



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE L'AUSTREBERTHE**

17 rue pierre et marie curie

Bp 97

76360 Barentin



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 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.	14
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	15
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	16
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	17
Chapitre 2 : Les équipes de soins	18
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	20
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	21
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	22
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	24
Chapitre 3 : L'établissement	25
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	27
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	28
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	29
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	30
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	31
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	32
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	33
Table des Annexes	34
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	35
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	36
Annexe 3. Programme de visite	40
Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins	43

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 DE L'AUSTREBERTHE	
Adresse	17 rue pierre et marie curie Bp 97 76360 Barentin FRANCE
Département / Région	Seine-Maritime / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	760780213	CENTRE HOSPITALIER DE BARENTIN	17 rue pierre et marie curie Bp 97 76360 Barentin FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

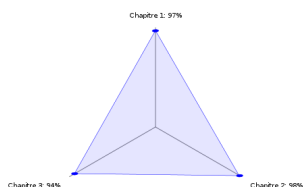
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

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

Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

96.20%

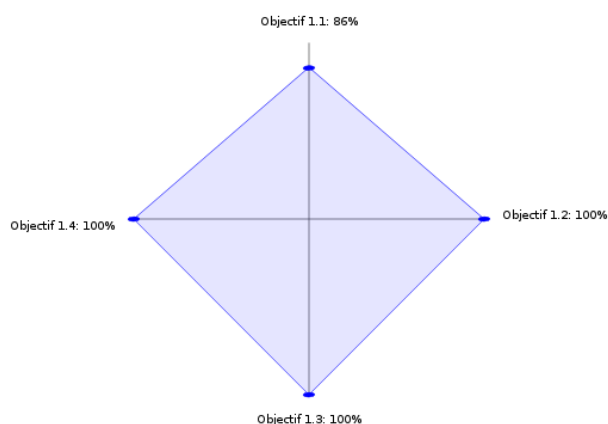
Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

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	100%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	67%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
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	100%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	80%
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	67%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	100%

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	50%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	17%
	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail	

3.4-02	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
97%
du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	86%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé et son implication dans sa prise en charge est recherchée. Les rencontres avec les patients ont montré leur implication dans leur prise en charge. Ils reçoivent des informations claires sur leur état de santé et sur les soins envisagés, ce qui leur permet d'exprimer un consentement libre et éclairé sur leur projet de soins établi et suivi en pluridisciplinarité. Dans tous les services la charte de la personne hospitalisée, une charte de bientraitance, des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique et la prévention primaire, sont affichés. Les patients sont invités à désigner une personne de confiance. L'établissement a mis en place un affichage sur les directives anticipées, mais les patients ne sont pas directement informés, les patients rencontrés n'en connaissent pas la signification. Le patient est respecté. Les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité et de la dignité des patients, La confidentialité des données des patients est respectée.. Les accès au dossier patient informatisé sont sécurisés par identifiants personnalisés et mots de passe. Les aptitudes et capacités des patients âgés ou vivant avec un handicap font l'objet d'une évaluation systématique, et les mesures permettant le maintien de leur autonomie sont mises en place, en particulier en USLD qui est un véritable lieu de vie. Les professionnels utilisent la contention mécanique en dernier recours, celle-ci fait l'objet d'une décision médicale argumentée et réévaluée. avec une information des patients ou de leur entourage,. . La prise en charge de la douleur, que ce soit pour l'anticiper ou la soulager rapidement est soulignée par les patients et sa traçabilité est retrouvée dans les dossiers. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Les projets d'admission comme de sortie sont envisagés au plus tôt suite à la demande sur le logiciel Trajectoire en envisageant les problématiques sociales et la difficulté d'un retour à domicile. Malgré un affichage en différents endroits de l'établissement et une information présente dans le livret d'accueil, les patients rencontrés ne connaissaient pas l'existence des représentants des usagers. Ceux-ci sont pourtant impliqués dans des actions qualité/sécurité des soins, par exemple dans la tenue de stands lors de la semaine sécurité des patients.

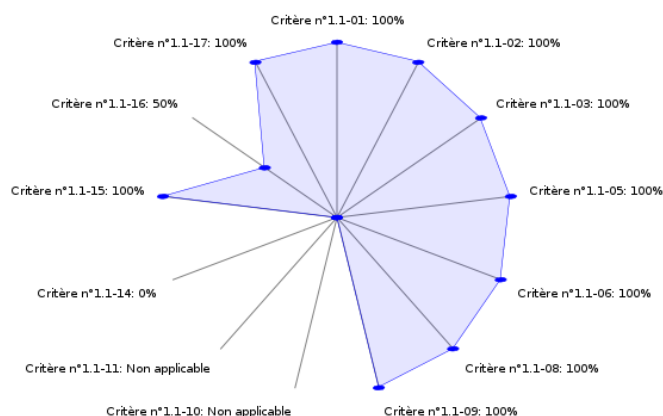
Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

RAS

Réponse de la HAS

Accepter

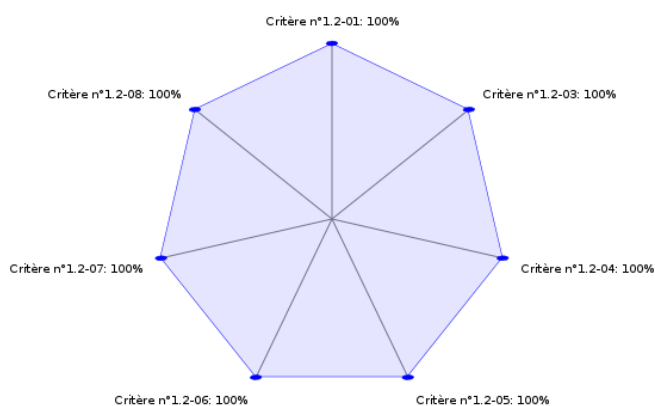
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.



Score de l'objectif
86%

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	100%
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	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	100%
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	Non Applicable
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	Non Applicable
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	0%
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	50%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	100%

Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de l'objectif
100%

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	100%
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	100%
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	100%

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%



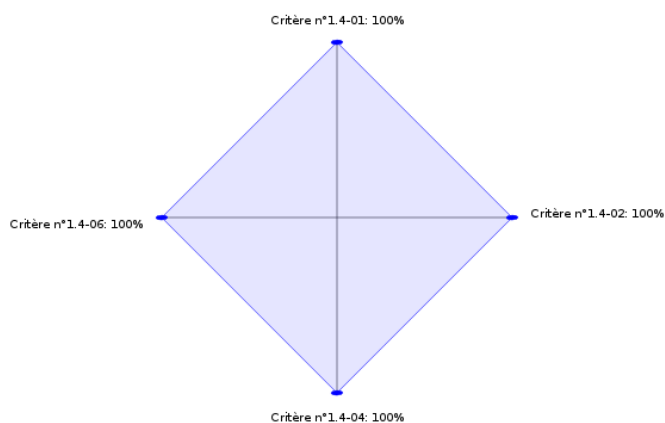
Critère n°1.3-03: 100%

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%

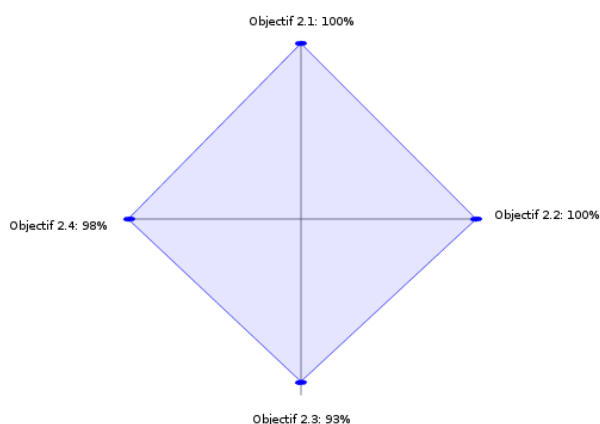
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge



Score de l'objectif
100%

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%
1.4-04	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
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

98%

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	98%

Prise en charge pluridisciplinaire La pertinence des admissions, des prises en charge, des actes et des prescriptions est argumentée. Les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques. Les décisions sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse et staffs pluridisciplinaires. Les prescriptions des traitements antibiotiques répondent à des justifications tracées dans le dossier informatisé du patient, les réévaluations entre la 24^e et la 72^e heures de leur pertinence est systématique. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont intégrés dans le dossier du patient et partagés en temps utile par tous les professionnels impliqués par la prise en charge du patient. Les « objectifs de soins » sont construits en pluridisciplinarité en tenant compte des besoins du patient. Lors de l'admission un courrier est adressé au médecin traitant pour l'informer de l'hospitalisation de son patient et lui donner toutes les coordonnées utiles. La lettre de liaison est conforme à la réglementation et est systématiquement remise au patient au jour de la sortie.

La maîtrise des risques Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification des patients qui sont tous porteurs d'un bracelet d'identification, et l'ensemble des documents du dossier papier sont identifiés. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires. Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées. La prescription des médicaments est conforme à la réglementation. L'analyse pharmaceutique est exhaustive, la conciliation médicamenteuse n'est pas débutée mais les patients concernés ont été définis en CME. La dispensation est hebdomadaire individuelle et nominative. Le patient est informé des médicaments qu'il prend, les médicaments sont identifiables jusqu'à leur administration. La traçabilité de l'administration des médicaments est effective, de même que leur non administration. La liste des médicaments à risque est connue des professionnels, mais lors de l'audit ils n'étaient pas identifiés comme tels jusqu'à l'administration, ce qui a été immédiatement corrigé par la pharmacienne comme les experts visiteurs ont pu le constater. Un audit sur les médicaments injectables et un audit sur le niveau de connaissance concernant les médicaments à risque ont été effectués en

mars 2022. Evaluation de leurs pratiques par les équipes Les équipes sont particulièrement impliquées dans la prise en charge des patients et intéressées par la qualité des résultats obtenus. Pour cela elles sont mobilisées sur la mise en place d'actions d'amélioration à partir de l'analyse en équipe des résultats cliniques, de la satisfaction patient, des indicateurs et des événements indésirables associés aux soins , notamment lors de réunions de service et en particulier lors des « stand up meeting ». La culture sécurité des soins des professionnels est évaluée, en particulier par l'intermédiaire d'un « jeu de l'oie » créé par l'établissement

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

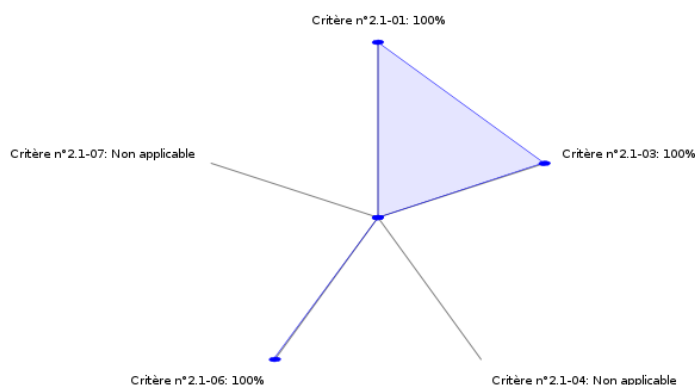
A lecture de la dernière phrase du 1er chapitre concernant la prise en charge pluridisciplinaire, il semblerait qu'il y ait une faute de frappe : " La lettre de liaison est conforme à la réglementation et (au lieu de mais) est systématiquement remise au patient au jour de la sortie."

Concernant le circuit du médicament à risque, il a été noté un manque de visibilité en fin de chaîne. Cet élément est une limite de notre nouveau DPI « OSIRIS » validé par la HAS. Dans notre ancien DPI, le médicament pouvait être étiqueté « à risque » et visible dans le plan de soins. Ceci n'est pas réalisable sur « OSIRIS ». Les demandes d'évolution n'ont pour le moment pas abouti. Les membres du GHT Rouen Coeur de Seine saisiront l'éditeur afin de valider les modifications.

Réponse de la HAS

Accepter partiellement

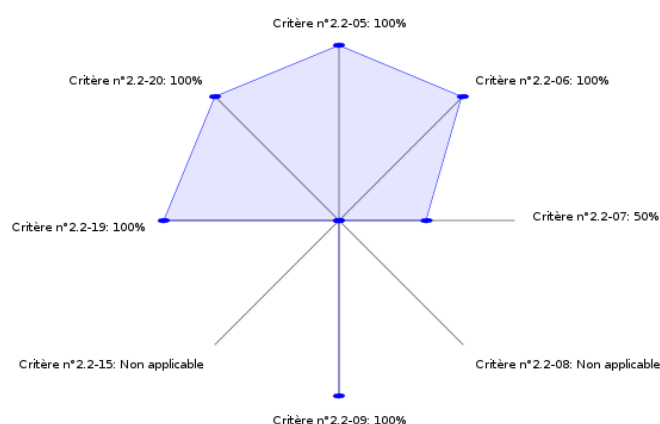
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de l'objectif
100%

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-03	La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée 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
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée	Non Applicable

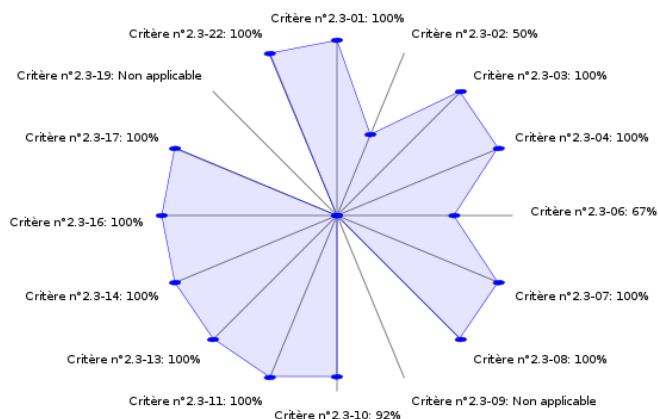
Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge



Score de l'objectif
100%

Critères		
2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués	100%
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	50%
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	Non Applicable
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	Non Applicable
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	100%

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

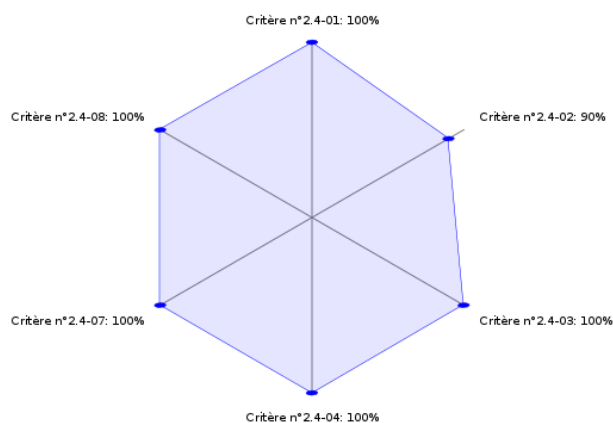


Score de l'objectif
93%

Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	50%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	100%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	67%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	100%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	100%
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	92%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	100%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	100%
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	100%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	Non Applicable
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

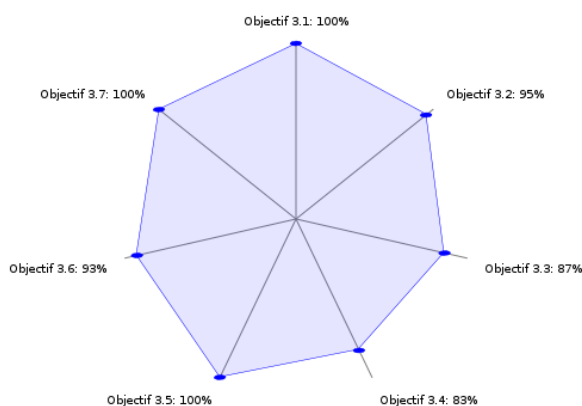


Score de l'objectif

98%

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	100%
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	90%
2.4-03	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs	100%
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
94%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	87%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement dans son territoire L'établissement participe aux parcours du territoire afin d'être au plus près des besoins de la population. Il existe des échanges avec les professionnels libéraux et les partenaires, un travail sur l'évitement du passage aux urgences est réalisé. Un projet de CPTS est en cours. Les professionnels participent aux commissions pluridisciplinaires de territoire. Le CLIC est situé dans l'établissement, le travail avec le MAIA est effectif. Le projet architectural est en lien avec les réflexions au niveau du GHT sur les évolutions du SSR. L'IQSS sur la lettre de liaison bien que satisfaisant est suivi. L'accès aux professionnels du CH par les correspondants externes est aisé. Les médecins disposent d'une messagerie sécurisée. La télémédecine est mise en place pour les consultations de dermato et psychiatrie. Des consultations avancées de gynécologie sont réalisées. Il n'y a pas de recherche clinique en cours cependant l'établissement soutient les projets de professionnels : un doctorat de recherche en médicosocial, un projet de participation à une filière « fracture » initiée par le CHU est en cours. Une IDE est en concours IPA et un cadre de santé est en cours de master 2. L'engagement des patients E-satis est non applicable, cependant l'expérience patient est recueillie dans les questionnaires de satisfaction et au travers des patients traceurs qui sont réalisés. Des actions d'amélioration en sont dégagées. Des enquêtes annuelles sont organisées en USLD. Des insatisfactions/ressentis patient sont signalés par fiche d'évènement indésirable. L'expérience patient est valorisée dans les communications institutionnelles (ex : la lettre du CHA) . Lors de dommage lié aux soins l'Information du patient est réalisée Des formations sont organisées sur la communication avec le patient. Le prochain sujet du comité éthique est « la

relation soignant-patient-famille-résident ». La promotion de la bientraitance est un sujet porté par le PCME et la direction des soins. Un groupe travaille sur la charte de bientraitance. La sensibilisation à la maltraitance ordinaire est réalisée. Les modalités de signalement d'actes de maltraitance sont connues. Leadership, travail en équipe, qualité de vie au travail Le déploiement de la culture qualité est intégrée dans toutes les dimensions de la stratégie de l'établissement.. Le centre hospitalier assure une adéquation entre les ressources humaines et la qualité sécurité des soins. Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe, notamment au travers de la synchronisation des temps médicaux et para médicaux. Les compétences des professionnels sont régulièrement évaluées en lien avec les types de prise en charge de l'établissement, ce qui permet de définir un plan de formation et de développement professionnel continu. L'établissement facilite la promotion professionnelle, avec par exemple des aides soignantes qui partent en formation d'infirmières. Deux infirmières coordonnatrices sont en parcours de cadres de santé. Les managers ne bénéficient pas d'action de coaching dans leur fonction d'encadrement. Les grandes orientations de la Qualité de Vie au Travail (QVT) sont définies dans un groupe pluriprofessionnel incluant des représentants du personnel. Des enquêtes de satisfaction des professionnels ont été réalisées en 2018 et 2020 et une est actuellement en cours au moment de la visite. Une opération « partage ma journée » a eu lieu en 20218 et est reconduite en 2022 (20 expériences, 40 professionnels concernés. Réponse opérationnelle aux risques Les modalités des vigilances sont définies, mais peu connues par les professionnels rencontrés. Le plan blanc est formalisé, il tient compte de l'analyse de la période COVID, la cellule de crise est opérationnelle. Un exercice est prévu avec les pompiers la semaine suivante de la visite et un exercice sur le risque inondation est en cours de formalisation avec les autres établissements. Le développement durable est pris en compte, c'est un axe du manuel qualité version 2021. Un référent est désigné. Le plan de sécurisation est formalisé, c'est un axe de travail de l'établissement Il n'existe pas de numéro unique dédié à l'urgence vitale. Les chariots d'urgence sont disponibles et contrôlés, les formations AFGSU sont organisées, une urgence réelle a fait ensuite l'objet d'un retour d'expérience.

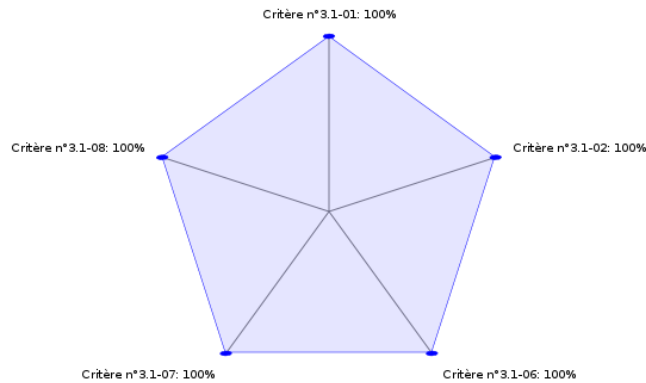
Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Concernant le numéro unique d'urgence, il a effectivement tout son sens lors de la présence médicale sur l'établissement. Mais au vu de la discontinuité de cette présence sur notre établissement (soir et weekend), mettre en place ce numéro sur l'astreinte semble compliqué et surtout, est risque de confusion. En l'absence de médecin sur site, le recours médical le plus rapide, en cas d'urgence vitale, est le 15, numéro bien connu. Tout manque de visibilité sur l'organisation pourrait induire une perte de chance.

Réponse de la HAS

Refuser

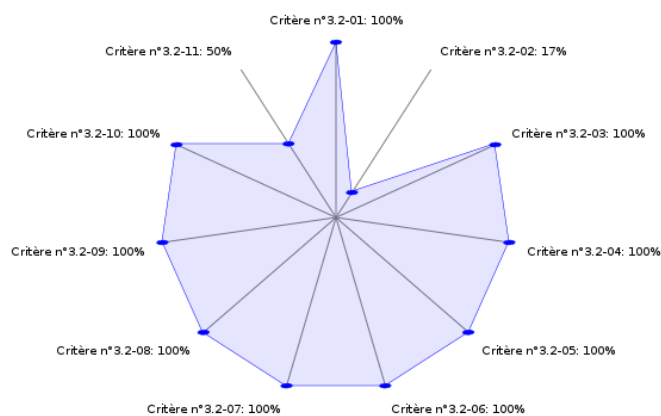
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire



Score de l'objectif
100%

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	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	100%
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

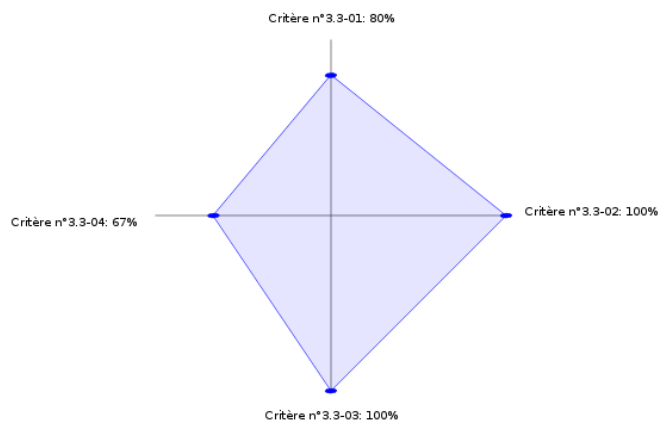


Score de l'objectif

95%

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	100%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	17%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	100%
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	100%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	100%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
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	50%

Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership

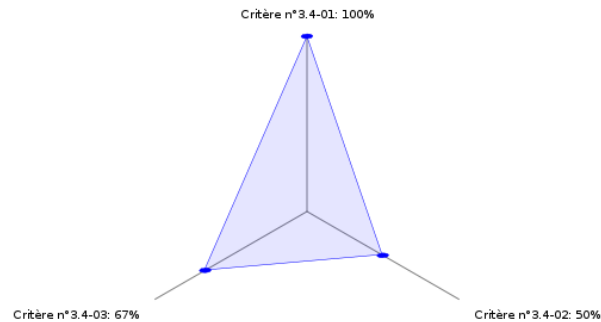


Score de
l'objectif

87%

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	80%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	100%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	67%

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



Score de
l'objectif

83%

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	100%
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: 100%

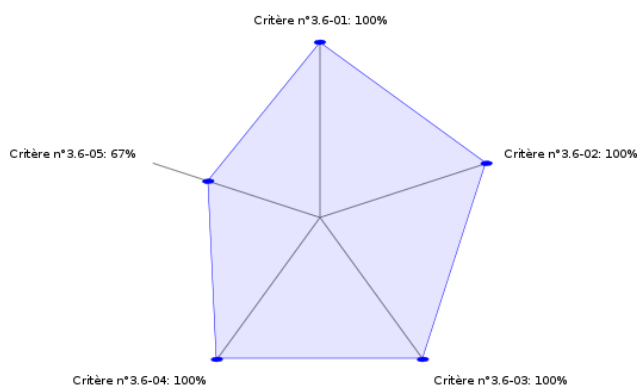


Critère n°3.5-02: 100%

Score de l'objectif
100%

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
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

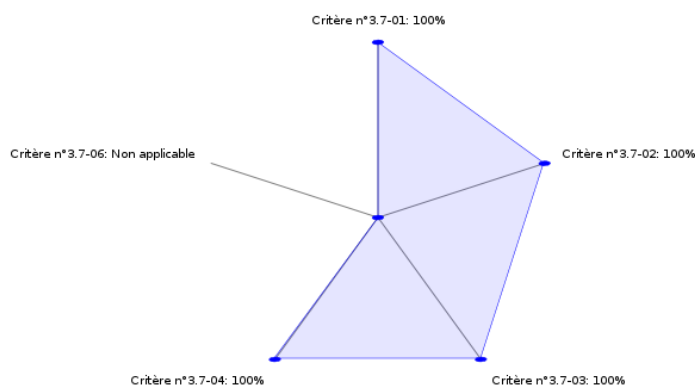


Score de l'objectif

93%

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	100%
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	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	67%

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



Score de l'objectif
100%

Critères		
3.7-01	L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques	100%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	100%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	100%
3.7-04	Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	100%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	Non Applicable

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	760780213	CENTRE HOSPITALIER DE BARENTIN	17 rue pierre et marie curie Bp 97 76360 Barentin FRANCE
Établissement principal	760000133	CENTRE HOSPITALIER PASTEUR VALLERY RADOT	17 rue pierre et marie curie Bp 97 76360 Barentin FRANCE
Établissement géographique	760033803	USLD CH BARENTIN	Les campeaux 76360 BARENTIN 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	50
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	39
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
2	Audit système	QVT & Travail en équipe		
3	Audit système	Leadership		
4	Audit système	Représentants des usagers		
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
7	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
9	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG
10	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	

11	Audit système	Maitrise des risques		
12	Audit système	Coordination territoriale		
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de longue durée Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Audit système	Dynamique d'amélioration		
15	Audit système	Engagement patient		
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
21	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé	

22			Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	

Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA_SSR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER PASTEUR VALLERY RADOT	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=96 Intervalle de confiance=89-99 Evolution=NA)

Projet de soins, projet de vie en SSR (DPA_SSR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER PASTEUR VALLERY RADOT	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=93 Intervalle de confiance=90-95 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA_SSR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER PASTEUR VALLERY RADOT	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=85 Intervalle de confiance=82-88 Evolution=NA)

Consommation de produits hydro-alcooliques version 3 (Bilan_IAS)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER PASTEUR VALLERY RADOT	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=70)

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

