont communiqués, analysés et exploités au niveau de l'établissement. Les objectifs d'amélioration sont définis. Ils sont explicités aux professionnels lors des 1/4h qualité et affichés dans les services. En revanche, les professionnels ne sont pas invités à travailler sur la revue des indicateurs ou pratiques professionnelles en équipe. L'établissement analyse, exploite et communique sur la survenue d'événements indésirables. Dès lors qu'un EI est considéré comme grave, il fait l'objet d'une séance d'analyse par la méthode ALARM. La mise en place depuis début octobre 2022 d'une commission de relecture des FEI tous les 15 jours a permis d'améliorer l'analyse des déclarations grâce à un regard pluridisciplinaire. La décision de réalisation d'un CREX est prise au plus près du signalement par la concertation entre la direction des soins et la cellule qualité sans attendre la commission de relecture des FEI si celle-ci est trop lointaine (15 jours). Pour exemple un EI lié à la mise en place du nouveau DPI générant des problèmes de prescriptions a fait l'objet d'un signalement au niveau de la commission médicament du GHT et à l'ANSM pour mettre en place des actions d'amélioration. La cellule qualité assure l'orientation des signalements aux experts et/ou vigilants ainsi que du retour des réponses auprès des professionnels de terrain sur le logiciel de déclaration. Les CREX font l'objet d'un compte-rendu (CR) et d'une synthèse sous forme de poster. Les posters sont expliqués et diffusés auprès des agents lors des temps qualité des services de soins. Les CR de CREX sont également présentés en COGEVISQ. Les 4 médecins de l'établissement siègent à cette commission. Les plans d'actions issus des séances d'analyse sont intégrés au PAQSS institutionnel.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	380780072	CENTRE HOSPITALIER DE RIVES	38140 Rives Sur Fure FRANCE
Établissement principal	380000059	CENTRE HOSPITALIER DE RIVES	Bp 105 38147 Rives Sur Fure FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	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	32
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	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
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	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Audit système	QVT & Travail en équipe		
3	Audit système	Représentants des usagers		
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque
8	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine	

			Hospitalisation complète Programmé	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
11	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Vers plateau technique et/ou radiologie
12	Audit système	Leadership		
13	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Selon liste fournie à J1
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Dans le service où a lieu la transfusion
17	Audit système	Dynamique d'amélioration		

18	Audit système	Maitrise des risques		
19	Audit système	Engagement patient		
20	Audit système	Coordination territoriale		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif

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

