



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DU ROUVRAY**

4 rue paul eluard

Bp 45

76301 Sotteville Les Rouen



Validé par la HAS en Décembre 2022

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Décembre 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.	15
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	17
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	18
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	23
Objectif 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	24
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	26
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	28
Chapitre 3 : L'établissement	29
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	34
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	35
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	36
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	37
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	38
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	39
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	40
Table des Annexes	41
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	42
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	47
Annexe 3. Programme de visite	51
Annexe 4. Fiches Anomalies	59

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

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

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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 DU ROUVRAY	
Adresse	4 rue paul eluard Bp 45 76301 Sotteville Les Rouen FRANCE
Département / Région	Seine-Maritime / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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	760780270	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DU ROUVRAY	4 rue paul eluard Bp 45 76301 Sotteville Les Rouen Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

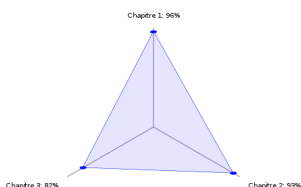
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
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
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, [110](#) critères lui sont applicables

Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

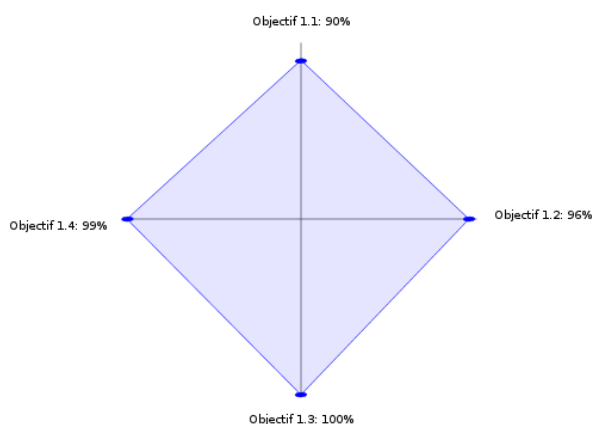
90,36%

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

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	94%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	91%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	94%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	85%
2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	100%
2.2-17	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	100%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	96%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	97%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	54%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	76%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	61%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	100%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	46%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Non Applicable

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre

96%

du score maximal

Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1,2	Le patient est respecté.	96%
1,3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

L'information du patient est assurée et son implication est recherchée dans l'ensemble des secteurs d'activités adultes et enfants pour des modalités de prise en charge en hospitalisation complète ou en ambulatoire. Des supports dits « kits d'admission » sont disponibles et regroupent les informations utiles selon les différentes modalités de prise en charge, soins libres d'une part et soins sans consentement d'autre part. Les affichages ont été revus dans l'ensemble des services. Chacun des sites extra hospitalier dispose d'une plaquette de présentation spécifique. La charte du patient hospitalisée est largement disponible mais celles relatives aux prises en charge spécifiques ne sont pas toujours retrouvées, personne en situation de handicap ou charte de l'enfant. De même si l'information sur la composition de la CDU est disponible dans le livret d'accueil ou le site internet, elle n'est pas correctement affichée dans les services (verso avec informations essentielles non visible). L'information délivrée est adaptée au degré de discernement et le cas échéant aux handicaps. Une liste interne d'interprètes est actualisée annuellement, le cas échéant le recours à une association spécialisée est possible. Le consentement du patient sur son projet de soins est recherché y compris pour les adolescents. Les informations délivrées permettent au patient d'être acteur de sa prise en charge y compris pour la préparation de sa sortie d'hospitalisation. Les informations et supports pour le recueil des directives anticipées sont disponibles notamment dans les kits d'admission remis au patient mais le recueil de celles-ci n'est généralement pas observé. Le respect du patient est une préoccupation constante des équipes. Les éventuelles mesures d'isolement ou de contention font l'objet de prescriptions médicales et d'une surveillance adaptée. Le maintien de l'autonomie des patients est recherché y compris pour ceux âgés ou en situation de handicap. Les besoins élémentaires sont pris en compte. La prise en charge de la douleur est organisée et mise en œuvre dans l'ensemble des secteurs. Sa prise en charge pour les malades chroniques n'est pas toujours anticipée. Le cas échéant le recours à une unité mobile de soins palliatifs est possible. Les détenus bénéficient d'une prise en charge garantissant la confidentialité des informations les concernant. Il a été constaté que la plupart des unités accueillent des patients en soins

libres et en soins sans consentement et étaient fermées. La liberté d'aller et venir est assurée par les pratiques professionnelles et les agents répondent aux demandes d'ouverture des patients. Par ailleurs, l'établissement dispose d'un parc de bâtiments important et de niveau de confort disparate ; certaines unités sont rénovées et d'autres sont vétustes avec des locaux ne répondant plus à des conditions d'accueil confortables. Cette situation est également constatée au niveau des chambres d'isolement dont plusieurs ne disposent pas d'un accès direct à des sanitaires. La rénovation de ces chambres fait l'objet d'un plan pluriannuel d'humanisation et les plus vétustes ont été fermées administrativement. Par ailleurs, l'établissement est confronté à une augmentation sensible des demandes d'hospitalisation des mineurs et son secteur dédié est saturé. De fait quotidiennement des adolescents sont hospitalisés dans des services adultes. Un suivi journalier de ces situations est assuré. L'équipe mobile de pédopsychiatrie peut être mobilisée. Des mesures sont en place pour renforcer la surveillance de ces situations (chambre individuelle à proximité des postes de soins) et un protocole est en cours de formalisation par un groupe de travail dédié à ces situations. Les proches ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. Dans l'ensemble des secteurs, les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge et pour la préparation de sa sortie. Un panel de soins adapté est proposé. Pour les mineurs les besoins scolaires sont pris en compte et assurés.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

La Composition de la CDU n'est pas correctement affichée dans les services : l'affiche relative à l'information de la CDU a été modifiée et la composition complète avec les coordonnées des représentants des usagers a été affichée dans toutes les unités.

Le recueil des directives anticipées n'est pas observé : Un travail a été initié autour de l'utilisation du Guide de Prévention et Soins avec quatre unités pilotes (Monet, Hôpital de jour Mesnils Esnard, Hôpital de jour Neufchatel, hôpital de jour Yvetôt) . Ce groupe de travail est piloté par un représentant des usagers
La prise en charge de la douleur pour les malades chroniques n'est pas toujours anticipée :

Tous les patients chroniques sont suivis par les médecins généralistes de l'établissement avec une anticipation de la prise en charge de la douleur. Une meilleure traçabilité va être demandée au niveau médical et paramédical.

Certaines unités sont rénovées et d'autres sont vétustes. Plusieurs chambres d'isolement ne disposent pas forcément d'un accès direct à des sanitaires :

Depuis 2019, un programme de réduction et d'humanisation des chambres d'isolement non conformes est en cours (7 réalisées / 5 en cours / 5 à réaliser - fin programmée juin 2023)

Un programme de rénovation des unités vétustes est en cours (7 unités / 1 réalisée – fin programmée en Octobre 2023).

Des espaces d'apaisement WaveCare ont été créés (12 prévus / 4 réalisés – fin programmée Octobre 2023)

Par ailleurs, nous soulignons la mise en conformité des installations de sécurité incendie avec aucun avis défavorable depuis 2021.

Des adolescents sont hospitalisés quotidiennement en services adultes :

L'ouverture de l'unité Astrolabe en mai 2021 a permis de répondre en partie aux besoins mais le retour pris par les autres hôpitaux (Dieppe, Le Havre, Navarre) n'a pas permis à l'unité d'être une unité de recours, ce qui était prévu à l'origine.

L'augmentation des mineurs est structurelle et doit être mise en lien avec la crise Covid. L'ensemble des équipes des secteurs adultes sont formées à la prise en charge des adolescents. L'orientation vers les secteurs adultes des plus de 16 ans est effective et l'orientation des moins de 16 ans est faite chez les enfants.

Un groupe de travail a défini un plan d'action pour mieux appréhender ces situations. Les ambassadeurs qualité ont également fait des propositions dans ce sens

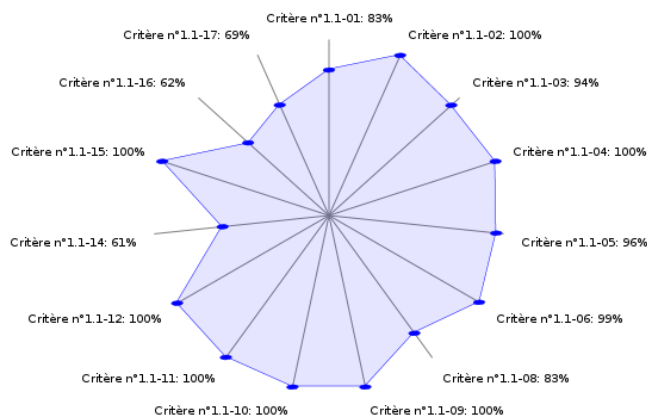
Enfin la structuration des soins à l'échelle des deux départements est en cours mais pas encore totalement opérationnelle. Une proposition d'alternative à l'hospitalisation sous mode d'un suivi ambulatoire de crise sera testée au dernier trimestre 2022 porté par les équipes du PEA et du P2R (Colonna : unité qui dépend du CH du Rouvray et implantée au CHU).

Enfin, concernant les besoins scolaires, nous tenons à rectifier ce qui a été précisé dans le pré rapport en précisant que les besoins scolaires sont systématiquement évalués et assurés quand l'état clinique le permet.

Réponse de la HAS

Accepter partiellement

Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.

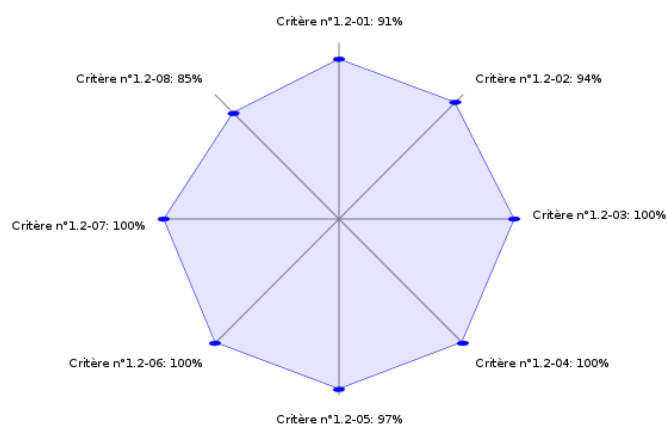


Score de l'objectif
90%

Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	83%
1.1-02	Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	100%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	94%
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	96%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	99%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	83%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	100%
1.1-10	Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	100%
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	100%
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	100%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	61%
1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	100%

1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	62%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	69%

Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de l'objectif
96%

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	91%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	94%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	97%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	100%
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	85%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-60003

Critère concerné par la fiche anomalie : 1.2-02

Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Critère n°1.3-01: 100%



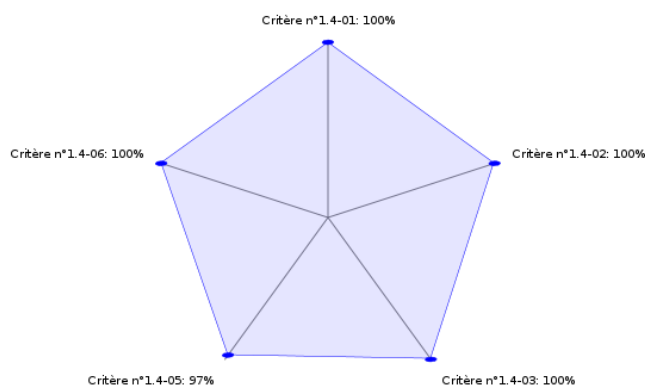
Critère n°1.3-03: 100%

Score de
l'objectif

100%

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	100%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	100%

Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

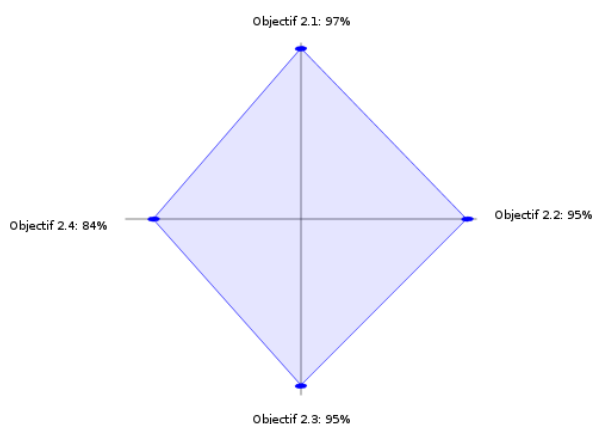


Score de l'objectif

99%

Critères		
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-03	Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	100%
1.4-05	Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite	97%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre

93%

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	97%
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	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	84%

Des réunions pluridisciplinaires et des staffs réguliers se tiennent dans l'ensemble des secteurs. Ils contribuent à une approche globale et concertée des patients au cours desquels sont validées la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. La pertinence des mesures restrictives de liberté est argumentée et régulièrement évaluée. La mise en place de salons d'apaisement dotés de matériels spécialisés a contribué à réduire le recours à ces mesures. De même, les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et revues avec le cas échéant l'appui de la pharmacie et du référent chargé de la maîtrise de l'antibiothérapie. La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes est effective dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins. Elle se réalise au cours des staffs et des réunions de synthèse qui se tiennent dans l'ensemble des secteurs. Cette coordination des équipes permet la gestion de la transition enfant adulte pour les patients le nécessitant. Le dossier du patient permet l'échange des informations utiles à la mise en œuvre du projet de soins et à la coordination des équipes. Il est mis régulièrement à jour ainsi que le carnet de santé des enfants. Cependant son informatisation n'est pas complètement finalisée et le maintien d'un dossier papier comprenant notamment les comptes rendus d'examen externes ne facilite pas la gestion des informations du patient dans la mesure où leur intégration dans le dossier informatisé n'est pas techniquement possible. Le DIM pilote le développement progressif de l'informatisation du dossier. Cette informatisation est effective depuis 2010 pour l'ensemble des étapes du circuit du médicament et contribue à sa sécurisation. L'établissement a démarré la conciliation médicamenteuse « d'entrée » progressivement et elle est en place dans quatre secteurs. Les critères de choix des patients bénéficiant de cette conciliation sont définis pour chacun des secteurs concernés et le projet dispose d'indicateurs de suivi. Les équipes de soins peuvent recourir à l'expertise des équipes transversales pour la gestion de la douleur, l'hygiène, la prise en charge nutritionnelle et les soins palliatifs. Une équipe de médecins généralistes réalise un examen somatique pour tous les patients et assure leur prise en charge somatique pendant l'hospitalisation. Le cas échéant, une lettre de liaison est remise au patient lors de sa sortie et adressée

au médecin traitant. Le dossier patient informatisé permet l'envoi des documents nécessaires à la continuité de la prise en charge de façon sécurisée. Les bonnes pratiques relatives à l'identitovigilance sont connues et mises en œuvre. Les patients sont équipés d'un bracelet d'identification. D'une façon générale, les vigilances sanitaires sont connues et leurs préconisations mises en œuvre. L'ensemble des étapes du circuit du médicament est maîtrisé. L'administration des médicaments bénéficie d'une analyse pharmaceutique. Les médicaments à risques sont identifiés et les personnels sensibilisés à leur conservation et utilisation. L'approvisionnement et le transport de tous les types de médicaments sont sécurisés. La continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable notamment au moment de sa sortie est assurée. Le risque infectieux est caractérisé pour l'ensemble des secteurs, les précautions standards et complémentaires en matière d'hygiène sont diffusées, connues et appliquées. Le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène sont disponibles auprès des professionnels. La vétusté de certains pavillons et locaux ne facilite pas la bonne application des règles d'hygiène et certains locaux de stockage intermédiaire des déchets ne bénéficient pas d'une ventilation adaptée. Les recommandations et obligations vaccinales des professionnels de santé sont mises en œuvre. La gestion des récurrences des épisodes de violence de la part des patients fait l'objet d'un projet pluridisciplinaire. Des espaces d'apaisement sont progressivement mis en place et dotés d'équipements spécialisés. Les plans de prévention partagés sont progressivement formalisés avec le patient. Un outil dédié est utilisé. Le transport des patients en intrahospitalier est organisé et maîtrisé. Les professionnels sont sensibilisés et formés aux conditions de confort et de sécurité du patient. L'ensemble des services logistique bénéficie d'une certification ISO 9001. L'évaluation des pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques n'est pas homogène. Les événements indésirables associés aux soins font l'objet d'analyse collective par l'équipe qualité et donne lieu à des plans d'actions. Le laboratoire et la radiologie externes mettent en place des actions d'amélioration de la qualité des résultats des analyses et des examens en collaboration avec les équipes concernées. Cependant les recommandations de la commission des usagers ne sont pas connues des professionnels. Les outils de recueil de l'expérience patient sont peu développés et déployés et celle-ci et la satisfaction du patient ne donnent pas lieu à des actions d'amélioration particulière. Par ailleurs, l'élaboration de plans d'actions issus de l'analyse des résultats cliniques et des indicateurs n'est pas réalisée pour l'ensemble des équipes.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

L'informatisation du dossier patient n'est pas complètement finalisée :

L'intégration des comptes rendus d'imagerie est en test dans deux services de soins. Les secrétaires du secteur 76 G 02 et 76 G 08 scannent et intègrent en format PDF les documents. Le praticien peut ainsi les consulter directement dans le dossier du patient informatisé (Cortexte).

Des travaux sont en cours avec les différents services du Pôle Rouen Seine Caux Bray sur cette thématique. Ils devraient être bien avancés sur le second semestre 2022.

Il est prévu d'intégrer les documents externes dans le dossier patient informatisé Cortexte sous la forme PDF car les tests sont concluants. Puis de façon conjointe, de mettre des maquettes de documents vierges personnalisées selon les souhaits des différents professionnels, afin qu'ils saisissent directement leurs documents dans le DPI Cortexte (exemple bilan neuropsychologue, bilan ergothérapeute, mais également des maquettes de courriers simples, ou comptes rendus de consultation....).

Pour éviter un enregistrement anarchique à la fois des documents externes mais également des documents rédigés dans Cortexte, le CHR travaille à la mise en place d'une arborescence adaptée du DPI et d'une charte d'enregistrement des documents. Elle sera applicable dès la période de tests.

A terme, il serait même possible pour les différents professionnels de transmettre par l'intermédiaire des secrétaires des documents externes ou rédigés via l'application LIFEN (imprimante virtuelle). L'envoi se ferait directement de Cortexte sur les messageries sécurisées des partenaires du CHR (Ms santé, Apicrypt, LIFEN...).

Les documents pourraient également via LIFEN intégrer l'espace numérique de santé du patient.

Cette nouvelle fonctionnalité est déjà active dans l'établissement pour les comptes rendus d'hospitalisation et les lettres de liaison.

Certains locaux de stockage intermédiaires des déchets ne bénéficient pas d'une ventilation adaptée :
A défaut de précision sur une localisation précise, les services techniques feront l'examen de tous les locaux concernés pour repérer les lieux incriminés et engager les modifications nécessaires. Cela doit rester peu fréquent car les techniciens comme les membres du CHSCT sont attentifs à ce genre d'anomalie et n'ont jamais hésité à faire remonter les informations lorsqu'ils constataient ou avaient connaissance des nuisances engendrées.

L'évaluation des pratiques notamment au regard des suivis des résultats cliniques n'est pas homogène
L'évaluation des pratiques n'est pas forcément homogène en raison de la diversité des activités. Néanmoins, les résultats des évaluations sont partagés avec les CREX, COVIRIS, COMEDIMS... Une communication plus large au niveau des unités de soins va être mise en œuvre pour un meilleur partage.

Les recommandations de la CDU ne sont pas connues des professionnels :

Les recommandations de la CDU issues du rapport annuel sont présentées en CME, en CSIRMT et en réunions de cadres.

Ces recommandations seront diffusées plus largement au sein de l'établissement, notamment via le journal « l'Actu du Rouvray » l'encadrement sera plus impliqué et sollicité pour la diffusion des informations auprès des soignants et patients.

Les outils de recueil de l'expérience patients sont peu développés et ne donnent pas lieu à des plans d'actions d'amélioration particulière :

Le taux de retour des questionnaires de satisfaction était insuffisant pour une bonne exploitation des données. Il a donc été décidé début 2022 d'accompagner davantage les patients pour compléter les questionnaires. L'encadrement est chargé de désigner les personnes ressources qui accompagnent cette démarche en prévision de la sortie du patient.

On constate une nette amélioration du taux de retour qui permettra une véritable exploitation de ces informations.

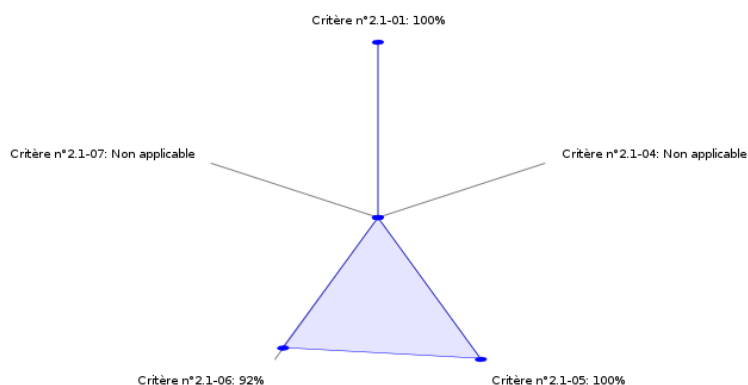
Par ailleurs, des questionnaires thématiques (douleur, vie affective, alimentation, respect des droits, sécurité des biens et information du patient) adressés dans des unités volontaires à destination des patients, ont permis d'identifier des actions d'amélioration particulières à mettre en place et pilotées par les groupes de travail ou instances de référence sur la thématique (CLUD, Copil vie affective et santé sexuelle, CLAN, groupe de travail droits des patients). Les résultats vont faire l'objet d'une plus grande communication auprès des équipes.

Des plans d'actions vont être mis en place pour l'amélioration des prises en charge avec une harmonisation des pratiques.

Réponse de la HAS

Accepter

Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe

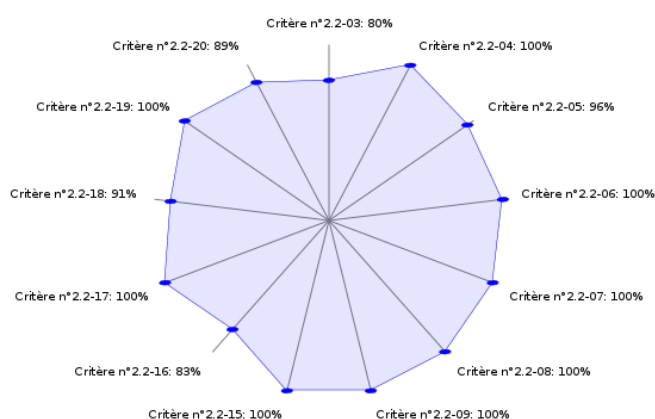


Score de l'objectif

97%

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	Non Applicable
2.1-05	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	100%
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	92%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée	Non Applicable

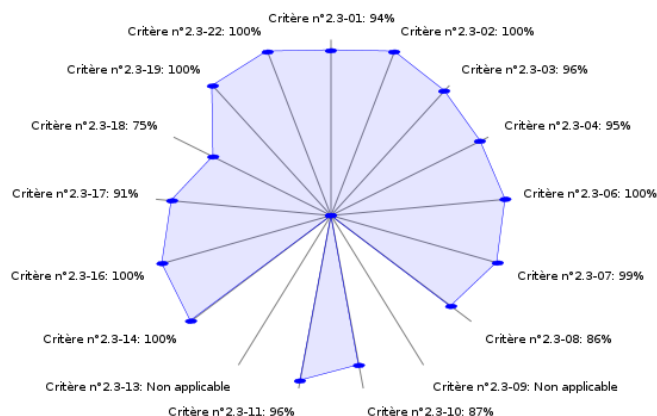
Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge



Critères		
2.2-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	80%
2.2-04	L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	100%
2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués	96%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	100%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	100%
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	100%
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	100%
2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	83%
2.2-17	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-18	En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques	91%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	100%

2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	89%
--------	---	-----

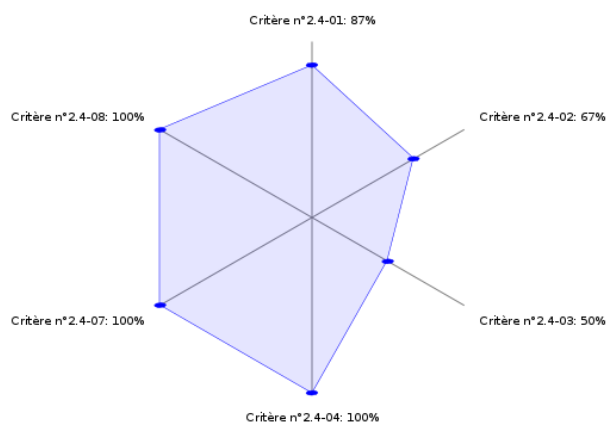
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	94%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	100%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	96%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	95%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	100%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	99%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	86%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	Non Applicable
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	87%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	96%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	Non Applicable
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	100%
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	100%

2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	91%
2.3-18	La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	75%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	100%
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	100%

Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

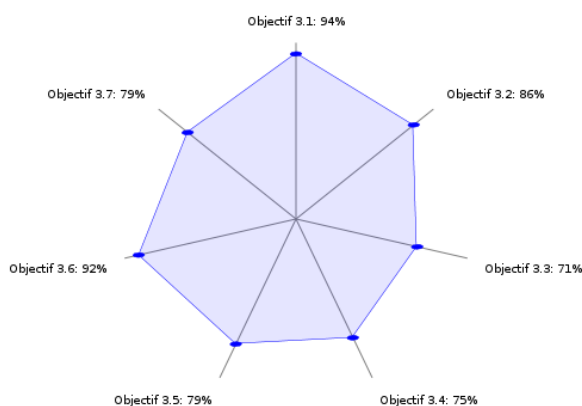


Score de l'objectif

84%

Critères		
2.4-01	Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	87%
2.4-02	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient	67%
2.4-03	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs	50%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins	100%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	100%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	100%

Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre
82%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	94%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	86%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	71%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	75%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	79%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	79%

Le Centre hospitalier du Rouvray dispose d'un projet d'établissement pour la période 2021-2025 construit en lien avec ses partenaires territoriaux et notamment l'ensemble des structures médico-sociales et le CHRU de Rouen en cohérence avec le projet territorial de santé mentale. Ce projet vise des objectifs d'amélioration des parcours de soins dont la prise en charge des situations d'urgences en collaboration avec le CHRU et le développement des actions de prise en charge dans une dynamique « d'aller vers » les patients sous la thématique de la réhabilitation psychosociale et du « soigné chez soi ». Des volets spécifiques sont en cours d'élaboration pour le compléter sur la partie immobilière, la transition écologique, le projet de management et l'accès aux soins. L'axe 2 du projet est centré sur la coordination des parcours et l'établissement a identifié un ensemble d'actions de collaboration avec la médecine de ville. Il participe à la mise en place des 5 CPTS de ses secteurs. Par ailleurs, l'hôpital dispose d'équipes mobiles dédiées à la prise en charge de la précarité et des handicaps. Il dispose en particulier d'une équipe d'assistants sociaux. L'accès aux plateaux techniques, laboratoires et imagerie, est organisé par le CHRU. La communication avec la médecine de ville notamment au moyen de la messagerie sécurisée en santé est en cours de généralisation. Des supports sont en place pour permettre aux usagers et aux médecins de ville de contacter rapidement et simplement les services : site Internet ou supports d'information distribués dans les CMP. L'établissement dispose de deux services universitaires respectivement pour les adultes et les enfants et adolescents en partenariat avec le CHRU et de deux départements de recherche médicale et paramédicale. L'hôpital veille à la bientraitance et développe des actions de formation et de sensibilisation de ses

professionnels à la maltraitance y compris la maltraitance ordinaire. Une charte de la promotion de la bientraitance a été formalisée et diffusée. Il assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes en situation de handicap en particulier dans le cadre de rénovation de ses pavillons et des personnes vulnérables aux soins. L'accès du patient à son dossier est organisé. Les services universitaires et les départements de recherche favorisent la diffusion des innovations vers les patients. Des programmes d'éducation thérapeutiques sont déployés - sur la cuisine et l'alimentation et « ma maladie et mon traitement » ; - schizophrénie « MIEUX GERER MES SYMPTOMES ET MES TRAITEMENTS » - « TROUBLES BORDERLINE » - Programme d'Education Thérapeutique Intégré du Patient en Psychiatrie des Addictions (PETIPPA) - Programme bipolarité géronto-psychiatrie autorisé par l'ARS et actif HJ Monod La satisfaction des patients est recueillie au moyen d'un questionnaire général et des enquêtes spécifiques sont conduites. Des audits de type « patient traceur » sont réalisés mais les outils de recueil de l'expérience patient ne sont que peu utilisés. Un projet de développement de la pair-aidance est en cours de définition ; le service d'addictologie accueille un stagiaire « pair-aidant ». Les représentants des usagers et des associations de malades sont associés dans les instances et participent à des commissions dont le comité d'aide à la réflexion éthique. Leur avis est également sollicité sur certains dossiers comme par exemple la révision du livret d'accueil. Cependant plusieurs d'entre eux témoignent sur le caractère purement formel de leur sollicitation. La Commission des Usagers fonctionne et un projet des usagers est formalisé. Néanmoins, l'existence de représentants des usagers et la connaissance de la commission par les patients et les professionnels n'a été constatée que partiellement dans plusieurs services. La gouvernance s'est impliquée dans le déploiement de la démarche qualité et la préparation de la démarche de certification. Elle veille à l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge dans le contexte des difficultés nationales en matière de recrutement. Cependant le déploiement de la démarche qualité est contrariée par des divergences sur les orientations à suivre clairement exprimées à plusieurs reprises au niveau de la gouvernance. Il a été constaté que les notions, les outils et les méthodes de la qualité ne sont pas connus des professionnels rencontrés. Il a également été constaté une méconnaissance de la part des agents y compris de l'encadrement de proximité de la démarche qualité institutionnelle. Le leadership de la gouvernance est fragilisé par l'absence de continuité de la direction qui fait l'objet d'un intérim long ; la démarche de contractualisation avec les différents pôles est ainsi arrêtée depuis 2017. Les responsables d'équipe peuvent bénéficier de formations ou de coaching en management afin de faciliter leurs fonctions. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. La prise en charge pluridisciplinaire des patients témoigne de la coordination des équipes. Un plan de formation est élaboré annuellement et est validé par les instances. Toutefois les méthodes spécifiques du développement du travail d'équipe ne sont pas mobilisées. La gouvernance a défini une politique de qualité de vie au travail (QVT) incluse dans le projet de l'établissement. Le plan d'actions de celle-ci est en cours de définition et de priorisation. Une organisation et des mesures sont en place pour la gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits. Celles-ci sont connues des professionnels. La gestion des crises et des tensions hospitalières est organisée. Le plan blanc est formalisé. Les professionnels sont sensibilisés aux risques numériques. Des mesures de prévention sont en place. Les enjeux du développement durable sont identifiés et font l'objet d'un plan d'actions. Une équipe chargée de la sécurité est en place. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Des défibrillateurs semi automatiques sont disponibles, la formation des professionnels est réalisée, des ateliers de pratiques dits « VAPSA » (valorisation des actions prioritaires en soins aigus) sont réalisés pour entretenir les pratiques en matière de gestes d'urgences. Toutefois, une cartographie recensant les défibrillateurs n'est pas disponible. Des notes définissent la conduite à tenir pour donner l'alerte en cas d'urgence vitale. Des sacs d'urgence sont disponibles dans les services. Néanmoins, leur contenu n'est pas connu pas plusieurs équipes ainsi que le numéro d'alerte ; les réponses sur la conduite à tenir est variable et n'est pas homogène selon les secteurs et les professionnels. L'établissement déploie une démarche qualité qui fait l'objet de plusieurs documents : politique, plan d'actions. Une structuration de la démarche est en place avec un comité de pilotage pour le niveau institutionnel, une direction qualité et plusieurs comités spécialisés (EPP, COVIRIS, réseau de référents) au niveau opérationnel. Des formations et des sensibilisations à la qualité sont réalisées. Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement. Le cas échéant des CREX sont réalisés.

Toutefois, peu de revues de pertinence sont effectuées. Par ailleurs, les professionnels rencontrés ne connaissent que partiellement les éléments de la politique qualité institutionnelle ainsi que les indicateurs suivis. L'établissement n'a pas évalué la culture qualité de ses professionnels.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Nous souhaitons compléter les précisions apportées sur les programmes d'éducation thérapeutique.

L'établissement a déployé quatre programmes d'éducation thérapeutique :

- ETP schizophrénie « MIEUX GERER MES SYMPTOMES ET MES TRAITEMENTS »
- ETP « TROUBLES BORDERLINE »
- Programme d'Education Thérapeutique Intégré du Patient en Psychiatrie des Addictions (PETIPPA)
- Programme bipolarité géro-psycho-geriatrie autorisé par l'ARS et actif HJ Monod

Les représentants des usagers et des associations sont associés dans les instances et participent à des commissions. Cependant plusieurs d'entre eux témoignent sur le caractère purement formel de leur sollicitation :

Les représentants des usagers sont associés à divers groupes de travail et comités tels que le Comité d'Aide à la Réflexion Ethique, les groupes de travail en lien avec le projet d'établissement ou encore le comité droits des patients.

En amont, ou lors des CDU, il est présenté aux membres de cette commission tous les supports en lien avec les patients (directives anticipées, personne de confiance, communication de dossiers médicaux, les mesures de protection...).

Leurs remarques sont prises en compte et les documents sont modifiés dans ce sens et renvoyés aux représentants des usagers pour validation avant diffusion.

L'existence de représentants des usagers et la connaissance de la Commission des Usagers par les patients et les professionnels n'a été constatée que partiellement dans plusieurs services :

L'affiche relative à l'information de la Commission des Usagers a été modifiée et la composition complète avec les coordonnées des représentants des usagers a été affichée dans toutes les unités.

Une information sur l'existence et le rôle de la commission des usagers est également faite dans les kits d'admission remis aux patients.

Une communication est faite sur le rôle de la commission des usagers et des représentants des usagers à chaque changement de représentant des usagers dans l' « actu du Rouvray ».

Les notions, les outils et les méthodes de la qualité ne sont pas connus des professionnels rencontrés.

Méconnaissance de la part des agents y compris de l'encadrement de proximité de la démarche qualité institutionnelle :

Le chapitre 3 du référentiel est complètement interdépendant du chapitre 1 et 2.

« Les outils et méthodes de la qualité ne sont pas connus par les professionnels rencontrés » mais les scores obtenus (96% chapitre 1 et 93% chapitre 2) démontrent une implication de tous autour de la qualité.

Si sur le plan purement sémantique, des professionnels ne connaissent pas la totalité des critères et l'arborescence des chapitres et objectifs avec indicateurs, les résultats obtenus permettent d'affirmer que la démarche qualité sur le CHR repose sur des bases très solides impliquant les équipes.

Quant à démarche qualité institutionnelle, elle a fait l'objet de nombreuses publications et réunions etc. Les agents et l'encadrement ont participé à des patients /parcours traceurs ce qui a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration et des points de vigilance mais aussi la qualité du travail effectué par les équipes pluri professionnelles

Si le format de la démarche qualité n'a pas été bien retranscrit auprès des experts, on peut affirmer l'investissement de tous pour préparer cette visite.

L'encadrement a été porteur de plusieurs outils et méthodes auprès des équipes. Cette affirmation de généraliser le manque de connaissance repose peut être sur un épiphénomène, qui sera à identifier.

Elle s'inscrit également dans un contexte contestataire d'une partie de l'encadrement lié notamment au passage au forfait.

Une communication large sur les notions, les outils et les méthodes de la qualité a été faite dans l'actu du Rouvray et sur le site intranet.

Cette communication a également été largement relayée auprès des instances (CTE, réunion de cadres, CSIRMT CDU...) des groupes de travail, des ambassadeurs qualité, les référents qualité. Chaque référent a été doté des outils et informations nécessaires à sa mission.

Des réunions ont été organisées, tant en intra qu'en extra, animées par l'encadrement supérieur à destination de l'encadrement de proximité. La notion de démarche qualité, d'amélioration, les axes prioritaires ont été abordés, travaillés collectivement

Les méthodes spécifiques du développement du travail d'équipe ne sont pas mobilisées :

Des temps de supervision existent dans les unités qui le demandent, existence de staff, travail sur les revues de pertinence.

Les cadres des unités , en lien avec les médecins, favorisent le travail d'équipe.

QVT : le plan d'action est en cours de définition et de priorisation :

Le plan d'action est décrit dans le projet d'établissement au travers du volet social. Des pilotes et des échéances sont définis avec le calendrier de planification des actions

La cartographie recensant les défibrillateurs n'est pas disponible :

17 défibrillateurs sont mis à disposition au CHR

Les documents sont enregistrés et consultables dans la Gestion Documentaire. Dans chaque service de soins, la cartographie est affichée dans les lieux de soins et autres lieux de passage par zonage. Chaque bâtiment avec DSA est identifié par une signalétique extérieure et le fléchage du DSA, conformément à la législation.

Le contenu du sac d'urgence n'est pas connu par plusieurs équipes :

Le sac d'urgence dans les unités extra a été mis en place très récemment dans les unités ce qui n'aura probablement pas permis aux unités de s'emparer du contenu. Une notice expliquant le contenu a été remis avec.

Un guide de bon usage du sac d'urgence en extra hospitalier a été diffusé et est disponible dans la GED.

En unité intra hospitalière, le contenu n'a pas changé. Un guide de bon usage existe également.

Le numéro d'alerte n'est pas connu :

Le numéro d'alerte en cas d'urgence vitale est bien affiché dans les unités de soins.

Il est observé que pour des raisons que la direction ne maîtrise pas, des soignants appellent les médecins généralistes, le médecin du service... Une nouvelle campagne de sensibilisation va être faite avec le corps médical.

Cette sensibilisation va également être accentuée lors des formations internes aux gestes d'urgence « VAPSA » sur l'établissement.

Peu de revues de pertinences sont effectuées:

Ce sujet a été identifié comme prioritaire par l'établissement et les ambassadeurs qualité qui ont d'ailleurs mené une enquête auprès de leurs collègues pour voir quels sujets pourraient se prêter à des revues de pertinence. Un travail a été réalisé sur l'Unité d'Accueil et d'Orientation avec une Enquête auprès des patients sur le ressenti de la PEC sur l'UNACOR+ (évaluation des délais).

Une évaluation de l'impact de l'équithérapie sur les patients à VDR a été réalisée .

Les ambassadeurs qualité ont travaillé ensemble sur la pertinence de prise en charge des patients au travers des parcours patients, les axes critiques et priorité à travailler :

- Sur l'équipe mobile handicap, une enquête a permis d'évaluer la satisfaction des ESMS sur leurs accompagnements. Une enquête a également été réalisée auprès des familles sur l'accompagnement en thérapie familiale

Une enquête a été mise en place sur les espaces d'apaisement (retour d'expérience des professionnels)

Une enquête auprès des professionnels sur le respect de la vie intime et affective des patients

Une enquête auprès des professionnels auprès des médecins et Cadres sur le port du pyjama

- Les 2 IDE coordinatrices ETP font des évaluations des programmes ETP

- Au niveau du Pôle Enfants et Adolescents, il y a également des analyses de pratiques réalisées

- Au niveau de l'unité Lacan, il y a des analyses de cas cliniques faites par un médecin auprès des équipes soignantes
- Des retours d'expérience ont également été faits concernant la crise COVID et les nombreux clusters que nous avons connus
- Le projet GPS (Guide de Prévention et Soins) est en test sur 4 unités pilotes.
- Au niveau de l'unité Maupassant, des fiches de médiations sont mises en place avec un suivi d'objectifs

Tous ces résultats d'enquêtes sont communiqués aux soignants.

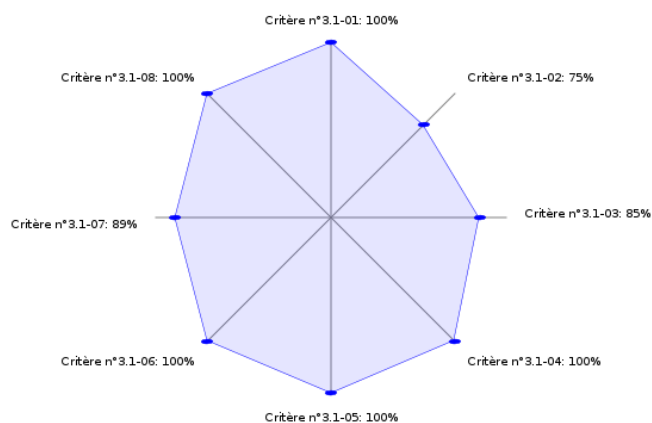
L'établissement n'a pas évalué la culture qualité de ses professionnels :

Les programmes d'audit définis ont permis d'évaluer la culture qualité des professionnels et de les associer au développement des plans d'action.

Réponse de la HAS

Accepter partiellement

Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire

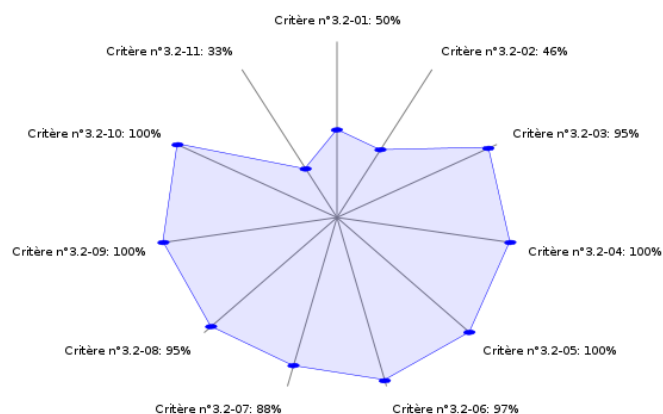


Score de l'objectif

94%

Critères		
3.1-01	L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours	75%
3.1-03	L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)	85%
3.1-04	L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville	100%
3.1-05	Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	100%
3.1-06	L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	100%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	89%
3.1-08	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%

Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement

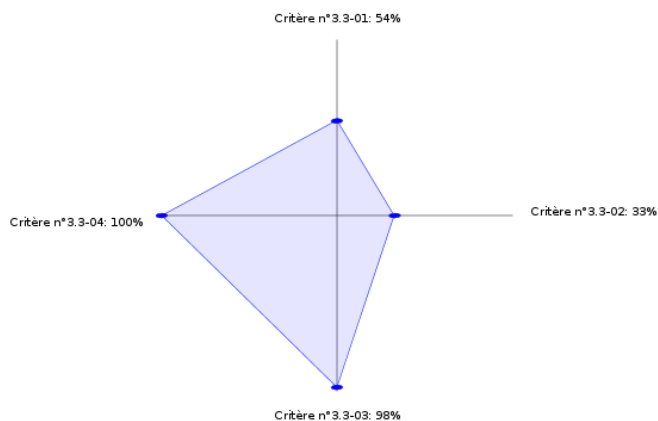


Score de l'objectif

86%

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	50%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	46%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	95%
3.2-04	L'établissement veille à la bienveillance	100%
3.2-05	L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	97%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	88%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	95%
3.2-09	L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	100%
3.2-10	L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients	100%
3.2-11	L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	33%

Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership



Score de
l'objectif
71%

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	54%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	32%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	98%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	100%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-65005

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.3-01

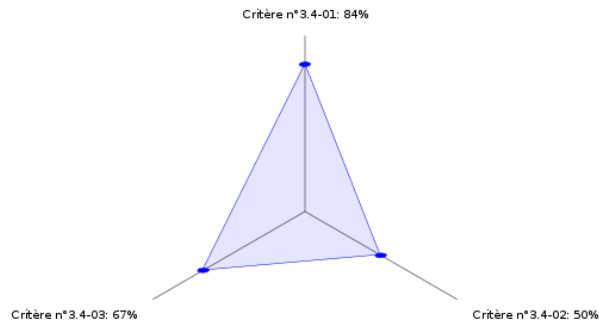
Numéro de la fiche anomalie : ANOM-63003

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.3-01

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-59008

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.3-01

Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de
l'objectif
75%

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	84%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	67%

Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère n°3.5-01: 57%



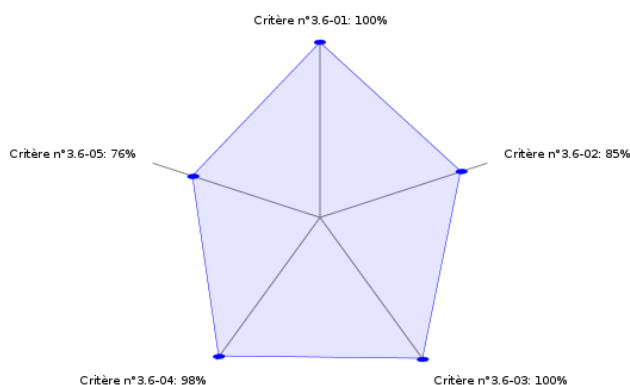
Critère n°3.5-02: 100%

Score de l'objectif

79%

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	57%
3.5-02	La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits	100%

Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté

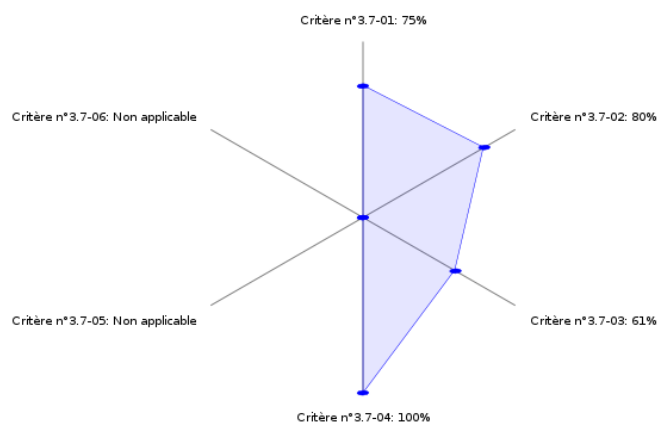


Score de l'objectif

92%

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-02	Les risques numériques sont maîtrisés	85%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	100%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	98%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	76%

Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



Score de l'objectif
79%

Critères		
3.7-01	L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques	74%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	80%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	61%
3.7-04	Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	100%
3.7-05	L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité	Non Applicable
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Non Applicable

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-66005

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.7-03

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-61004

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.7-03

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite
- Annexe 4. Fiches Anomalies
- Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	760780270	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DU ROUVRAY	4 rue paul eluard Bp 45 76301 Sotteville Les Rouen Cedex FRANCE
Établissement principal	760000190	CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY	4 rue paul eluard Bp 45 76301 Sotteville Les Rouen FRANCE
Établissement géographique	760922047	HOPITAL DE JOUR ENFANT BLEU SOLEIL ST ETIENNE	10 rue francoise dolto 76800 Saint Etienne Du Rouvray FRANCE
Établissement géographique	760922021	HOPITAL DE JOUR CMP CATTP ADULTES PAVILLY	Rue jean dominique ingres 76570 Pavilly FRANCE
Établissement géographique	760922005	HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES ROUEN ST EXUPERY 76G05 - ROUEN ST EXUPERY SECTEUR 76G05	Cmp cattp adultes rouen st gervais 76g03 - 76g05 3 pl de l'eglise saint gervais 76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760920090	HOPITAL DE JOUR CMP CATTP ADULTES ROUEN	1 rue marie duboccage 76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760919639	HOPITAL DE JOUR ENFANT JUMIEGES CHS SOTTEVILLE	955 route de yainville 76480 Jumieges FRANCE
Établissement géographique	760919621	HOPITAL DE JOUR ADULTES C. CLAUDEL SOTTEVILLE	90 rue pierre corneille 76300 Sotteville Les Rouen FRANCE
Établissement géographique	760913665	HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES PETIT QUEVILLY	8 avenue des canadiens 76140 Le Petit Quevilly FRANCE
Établissement géographique	760913566	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS BOIS GUILLAUME	554 avenue du marechal juin 76230 Bois-Guillaume FRANCE
Établissement géographique	760913558	HOPITAL DE JOUR CMP CATTP ADULTES ELBEUF	2 rue charles flavigny 76500 Elbeuf FRANCE

Établissement géographique	760913541	HOPITAL DE JOUR ADULTES GRAND QUEVILLY	33 allée des arcades Les arcades 2 76120 Le Grand Quevilly FRANCE
Établissement géographique	760913517	HOPITAL DE JOUR CMP CATTP ADULTES DUCLAIR	95 rue de verdun 76480 Duclair FRANCE
Établissement géographique	760913491	HOPITAL DE JOUR CMP CATTP ADULTES ROUEN	3 place de l'église saint gervais 76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760913483	HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES MESNIL ESNARD	78 rue des perets 76240 Le Mesnil Esnard FRANCE
Établissement géographique	760807594	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS ELBEUF CHS SOTTEVILLE	8 rue charles flavigny 76500 Elbeuf FRANCE
Établissement géographique	760025775	HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS AUBIER PETIT QUEVILLY	1 rue denis papin 76140 Le Petit Quevilly FRANCE
Établissement géographique	760025304	HOPITAL DE JOUR CMP CATTP ADULTES CANTELEU	31 ancienne route de duclair 76380 Canteleu FRANCE
Établissement géographique	760024760	HOP JOUR ADULT NEUFCHATEL	1 boulevard gustave eiffel 76270 Neufchatel En Bray FRANCE
Établissement géographique	760023945	HOPITAL DE JOUR ADOSPHERE SAINT ETIENNE	2 rue pierre semard 76800 Saint Etienne Du Rouvray FRANCE
Établissement géographique	760023937	HOP ITAL DE JOUR CATTP ADULTE ND DE BONDEVILLE	46 route de dieppe 76960 Notre Dame De Bondeville FRANCE
Établissement géographique	760918433	CMP CATTP ADULTES MAROMME	86 rue des martyrs de la resistance 76150 Maromme FRANCE
Établissement géographique	760918425	CMP CATTP ADULTES DARNETAL	7 allée du docteur roux 76160 Darnetal FRANCE
Établissement géographique	760913509	CMP CATTP ADULTES HAUTS DE ROUEN	30 place alfred de musset 76000 Rouen FRANCE
Établissement		CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	22 rue edmond labbee

géographique	760807149	YVETOT CHS SOTTEVILLE	76190 Yvetot FRANCE
Établissement géographique	760806109	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS YVETOT	1 r haemers 3 tour guynemer 76190 Yvetot FRANCE
Établissement géographique	760806091	CMP ADULTES CMP GTA ENFANTS MONTVILLE	1 rue jean deconihout 76710 Montville FRANCE
Établissement géographique	760806083	CMP GTA CATT ENFANTS BUCHY	267 rue aux juifs 76750 Buchy FRANCE
Établissement géographique	760806067	CMP GTA CATT ENFANTS SAINT SAENS	4 rue felix faure 76680 Saint Saens FRANCE
Établissement géographique	760806059	CMP GTA CATT ENFANTS NEUFCHATEL BRAY	10 rue des cordelieres 76270 Neufchatel En Bray FRANCE
Établissement géographique	760806034	CMP GTA CATT ENFANTS FORGES LES EAUX	5 impasse des mesanges 76440 Forges Les Eaux FRANCE
Établissement géographique	760806026	CMP GTA CATT SAFT ENFANTS MOSAIQUE	16 rue bouquet 76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760806018	CMP GTA CATT ENFANTS OISSEL	10 avenue du general de gaulle 76350 Oissel FRANCE
Établissement géographique	760806000	CMP GTA CATT ENFANTS GRAND COURONNE	21 rue pasteur 76530 Grand Couronne FRANCE
Établissement géographique	760805994	CMP GTA CATT ENFANTS ELBEUF	13 rue boucher de perthes 76500 Elbeuf FRANCE
Établissement géographique	760805986	CMP CATT ADULTES GRAND QUEVILLY	Avenue du pdt kennedy 76120 Le Grand Quevilly FRANCE
Établissement géographique	760805960	CMP SAFT ENFANTS ROUEN GAUCHE	45 rue de sotteville 76100 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760805952	CMP GTA CATT ENFANTS SOTTEVILLE	56 rue du dr apvrille 76300 Sotteville Les Rouen FRANCE
Établissement géographique	760805937	CMP CATT ENFANTS DUCLAIR	394 avenue anatole france 76480 Duclair FRANCE
		HOPITAL DE JOUR CMP	89 rue du pre de la bataille

Établissement géographique	760025825	CATTP FED GERONTO PSY	76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760025791	UNITE MOBILE D'ACTION PSYCHOLOGIQUES CHS SOTTEVILLE	49 rue des augustins 76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760025254	CCPP SMPR ROUEN	106 rue lafayette 76100 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760024646	UNITE DE CONSULTATIONS ADULTES CLERES	Rue edouard spalikowski 76690 Cleres FRANCE
Établissement géographique	760024620	UNITE DE CONSULTATIONS ADULTES CHU ROUEN	1 rue de germont 76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760024612	CMP ENFANTS ADULTES SAINT AUBIN ELBEUF	Rue du docteur villers 76503 Elbeuf Cedex FRANCE
Établissement géographique	760023903	CMP CATTP ADULTES PETIT QUEVILLY	2 rue danton 76141 Le Petit Quevilly FRANCE
Établissement géographique	760023846	CMP GTA POUR ENFANTS SAINT ETIENNE	5 rue ernest renan 76800 Saint Etienne Du Rouvray FRANCE
Établissement géographique	760037416	CATTP A LA MAISON DES ADOS	4 rue paul eluard Bp 45 76000 ROUEN FRANCE
Établissement géographique	760027367	UNITE DE CONSULTATION EN MATERNOLOGIE	72 rue louis pasteur 76130 MONT ST AIGNAN FRANCE
Établissement géographique	760917781	SMPR MAISON ARRET ROUEN	169 boulevard de l'europe 76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760028308	HOPITAL DE JOUR ADULTES YVETOT CHS SOTTEVILLE	14 avenue marechal foch 76194 Yvetot Cedex FRANCE
Établissement géographique	760027854	CMP CATTP ADOLESCENTS ESPACE DU PALAIS	Espace du palais 76000 Rouen FRANCE
Établissement géographique	760916387	SMPR MAISON D'ARRET ROUEN	169 bld de l'europe Maison d'arret de rouen 76038 ROUEN cedex FRANCE

Établissement géographique	270023591	S.M.P.R. ANTENNE DE VAL DE REUIL P12	Chemin des andelles 27100 Val De Reuil FRANCE
----------------------------	-----------	--------------------------------------	--

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

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

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
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	0
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	521
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	10

Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	8
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	539
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	195
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	88
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	8
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	291
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	13
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	13
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	26
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	91 636
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	57 530
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	149 166
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	QVT & Travail en équipe		
2	Audit système	Leadership		
3	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
5	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Urgences Hospitalisation complète	
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Programmé	
	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent	

10			Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Programmé	
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Programmé	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Hospitalisation complète Programmé	
13	Audit système	Dynamique d'amélioration		
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Hospitalisation complète	

15	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences psychiatriques
16	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
	Traceur	Gestion des événements		EIG

21	ciblé	indésirables graves		
22	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Programmé	
23	Audit système	Engagement patient		
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Audit système	Entretien Professionnel		
26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Audit système	Entretien Professionnel		
30	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
	Traceur	Circuit du médicament et des		Médicament à risque

32	ciblé	produits de santé		+ ATB
33	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
34	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
37	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
38	Audit système	Entretien Professionnel		
39	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Hospitalisation complète	

40	Audit système	Entretien Professionnel		
41	Audit système	Entretien Professionnel		
42	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
43	Parcours traceur		Tout l'établissement Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
44	Audit système	Maitrise des risques		
45	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
46	Audit système	Entretien Professionnel		
47	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte	

			Hospitalisation complète Programmé	
48	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
49	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
50	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
51	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
52	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
	Audit	Coordination territoriale		

53	systeme			
54	Audit systeme	Représentants des usagers		
55	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
56	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Programmé	

Annexe 4. Fiches Anomalies

Informations générales

Référence de dossier	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-66005	29 juin, 2022	3.7	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Gérard SHADILI	GRIX-76347	3.7-03	

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les IQSS ne sont pas connus des professionnels.

Ils ne connaissent pas les actions concrètes du programme qualité.

Observations établissement:

La démarche qualité institutionnelle a fait l'objet de nombreuses publications et réunions. Les agents et l'encadrement ont participé à des patients /parcours traceurs ce qui a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration et des points de vigilance mais aussi la qualité du travail effectué par les équipes pluri professionnelles

L'encadrement a été porteur de tous les outils et méthodes auprès des équipes.

Une communication large sur les notions, les outils et les méthodes de la qualité a été faite dans l'actu du Rouvray et sur le site intranet.

Cette communication a également été largement relayée auprès des instances (CTE, réunion de cadres, CSIRMT, CDU, Copil qualité...) des groupes de travail, des ambassadeurs qualité, les référents qualité. Chaque référent a été doté des outils et informations nécessaires à sa mission.

Des réunions ont été organisées, tant en intra qu'en extra, animées par l'encadrement supérieur à destination de l'encadrement de proximité. La notion de démarche qualité, d'amélioration, les axes prioritaires ont été abordés, travaillés collectivement

De nombreux documents autour de la démarche qualité ont été construits collectivement, partagés et diffusés autour de la démarche qualité : cartographie du CHR, politique et structuration de la qualité, auto évaluations, bilan des FEI et tableau de bord des EPP) aux cadres de santé pour communiquer autour de la démarche qualité dans leurs unités.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Poursuite des risques et possible mise en danger du patient

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?	Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?
---	---

oui

non

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?	Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?
--	--

non

non

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?	Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque
---	---

non

non

Observations établissement:

Des actions sont inscrites dans le PAQGR (Plan d'Actions Qualité Gestion des Risques). Chaque instance suit son plan d'actions, définit à partir des risques identifiés (COVIRIS, CLAN, CLUD, COMEDIMS, etc.) à partir de sa cartographie des risques.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Les professionnels rencontrés au cours des différentes étapes de la visite ne connaissent pas la démarche qualité de l'établissement.

La direction qualité s'est mobilisée sur la préparation de la démarche de certification dans des délais contraints et a été confronté à des manques de ressources du fait du départ d'agents (ingénieur) ou de postes vacants (chargé de la gestion documentaire).

Par ailleurs le contexte de la préparation de la visite a été marqué par les difficultés de recrutement constatées au niveau national pour les personnels médicaux et non médicaux.

Observations établissement:

La cellule qualité a réalisé un énorme travail pour redynamiser la démarche qualité depuis l'arrivée d'une nouvelle ingénieure en mars 2020. Cette arrivée a correspondu à la première période de confinement et la gestion de la crise covid a complexifié le travail engagé.

Afin d'anticiper le départ du gestionnaire qualité en août 2021, un assistant qualité a été recruté le même mois, en reprenant les missions de gestion documentaire. Un tuilage de plusieurs semaines a été assuré, afin de pérenniser le suivi de la gestion documentaire.

L'ingénieure qualité a été présente 2 jours par semaine avant son départ définitif de l'établissement après la certification, afin d'assurer une continuité de la démarche qualité.

Son remplacement a été anticipé et organisé pour une prise d'effet début juillet 2022.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Informations générales

Référence de dossier	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-61004	28 juin, 2022	3.7	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Corinne MARTZ	GRIX-76348	3.7-03	

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les professionnels rencontrés dont les cadres ne sont pas en capacité de nous donner de l'information sur les IQSS de l'établissement et de leur pôle d'activité . Ils ne peuvent pas présenter pour leur secteur d'activité un plan d'action d'amélioration indiquant leur investissement dans une démarche qualité.

Observations établissement:

La Cellule qualité a transmis lors de diverses réunions (COOP trimestrielles, COPIL Qualité) des documents (cartographie du CHR, politique et structuration de la qualité, auto évaluations, bilan des FEI et tableau de bord des EPP) aux cadres de santé pour communiquer autour de la démarche qualité dans leurs unités.

Des ambassadeurs qualité ont été désignés dans chaque unité afin de communiquer sur la démarche qualité aux professionnels de terrain.

Des outils sont en cours de réflexion pour faciliter l'implication des équipes dans les orientations de la politique qualité.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Absence de mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?
? Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Oui Il existe une communication via des réunions d'encadrement (3 par an) et une lettre interne transmettant des informations sur les IQSS

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?
Non Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Non Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

Non Non

Observations établissement:

Des actions sont inscrites dans le PAQGR (Plan d'Actions Qualité Gestion des Risques). Chaque instance suit son plan d'actions, définit à partir des risques identifiés (COVIRIS, CLAN, CLUD, COMEDIMS, etc.) à partir de sa

cartographie des risques.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Les équipes rencontrées lors des entretiens professionnels déclarent ne pas connaître les orientations de la politique qualité et les actions du PAQSS. Ils ne connaissent pas la valeur des indicateurs qualité dont certains sont affichés.

D'une manière générale la communication sur la démarche qualité n'atteint pas les professionnels de terrain. Le contexte de l'établissement est marqué par des difficultés importantes de recrutement y compris pour les postes médicaux.

Par ailleurs, l'équipe qualité est également confronté à des manques de ressources du fait du départ d'un ingénieur qualité et de la vacance de poste de la chargée de la gestion documentaire.

Observations établissement:

Afin d'anticiper le départ du gestionnaire qualité en août 2021, un assistant qualité a été recruté le même mois, en reprenant les missions de gestion documentaire. Un tuilage de plusieurs semaines a été assuré, afin de pérenniser le suivi de la gestion documentaire.

L'ingénieure qualité a été présente 2 jours par semaines avant son départ définitif de l'établissement après la certification, afin d'assurer une continuité de la démarche qualité.

Son remplacement a été anticipé et organisé pour une prise d'effet début juillet 2022.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Informations générales

Référence de dossier	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-60003	28 juin, 2022	1,2	Traceur ciblé
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Roland LE GOFF	GRIX-76353	1.2-02	Prévention des infections associées aux soins

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les adolescents sont hospitalisés régulièrement dans les services adultes.

Observations établissement:

Risque identifié par l'établissement, aggravé notamment dans le contexte de la crise du COVID-19.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs.

Refuser

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Le risque est le défaut de sécurité de la prise en charge (intégrité corporelle)

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

Oui. un suivi quantitatif est réalisé depuis 2020. Une moyenne de 5 situations est constatée ; ces hospitalisations de mineurs pouvant atteindre 24 en mai 2022.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Les causes sont directement liées à l'augmentation des demandes en soins des adolescents et à la saturation de la capacité d'accueil des unités de pédopsychiatrie.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Oui. le tableau de bord de suivi est renseigné.

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

il est convenu que les adolescents soient hospitalisés systématiquement en chambre individuelle a proximité immédiate du poste de soins infirmiers afin de renforcer la surveillance des enfants.

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Un groupe de travail a été constitué en 2022, un diagnostic a été réalisé, une procédure en cours de définition pour le 2ème semestre 2022.

Le soutien a l'équipe soignante est assuré par une équipe mobile de pédopsychiatrie. des actions de formation sont prévues.

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

L'établissement déclare de ne pas avoir enregistré d'évènement indésirable grave associé aux soins.

Observations établissement:

L'ensemble des actions et projets en cours a bien été identifié par les experts-visiteurs. Pas de commentaire supplémentaire sur ce point.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs.

Refuser

[Analyse coordonnateur](#)

Coordonnateur:

Au cours de la visite, il a été constaté l'accueil de 5 adolescents simultanément dans une unité de soins de 20 lits. L'établissement a fait part de ses actions (groupe de travail, équipe mobile et formations) pour maîtriser les risques liées à ces situations.

une communication en CME est prévue en décembre 2022.

Observations établissement:

La Communication prévue en CME aura lieu en septembre 2022.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs.

Refuser

Informations générales

Référence de dossier	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-65005	29 juin, 2022	3.3	Audit système
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Daniel CHICHE	GRIX-76367	3.3-01	Entretien Professionnel

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les professionnels rencontrés (4 professionnels dont 1 cadre) ne connaissaient pas les éléments de la politique qualité, le plan d'actions qualité et les indicateurs.

Ils déclarent ne pas être informés des projets qualité conduits au niveau institutionnel. La participation a un groupe de travail est citée mais celui-ci n'a pas rendu ses conclusions du fait de son arrêt faute de participants. Aucune action concrète du plan d'action n'est citée.

Observations établissement:

La Cellule qualité a transmis lors de diverses réunions (COOP trimestrielles, COPIL Qualité) des documents (cartographie du CHR, politique et structuration de la qualité, auto évaluations, bilan des FEI et tableau de bord des EPP) aux cadres de santé pour communiquer autour de la démarche qualité dans leurs unités.

Des ambassadeurs qualité ont été désignés dans chaque unité afin de communiquer sur la démarche qualité aux professionnels de terrain.

Des outils sont en cours de réflexion pour développer encore davantage l'implication des équipes dans les orientations de la politique qualité.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

La mise en œuvre de la démarche qualité risque de ne pas progresser et les objectifs définis ne pas être atteints.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

L'établissement n'a pas identifié le niveau d'appropriation des enjeux par les équipes.

Des formations à la qualité sont prévues au plan de formation, des affichages sont en place.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Du fait de l'absence d'identification du niveau d'appropriation des équipes, l'établissement n'a pas d'analyse particulière de cette situation.

Au regard du constat, il n'y a pas d'action particulière prévue.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

Il n'y a pas d'évaluation de la culture qualité

Sans objet, du fait de l'absence d'action en place.

Observations établissement:

Les programmes d'audit définis ont permis d'évaluer la culture qualité des professionnels et de les associer au développement des plans d'actions.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

L'équipe qualité s'est mobilisée sur la préparation de la visite de certification.

Ses ressources disponibles ont été réduites suite au départ annoncé d'un ingénieur qualité et d'une vacance de poste de la personne chargée de la gestion documentaire dont la prise de fonction est récente.

Par ailleurs, la directrice des soins a également pris ses fonctions récemment en septembre 2021 et de fait les relais avec l'encadrement de terrain n'ont été rétablis que progressivement.

Enfin, les difficultés de recrutement nationales et l'augmentation de la demande de prise en charge sont des éléments du contexte de l'établissement.

Observations établissement:

Afin d'anticiper le départ du gestionnaire qualité en août 2021, un assistant qualité a été recruté le même mois, en reprenant les missions de gestion documentaire. Un tuitage de plusieurs semaines a été assuré, afin de pérenniser le suivi de la gestion documentaire.

L'ingénieure qualité a été présente 2 jours par semaines avant son départ définitif de l'établissement après la certification, afin d'assurer une continuité de la démarche qualité.

Son remplacement a été anticipé et organisé pour une prise d'effet début juillet 2022.

La communication hebdomadaire a été réalisée entre la directrice des soins et les Cadres Supérieurs de Santé et depuis janvier 2022, systématiquement la démarche qualité est à l'ordre du jour des réunions de façon pragmatique et opérationnelle afin que la communication descendante arrive auprès des unités.

Par ailleurs, tous les cadres de proximité ont été rencontrés par la directrice des soins régulièrement et à chaque réunion, des points de vigilance sur la démarche qualité étaient abordés, avec la présence de l'ingénieur qualité.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Informations générales

Référence de dossier	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-63003	29 juin, 2022	3.3	Audit système
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Corinne MARTZ	GRIX-76370	3.3-01	Entretien Professionnel

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les actions du programme qualité ne sont pas connues des professionnels, Ces derniers sont en difficultés pour nommer les actions du plan d'action, réalisé au sein de l'établissement, qui n'est pas décliné au niveau du secteur d'activité.

Observations établissement:

La démarche qualité institutionnelle a fait l'objet de nombreuses publications et réunions. Les agents et l'encadrement ont participé à des patients /parcours traceurs ce qui a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration et des points de vigilance mais aussi la qualité du travail effectué par les équipes pluri professionnelles

L'encadrement a été porteur de tous les outils et méthodes auprès des équipes.

Une communication large sur les notions, les outils et les méthodes de la qualité a été faite dans l'actu du Rouvray et sur le site intranet.

Cette communication a également été largement relayée auprès des instances (CTE, réunion de cadres, CSIRMT, CDU, Copil qualité...) des groupes de travail, des ambassadeurs qualité, les référents qualité. Chaque référent a été doté des outils et informations nécessaires à sa mission.

Des réunions ont été organisées, tant en intra qu'en extra, animées par l'encadrement supérieur à destination de l'encadrement de proximité. La notion de démarche qualité, d'amélioration, les axes prioritaires ont été abordés, travaillés collectivement

De nombreux documents autour de la démarche qualité ont été construits collectivement, partagés et diffusés autour de la démarche qualité : cartographie du CHR, politique et structuration de la qualité, auto évaluations, bilan des FEI et tableau de bord des EPP) aux cadres de santé pour communiquer autour de la démarche qualité dans leurs unités.

Des ambassadeurs qualité ont été désignés dans chaque unité afin de communiquer sur la démarche qualité aux professionnels de terrain.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Objectifs d'amélioration non partagés avec un risque d'absence d'appropriation, par l'ensemble des professionnels, d'une culture de prévention des risques et d'amélioration de la qualité des soins.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

Oui

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Des réunions trimestrielles , la CSIRMT, la CME informent une partie des professionnels des démarches engagées au sein de l'établissement

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Impliquer l'ensemble des professionnels dans des

actions d'amélioration de la qualité

Décliner des plans d'actions au niveau des pôles
d'activités

Hiérarchiser les actions du PAQSS, définir les
priorités

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement
réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Non

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la
fréquence et/ou la gravité du risque

Non

Observations établissement:

Des actions sont inscrites dans le plan d'amélioration de la qualité, avec des échéances et des pilotes identifiés.

L'ensemble de ces plans d'actions est suivi lors de chaque instance (CME, CSIRMT, COMEDIMS, etc.).

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Les notions, les outils et les méthodes ne sont pas connus des professionnels rencontrés.

Il a été constaté par l'ensemble des experts-visiteurs une méconnaissance de la part des agents de la démarche qualité institutionnelle.

L'équipe qualité s'est mobilisée sur la préparation de la démarche certification. Elle a été confronté à des difficultés liées à des manques de ressources relatives à des postes vacants et à des départs.

Le contexte de la préparation est également marqué par les difficultés de recrutement médicaux et non médicaux constatées au niveau national.

Observations établissement:

La démarche qualité institutionnelle a fait l'objet de nombreuses publications et réunions. Les agents et l'encadrement ont participé à des patients /parcours traceurs ce qui a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration et des points de vigilance mais aussi la qualité du travail effectué par les équipes pluri professionnelles

L'encadrement a été porteur de tous les outils et méthodes auprès des équipes.

Une communication large sur les notions, les outils et les méthodes de la qualité a été faite dans l'actu du Rouvray et sur le site intranet.

Cette communication a également été largement relayée auprès des instances (CTE, réunion de cadres, CSIRMT, CDU, Copil qualité...) des groupes de travail, des ambassadeurs qualité, les référents qualité. Chaque référent a été doté des outils et informations nécessaires à sa mission.

Des réunions ont été organisées, tant en intra qu'en extra, animées par l'encadrement supérieur à destination de l'encadrement de proximité. La notion de démarche qualité, d'amélioration, les axes prioritaires ont été abordés, travaillés collectivement

De nombreux documents autour de la démarche qualité ont été construits collectivement, partagés et diffusés autour de la démarche qualité : cartographie du CHR, politique et structuration de la qualité, auto évaluations, bilan des FEI et tableau de bord des EPP) aux cadres de santé pour communiquer autour de la démarche qualité dans leurs unités.

Des ambassadeurs qualité ont été désignés dans chaque unité afin de communiquer sur la démarche qualité aux professionnels de terrain.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Informations générales

Référence de dossier	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-59008	28 juin, 2022	3.3	Audit système
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Daniel CHICHE	GRIX-76374	3.3-01	Entretien Professionnel

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les professionnels rencontrés (6 professionnels dont 1 cadre) ne connaissaient pas les éléments de la politique qualité, le plan d'actions qualité et les indicateurs.

Ils déclarent ne pas être informés des projets qualité conduits au niveau institutionnel et ne participent pas à des groupes particuliers. Aucune action concrète du plan d'action n'est citée.

Observations établissement:

La démarche qualité institutionnelle a fait l'objet de nombreuses publications et réunions. Les agents et l'encadrement ont participé à des patients /parcours traceurs ce qui a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration et des points de vigilance mais aussi la qualité du travail effectué par les équipes pluri professionnelles

L'encadrement a été porteur de tous les outils et méthodes auprès des équipes.

Une communication large sur les notions, les outils et les méthodes de la qualité a été faite dans l'actu du Rouvray et sur le site intranet.

Cette communication a également été largement relayée auprès des instances (CTE, réunion de cadres, CSIRMT, CDU, Copil qualité...) des groupes de travail, des ambassadeurs qualité, les référents qualité. Chaque référent a été doté des outils et informations nécessaires à sa mission.

Des réunions ont été organisées, tant en intra qu'en extra, animées par l'encadrement supérieur à destination de l'encadrement de proximité. La notion de démarche qualité, d'amélioration, les axes prioritaires ont été abordés, travaillés collectivement

De nombreux documents autour de la démarche qualité ont été construits collectivement, partagés et diffusés autour de la démarche qualité : cartographie du CHR, politique et structuration de la qualité, auto évaluations, bilan des FEI et tableau de bord des EPP) aux cadres de santé pour communiquer autour de la démarche qualité dans leurs unités.

Des ambassadeurs qualité ont été désignés dans chaque unité afin de communiquer sur la démarche qualité aux professionnels de terrain.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

La mise en œuvre de la démarche qualité risque de ne pas progresser et les objectifs définis ne pas être atteints.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

L'établissement n'a pas identifié le niveau d'appropriation des enjeux par les équipes.

Des formations à la qualité sont prévues au plan de formation, des affichages sont en place.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Du fait de l'absence d'identification du niveau

d'appropriation des équipes, l'établissement n'a pas prévue.
d'analyse particulière de cette situation.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?
Il n'y a pas d'évaluation de la culture qualité

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque
Sans objet, du fait de l'absence d'action en place.

Observations établissement:

Les programmes d'audit définis ont permis d'évaluer la culture qualité des professionnels et de les associer au développement des plans d'actions.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

L'équipe qualité s'est mobilisée sur la préparation de la visite de certification.

Ses ressources disponibles ont été réduites suite au départ annoncé d'un ingénieur qualité et d'une vacance de poste de la personne chargée de la gestion documentaire dont la prise de fonction est récente.

Par ailleurs, la directrice des soins a également pris ses fonctions récemment en septembre 2021 et de fait les relais avec l'encadrement de terrain n'ont été rétablis que progressivement.

Enfin, les difficultés de recrutement nationales et l'augmentation de la demande de prise en charge sont des éléments du contexte de l'établissement.

Observations établissement:

Afin d'anticiper le départ du gestionnaire qualité en août 2021, un assistant qualité a été recruté le même mois, en reprenant les missions de gestion documentaire. Un tuilage de plusieurs semaines a été assuré, afin de pérenniser le suivi de la gestion documentaire.

L'ingénieur qualité a été présente 2 jours par semaines avant son départ définitif de l'établissement après la certification, afin d'assurer une continuité de la démarche qualité.

Son remplacement a été anticipé et organisé pour une prise d'effet début juillet 2022.

La communication hebdomadaire a été réalisée entre la directrice des soins et les Cadres Supérieurs de Santé et depuis janvier 2022, systématiquement la démarche qualité est à l'ordre du jour des réunions de façon pragmatique et opérationnelle afin que la communication descendante arrive auprès des unités.

Par ailleurs, tous les cadres de proximité ont été rencontrés par la directrice des soins régulièrement et à chaque réunion, des points de vigilance sur la démarche qualité étaient abordés, avec la présence de l'ingénieur qualité.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas les constats des experts visiteurs. Malgré les actions entreprises, la méconnaissance des équipes restent le point à améliorer.

Refuser

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

