



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DÉPARTEMENTAL DE
SAINT LAURENT DU
PONT**

280 chemin des martins
38380 Saint Laurent Du Pont



Validé par la HAS en Février 2023

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	22
Annexe 3. Programme de visite	26

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL DE SAINT LAURENT DU PONT	
Adresse	280 chemin des martins 38380 Saint Laurent Du Pont FRANCE
Département / Région	Isère / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	380780213	HOPITAL DE SAINT-LAURENT-DU-PONT	280 chemin des martins Bp 11 38380 Saint-Laurent-Du-Pont FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

Champs d'applicabilité

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

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

Chapitre 1 : Le patient

Les patients confirment la bonne compréhension des informations transmises tout au long de leur séjour. Les informations données par les professionnels aux patients concernent leur état de santé, leur projet de soins, les thérapeutiques, leur sortie ... Les patients et/ou leurs proches sont associés à la réflexion bénéfique risqué à leur arrivée lors de leur prise en charge par l'équipe médico – soignante. Les informations sur la prévention primaire sont réalisées au travers d'affichages à l'accueil de l'établissement et dans les services. Elles concernent la vaccination contre la grippe, les dépistages du cancer, la maltraitance... Les patients bénéficient également d'informations orales au-delà de l'affichage comme par exemple pour la prévention des chutes, la prévention de la douleur, la prévention de la dénutrition. Le livret d'accueil est remis aux patients dès leur arrivée et intègre toutes les informations concernant leur séjour et les différentes modalités de recours aux représentants des usagers, les résultats des indicateurs qualité, le questionnaire de sortie... Des affiches sur le livret d'accueil, les directives anticipées, la personne de confiance sont présentes dans chaque chambre des patients. Néanmoins, les échanges avec les patients ont montré qu'il n'ont pas connaissance du recours possible aux représentants des usagers, ils ne connaissent pas les modalités pour porter une réclamation ou pour réaliser une déclaration d'évènement indésirable. Ils expliquent qu'ils en font part auprès du médecin. Les professionnels sont attentifs à répondre aux besoins des patients de façon adaptée à leur état de santé et sont impliqués dans leur prise en charge. L'expression du patient et ou de sa famille sur son consentement libre et éclairé est assurée à l'entrée du patient et tout au long de sa prise en charge et tracé. En USLD, la psychologue réalise une rencontre avec la famille ou le patient avant son admission pour identifier ses préférences et ses besoins qui sont pris en compte pour l'élaboration du projet de vie et une évaluation est réalisée au bout de 3 mois après son entrée pour le réajustement. En SSR, un protocole d'entrée formalisé est réalisé à l'entrée du patient en équipe pluri professionnelle : médecin, équipe paramédicale, rééducateurs, diététicienne, neuropsychologue, psychologue pour définir le projet de soins. Le projet de soins est co-construit avec l'ensemble des professionnels du service. La réflexion bénéfique risqué concernant l'autonomisation des patients est réalisée pour la recherche de la dépendance iatrogénique. Le recueil de la personne de confiance est assuré et tracé dans tous les dossiers. L'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées est expliquée au patient et ses proches par le médecin à son arrivée ou pendant le séjour si son état de santé se dégrade. L'expression du patient sur sa fin de vie est prise en compte et facilitée par la présence de la psychologue qui aborde ce sujet lors de ses entretiens de soutien. L'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Voiron est aussi sollicitée pour aider le patient et les équipes dans la prise en charge. En SSR et Médecine, les patients sont invités à exprimer leur satisfaction au travers des questionnaires de sortie et pour l'ensemble de l'établissement lors des enquêtes de satisfaction menées avec les représentants des usagers. Une enquête a eu lieu en mai 2022. En SSR et en médecine malgré de nombreuses chambres à 2 lits les professionnels adaptent leurs pratiques afin de garantir au mieux l'intimité et la dignité des patient par l'utilisation de rideaux d'intimité, l'adaptation des soins et l'utilisation de bureaux individuels en cas de besoin. Cependant les patients ont exprimé que malgré les rideaux d'intimité, la confidentialité des informations n'est pas garantie car ils entendent les informations qui sont données au voisin de chambre. De plus la salle d'eau étant à l'entrée de la chambre le patient placé derrière le rideau doit passer devant le voisin pour s'y rendre et quelque fois pendant les soins. Un projet architectural a été formalisé dans le Projet d'établissement et l'ARS est informé. pour moderniser le bâtiment qui accueille les patients du SSR et de médecine avec la mise en place de chambres seules afin d'assurer l'intimité et la confidentialité pour tous les patients. L'USLD est composée de chambres seules uniquement ce qui permet de garantir l'intimité des patients. Néanmoins, les pratiques de certains professionnels ne respectent pas la dignité des patients. Les 2 patients rencontrés sur 2 étages différents ont tous les deux fait part du fait que les

professionnels soignants n'étaient pas dans une démarche d'écoute et de soins respectueux de leur dignité : gestes brusques pendant la toilette, et certains professionnels ne sont pas forcément « gentils ». Certains professionnels entrent dans la chambre sans frapper à la porte, cela a été constaté lors de la présence de l'expert visiteur. En SSR la contention est systématiquement prescrite, argumentée, l'information du patient et / ou de son entourage est assurée. Les besoins des patients concernant une demande de contention pour se sentir en sécurité (barrières de lits) sont pris en compte et une réponse adaptée est validée après une analyse de la situation par l'ensemble de l'équipe. En USLD, la mise en place des contentions est prescrite et argumentée. Cependant, les contentions pelviennes au fauteuil de longue durée pour les patients à risque de chute, ne sont pas réévaluées. Des actions ont été mises en place pendant la visite : Le médecin de l'USLD, au 3ème jour, a expliqué qu'elle avait tracé dans les dossiers la réévaluation des contentions, cependant, il manque la concertation entre les membres de l'équipe sur la pertinence du maintien de ces contentions. Les professionnels sont vigilants au maintien de l'autonomie notamment en SSR dans une perspective de retour au domicile. L'évaluation de l'autonomie et du handicap est régulière et permet de mettre en place des aides techniques et humaines. Des rails de mobilisation sont présents dans toutes les chambres de l'établissement. Des dispositions spécifiques sont prises pour les différents handicaps : téléphone à grosses touches, horloge à gros chiffres dans toutes les chambres pour les personnes malvoyantes, ardoise, pictogrammes, verres « anti-fausse routes », couverts ergonomiques, placement des effets personnels du côté valide pour les patients hémiplésiques. En USLD, des activités correspondant aux besoins et attentes des résidents leur sont proposées afin de maintenir leur autonomie et le lien social. Elles sont adaptées à leurs goûts et possibilités : lecture, participation aux activités de jeux de société et ce malgré la dépendance physique. Les patients bénéficient par tous les professionnels, d'une évaluation de la douleur visant à l'anticiper et à la soulager au mieux et au plus vite. Les mesures sont répétées et menées avec des échelles adaptées. Dans l'ensemble de l'établissement, l'implication du patient et de ses proches, la covalidation du projet de soins et de vie sont recherchées tout au long de son séjour. En SSR, Les patients sont intégrés dans leur processus de reprise d'autonomisation. Des photos des différentes installations des patients sont affichées dans les chambres des patients par l'équipe de rééducateurs et l'ergothérapeute. Des fiches techniques « mode d'emploi » sont données aux patients et à leurs familles pour les aider dans l'utilisation des matériels. Dès la sélection des futurs patients lors des commissions d'admission, l'équipe des rééducateurs identifie les différentes aides techniques et humaines dont aura besoin le patient. A son arrivée dans le service, une première analyse est réalisée avec le patient ainsi que le lendemain afin de mettre en place le projet de soins et de rééducation. Les proches et aidants sont associés aux prises en charge des patients. Ils ont la possibilité d'accompagner le patient par des adaptations des horaires de visite, la possibilité de rester dans la chambre et sont intégrés aux décisions de prise en charge avec les professionnels. A l'arrivée du patient, le recueil de ses habitudes de vie et de ses conditions de vie sont recensées avec le patient et sa famille par l'équipe médico-soignante. Elles sont prises en compte pour l'élaboration de son projet de soins et de vie. En SSR, un bilan est réalisé dès son arrivée et les objectifs de soins sont tracés dans le dossier. En USLD, une rencontre avec la famille ou le patient est organisée avant son admission pour une prise de connaissance des lieux d'hébergement et réaliser un premier bilan des attentes, besoins et préférences du patient. En SSR les conditions de vie sont prises en compte pour la préparation de la sortie. L'ergothérapeute peut intervenir au domicile pour réaliser une évaluation des matériels nécessaires et la faisabilité pour le retour au domicile. Elle réalise une évaluation à mi séjour avec le patient et ou la famille en fonction de son évolution. Une fiche de synthèse des préconisations et aides techniques pour le domicile est remise à la famille. L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions avec le matériel nécessaire sont prévus pendant le séjour. Un point médicosocial est réalisé chaque semaine pour préparer la sortie du patient. Le suivi au domicile est assuré en concertation avec les médecins de ville.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour l'ensemble des prises en charge. Les décisions thérapeutiques sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires en place dans tous les secteurs. La pertinence des décisions de prise en charge est évaluée et argumentée en équipe chaque semaine lors des réunions pluridisciplinaires. Des réunions pluri professionnelles hebdomadaires réunissant médecin, pharmacien, équipe paramédicale, kiné, ergo, cadre, APA, sont menées afin de faire le point sur le projet de soins et le réajuster en fonction des besoins, attentes et remarques du patient. La pertinence du maintien des séjours en SSR est évaluée lors de ces réunions hebdomadaires. Le transfert du patient du SSR vers une prise en charge de médecine est argumenté lors des staffs pluridisciplinaire et le projet de soins est concerté avec des avis spécialisés et le patient. Le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) est réfléchi dès l'arrivée du patient. Les prescriptions de l'HAD sont discutées en réunion pluri professionnelle et anticipées. Un travail est mené en collaboration avec l'HAD avec un suivi des patients après leur retour à domicile. En USLD un bilan médical gériatrique est réalisé. Des réunions pluri professionnelles sont menées pour l'ajustement du projet de vie des résidents. Toutes les prescriptions d'antibiotiques sont réalisées via le dossier patient informatisé (DPI). Le motif, la justification et la durée de la prescription sont tracés dans le dossier patient. Des supports d'aide à la prescription sont disponibles sur le DPI. Par ailleurs, une convention avec le CHU de Grenoble (CHUGA) est signée et permet aux médecins d'avoir la possibilité de contacter un infectiologue du CHUGA 24h sur 24 et 7 j sur 7. Un médecin infectiologue du CHUGA intervient tous les 15 jours sur l'établissement afin d'aider à la prescription, donner des avis et former les prescripteurs. Tout nouveau prescripteur nommé dans l'établissement est concerné par la démarche de formation des nouveaux arrivants. La prescription est réévaluée dans les 48 heures, un message informatique dans le dossier du patient alerte le médecin de cette réévaluation. Le Comité Anti Infectieux (CAI) se réunit 1 fois par an et regroupe les pharmaciens, les médecins et le biologiste et l'infectiologue. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée et la pertinence des prescriptions de produits sanguins labiles est réfléchi en équipe et argumentée. Un audit dossiers sur l'analyse de la pertinence des prescriptions de culots globulaire a été réalisé en octobre 2022. Les infirmières sont formées aux risques post transfusionnels. Une fiche réflexe est formalisée sur les bonnes pratiques de transfusion. La coordination pluri professionnelle des équipes est effective dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins des patients. La mise en place de réunions pluridisciplinaires, staffs médico soignants, transmissions orales et écrites, contribuent à une approche globale et concertée des patients. Ces réunions permettent de fixer les objectifs de soins adaptés en fonction de l'état de santé, de l'évolution du patient et ainsi le réajustement du projet de soins en continu. En SSR, Médecine et USLD un staff pluri professionnel hebdomadaire et une réunion journalière médico soignante le matin avec la présence des professionnels de rééducation permet d'adapter le projet de soins. Les patients et/ou familles sont informés et concertés sur le projet de soins. La synthèse des réévaluations du projet de soins est tracée dans le dossier du patient. Les équipes peuvent avoir recours, si nécessaire, à des correspondants experts internes et externes dont les modalités de recours sont connues : équipe mobile en soins palliatifs du CH de Voiron, équipe mobile de psychogériatrie du sujet âgé de l'établissement et du CH de Voiron, consultations douleur à Voiron, stomathérapeute du CH Voiron. Le dispositif de télésanté existe mais est peu utilisé. Des avis dermato sont recherchés par l'envoi des photos des lésions via la messagerie sécurisée. La prise en charge palliative est coordonnée. Une coopération avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Voiron est organisée. La psychologue assure le soutien des résidents, des familles et des équipes. Le dossier patient est complet et accessible à tous les professionnels impliqués. Il est informatisé sur l'ensemble de l'établissement.

Tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient sont tracés. Les professionnels partagent en temps utile les éléments nécessaires à la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier). La conciliation médicamenteuse est mise en place pour toutes les entrées des patients en SSR et sur demande médicale pour les patients en USLD. Les sorties à domicile sont rares en USLD, ce sont généralement des transferts vers l'EHPAD de l'établissement. Un courrier est réalisé que ce soit pour un transfert ou lors d'un décès. En SSR, la lettre de liaison est remise au patient à J0 intégrant le comparatif explicite du traitement habituel et du traitement de sortie. Le bilan thérapeutique est tracé dans le dossier patient au jour de sa sortie. Une courrier destiné aux familles est remis par l'ergothérapeute avec toutes les préconisations sur les aides techniques au domicile. Le suivi des patients est réalisé par le médecin traitant et si il a besoin d'une expertise, il est adressé en consultation du centre de rééducation du CH de Tullins. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont mises en œuvre dans tous les secteurs de soins. En USLD, au regard des nombreux patients atteints de troubles cognitifs, la photo du patient est intégrée au dossier patient et leur nom sur la porte de la chambre. L'organisation des vigilances est structurée et connue des professionnels en SSR. En USLD, le document qui recense l'ensemble des vigilants n'est pas connu et les professionnels expliquent qu'ils font une déclaration d'un évènement indésirable. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en termes de prescriptions, surveillance et traçabilité. La pertinence de leur maintien est réévaluée tous les jours lors des transmissions inter équipe. Les professionnels appliquent les précautions standard et complémentaires pour la maîtrise du risque infectieux et appliquent les bonnes pratiques pour les isolements des patients (information, traçabilité, évaluation). Des audits sur la gestion des excréta sont réalisés lors des visites de risques, cette thématique est intégrée dans les précautions standard d'hygiène. L'équipe EOH est très impliquée auprès des professionnels. Elle dispense des formations flashs assez couramment. Elle met à leur disposition des outils et affiches. En SSR, Les professionnels référents sont impliqués dans la connaissance des résultats des différents audits et indicateurs en hygiène. Ils participent à la mise en place des actions d'amélioration. Mais, en USLD, les professionnels ne connaissent pas les résultats des indicateurs notamment la consommation de la solution hydroalcoolique pour leur service. La prise en charge médicamenteuse est maîtrisée dans son ensemble : prescription, dispensation, administration et traçabilité (analyse pharmaceutique de 100% des prescriptions, dispensation nominative). Les médicaments à risque sont identifiés, la liste et l'attention particulière sur ces médicaments sont connues des professionnels. Des formations sur les médicaments à risque sont organisées sous forme de mini formations flash assorties d'un quizz. Les pharmaciens se déplacent la nuit auprès des professionnels pour dispenser ces formations. De nombreuses formations-actions de sensibilisations sont réalisées en commission des anti-infectieux et en COMEDIMS facilitées par la présence dans ces instances de professionnels médicaux et paramédicaux. En 2022, 7 mini formations ont été réalisées soit 15 IDE formées. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux bonnes pratiques. La visite d'un préparateur en pharmacie dans chaque service de façon trimestrielle permet de garantir l'étiquetage et le rangement des produits dans les armoires à pharmacie. Le transport de tout type de médicaments est sécurisé. Néanmoins, pendant la visite il a été constaté qu'un agent des services logistiques n'a pas verrouillé les portes de sa voiture qui contient les boîtes de médicaments qu'il doit livrer pour l'USLD, quand il la quitte entre chaque bâtiment du site. La gouvernance a été très réactive et un rappel sur la sécurisation au moment du transport des médicaments en USLD a été réalisé auprès de tous les agents logistiques. Les risques de dépendance iatrogène sont évalués dès l'entrée du patient et réévalués tout au long du séjour, ils font l'objet de mises en place d'actions préventives. Le transport des patients est maîtrisé. En USLD il est réalisé par des professionnels conducteurs ambulanciers internes à l'établissement. Ils sont formés à l'identitovigilance, aux règles d'hygiène et aux gestes de secours. Les professionnels sont attentifs au respect de la pudeur et du confort des personnes prises en charge. Les équipes sont sensibilisées à la vaccination. Le taux de couverture est suivi et connu : poster des visites de risques de l'EOH, affiché dans les services. Les freins à la vaccination sont analysés accompagnés de plans d'action. Les pratiques sont évaluées au travers des différents audits menés : visites de risque EOH réalisées chaque année sur les précautions standard et les cathéters sous

cutanés. 5 Patients traceurs ont été réalisés entre 2021 et 2022 (3 en USLD et 2 en SSR). Un quizz sur les directives anticipées et la personne de confiance a été mené en mars 2019 : 149 professionnels y ont participé. Néanmoins, 1 EPP est menée par l'EOH sur la gestion des excréta et les professionnels n'y participent pas. Les professionnels participent quand ils le peuvent aux groupes de travail et sont référents de thématiques qualité et sécurité des soins : hygiène, CLUD, escarres ... Les professionnels du SSR connaissent les indicateurs pour leur service et donnent des exemples de plans d'actions : améliorer la fermeture des collecteurs des objets tranchants suite aux résultats des audits EOH, amélioration de la communication, information sur le livret d'accueil suite aux patients traceurs réalisés. Des plans d'actions sont mis en place suite aux analyses des résultats d'audits, des enquêtes de satisfactions, plaintes et réclamations. Pour exemple : formalisation de fiches mode d'emploi pour les aides techniques : coude au corps, bonne installation au fauteuil, utilisation de la barre latérale de redressement, charte des patients hémiplégiques. En USLD, au regard de l'absentéisme avec un taux à 15% et 20% en période estivale, ce sont souvent des intérimaires qui assurent la continuité des soins. Le manque d'encadrement par l'absence du cadre depuis plusieurs mois contribue à la méconnaissance des résultats empêchant la mise en œuvre des actions d'amélioration. Les professionnels ne connaissent pas les résultats des indicateurs et des audits. Des affiches sur les résultats des indicateurs et des patients traceurs sont présentes dans leur poste de soins, mais elles n'ont pas été accompagnées d'informations. Les professionnels expliquent qu'ils n'ont pas le temps de les consulter, qu'ils ne les comprennent pas forcément et rencontrent des difficultés pour participer aux groupes de travail. Les professionnels ne connaissent donc pas les actions à mettre en place au regard de ces résultats. Concernant les audits liés aux pratiques d'hygiène des mains, ils sont réalisés par les équipes transversales et les professionnels n'y participent pas. Les résultats sont affichés mais non commentés et il n'y a pas de mise en place de plan d'actions d'amélioration. L'EOH a expliqué également que le plan d'actions pour améliorer les indicateurs notamment l'utilisation du SHA ne peut pas être mis en place du fait du manque d'encadrement. L'établissement et le laboratoire de ville procèdent à des analyses régulières afin d'améliorer les pratiques pré analytiques et le rendu des résultats. La satisfaction du patient est recueillie au travers des questionnaires de sortie et lors de audits patients traceurs. La prise en compte des avis des patients lors des analyses des questionnaires de satisfaction, a permis de faire installer des horloges dans chaque chambre de taille suffisamment grande pour être adaptée à la population accueillie. En SSR, L'expérience patient est abordée lors des échanges pendant les séances de rééducation et permet de mettre en place des actions d'amélioration. Pour exemple, les patients ont exprimé le souhait de connaître à l'avance leur planning de rééducation pour la semaine. L'élaboration des plannings de rééducation à remettre aux patients est en cours. Des tableaux blancs ont été mis en place dans les chambres des patients avec des consignes sur les bons positionnements sous forme de pictogramme, ainsi que des photos de l'installation du patient. Les plaintes et réclamations sont connues des professionnels. En SSR, la mise en place des actions d'amélioration est discutée en réunion pluri professionnelle. En USLD, Les équipes mettent en place des actions d'amélioration basées sur les plaintes et réclamations des patients mais ne sont pas informées des résultats des enquêtes de satisfaction des patients. Les événements indésirables liés aux soins (EIAS) sont déclarés et partagés et font l'objet d'analyses régulières avec les participations des équipes impliquées. Ces analyses s'appuient sur la méthode ALARM. Les professionnels assistent au CREX s'il y a lieu. Une infirmière cite 2 analyses auxquelles elle a participé pour des erreurs médicamenteuses. Les médecins assistent aux analyses des EI médicamenteux qui sont traitées en REMED. Le retour des analyses est réalisé via l'intranet de l'établissement.

Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier de Saint Laurent du Pont est articulé autour de deux filières de prise en charge. Une filière gériatrique comprenant des lits d'hospitalisation de Médecine, de Soins de Suite et Rééducation, un plateau technique de rééducation, d'USLD, d'EHPAD, un plateau technique de rééducation et d'un service d'imagerie pour la radiologie conventionnelle. Une filière handicap incluant deux foyers d'accueil médicalisé, un foyer de vie et un EHPAD spécialisé. Il est membre du GHT Alpes Dauphiné dont le CHU de Grenoble est l'établissement support. L'établissement est géré en direction commune avec les Centres Hospitaliers de Grenoble Alpes et les établissements Voironnais Chartreuse (CH Saint Geoire en Valdaine, EHPAD de Voreppe, EHPAD d'Entre Deux Guiers). Il participe activement à différentes filières du Territoire. Les médecins du CH sont pleinement impliqués dans la commission médicale commune. Ils travaillent également en lien avec la médecine libérale. 5 médecins traitants sont installés sur la commune de saint Laurent. Le CH a créé un cabinet libéral intra-muros qui ouvrira en janvier 2023 avec 4 « jeunes » médecins (les conventions sont en cours de finalisation). Les pharmaciens sont en contact très régulier avec les 2 officines de la commune. Pour les prises en charge de la personne âgée : l'inter-filière gérontologique et gériatrique (IFGG) du bassin de Voiron - Chartreuse permet une réelle prise en charge dans une logique de parcours. Des modalités de prise en charge aux urgences évitables sont organisées et privilégiées au CHUGA site Voiron. Les lits de médecine dans l'établissement permettent également d'éviter le passage aux urgences. Cependant au regard des difficultés en personnels paramédical, seuls 2 lits en médecine sur 10 sont ouverts. Les patients peuvent bénéficier de consultations de spécialités par la présence de praticiens du CHU de façon régulière. Des avis sont également dispensés. Pour la cardiologie, il existe une convention avec le réseau cardio parc (cardio privés de Moirans). Pour les avis en psychiatrie : convention avec le CHS Alpes-Isère. La participation de l'établissement à la CPTS de Chartreuse a été actée. Une rencontre est prévue avec la CPTS de Voiron. Le projet sera présenté à la CME en 2023. Les modalités de communication permettent aux usagers/proches et professionnels de ville de contacter aisément l'établissement : standard ou secrétariat en heure ouvrable – puis messagerie « taper 1 ou 2 » selon SSR ou USLD puis renvoi vers le service souhaité en heure non ouvrable. Une messagerie sécurisée est en place pour tous les praticiens. Le dossier médical partagé (DMP) est en cours de paramétrage. Le CH participe aux travaux de recherche du CHUGA. Il a reçu le premier prix de communication orale au congrès national des pharmacies hospitalières à Lille en 2022 sur la présentation de la création d'un livret thérapeutique de territoire ayant pour objectif d'optimiser le livret au niveau territorial et de sécuriser les prises en charge médicamenteuses. Les patients accueillis en SSR ont en moyenne 83 ans. Très peu possèdent une adresse mail. L'établissement se mobilise pour recueillir les adresses mails de proches accompagnants. Les retours sont peu nombreux. Afin de recueillir l'expérience des usagers, les RU sont allés à la rencontre des patients afin de recueillir les réponses aux indicateurs e-Satis et des professionnels du CH ont réalisé des patients traceurs. Des enquêtes de satisfactions sont menées pour recueillir l'expression des patients. Les RU ont pu recueillir l'expression des patients sur leur ressentis et leurs prises en charge. Ils sont très attachés au respect des parcours de soins des patients. 7 patients "chuteurs" ont intégré le projet d'éducation thérapeutique relatif à la prévention des chutes qui a été finalisé fin 2021 et commencé en 2022. Le recueil des indicateurs de suivi du projet sont planifiés. 1 kiné, 1 médecin, la diététicienne et 1 pharmacien (DU) sont formés à l'ETP niveau 1. La bientraitance et la relation soignant-soigné est un axe fort du projet d'établissement. Des formations sont prévues mais les professionnels n'ont pas suivi ces formations. La prévention et la procédure de déclaration de la maltraitance existe mais n'est pas connue par tous. Les professionnels expliquent que s'ils rencontrent une situation de maltraitance, ils la déclarent au cadre et rédigent une FEI. Une affiche sur la maltraitance est présente dans tous les services, néanmoins les

professionnels ne sont pas sensibilisés aux situations à risque et aux facteurs de maltraitance ordinaire par des actions de formations ou de sensibilisation. L'ensemble des professionnels de santé ont les mêmes tenues, seule une étiquette précise le nom et la fonction. La fonction est écrite en petit caractère et souvent cachée par des stylos qui sont dans la poche. Par ailleurs les professionnels ne se présentent pas systématiquement aux patients. Le patient traceur a fait part de cette remarque et notamment en mettant en avant un turn over important de professionnels, il ne connaît pas la fonction des professionnels qui interviennent auprès de lui. Les locaux de l'établissement sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les ascenseurs sont prévus pour le handicap visuel, une liste des interprètes est formalisée, des aides techniques sont mobilisées par les professionnels qui sont attentifs aux différents handicaps. Des vêtements sont à disposition si besoin ainsi que les produits d'hygiène pour les patients en situation de précarité. Un diagnostic social est réalisé à l'entrée et pendant le séjour pour évaluer la vulnérabilité des patients. L'accès des patients à leur dossier est organisé. Les demandes de dossiers sont environ de 5 par an. Les délais de transmission sont respectés et transmis à la CDU. Les représentants des usagers (RU) sont très impliqués dans l'établissement. Ils disent qu'ils sont écoutés, entendus et que leurs avis sont pris en compte. Pour exemple, ils ont préconisé de valoriser l'établissement par les points de satisfaction des patients. Ils participent aux différentes commissions et instances notamment le conseil de surveillance, le directoire. Ils participent aux journées événementielles : semaine sécurité, journée des usagers ... Ils contribuent à l'amélioration de l'accueil des patients et ont travaillé sur la signalétique et le livret d'accueil ... Ils sont très vigilants sur la maltraitance ordinaire qui est discutée lors des réunions des CDU. Ils ont été partie prenante du nouveau projet d'établissement 2022-2026. Le projet des usagers est intégré dans le projet d'établissement. Ils sont informés par mail des EIG ou à haute criticité et participent quand ils le peuvent aux analyses. Les actions demandées par les RU suite à l'analyse des plaintes et réclamations, EI, questionnaires de satisfaction sont prises en compte et intégrées dans le PAQSS de l'établissement. Tous les résultats des audits, indicateurs internes et nationaux sont présentés en CDU. La politique qualité est en lien avec celle du CHU de Grenoble. Des référents paramédicaux (IDE, AS, ASH) en hygiène, membre CLUD, CAI, COMEDIMS (sous commissions CME) sont désignés dans chaque service. Ces sous commissions se réunissent de façon régulière avec des groupes de travail et des plans d'actions d'amélioration qui sont intégrés au programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement. Cependant les difficultés en ressources humaines, particulièrement en USLD ne permettent pas une présence assidue des professionnels aux réunions des groupes qualité et de ce fait génère des difficultés pour la mise en œuvre des plans d'actions et de leur suivi. Les actions concrètes du programme qualité ne sont pas connues par les professionnels de l'USLD, malgré la présence de nombreuses affiches relatives à ce sujet en salle de soins. Les difficultés RH ne permettent pas aux professionnels de participer à des activités dédiées à la qualité et la sécurité ou à des séances d'analyse. L'absence d'encadrement de proximité ne permet pas de relayer les projets qualité. Néanmoins le recrutement depuis un mois d'un cadre supérieur qui assiste aux transmissions a permis aux équipes d'être force de proposition pour la réorganisation du travail en équipe avec les ASH qui est en cours de mise en œuvre. En SSR, La mise en place de « flash info » hebdomadaires en version papier avec émargement et version électronique pour les IDE permet la diffusion de de la politique qualité, l'information de la création et/ou la mise à jour de nouveaux documents/procédures en lien avec la qualité et gestion des risques. Les retours des événements indésirables, séances d'analyse, audits et plan d'action sont ainsi diffusés. Les professionnels sont informés, concernés et parties prenantes de la démarche d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins. Les messages importants sont ainsi accessibles à l'ensemble des professionnels. L'affichage est mis à des endroits stratégiques et toujours avec une démarche d'accompagnement et d'explication de son contenu par l'encadrement de proximité. Un classeur recense les référents par sous-commission de la CME et groupes de travail institutionnels. Ce listing est mis à jour régulièrement. La culture de sécurité des soins est présente dans l'établissement. Une charte de confiance est formalisée et connue des professionnels. Ils déclarent les événements indésirables et un retour est organisé pour permettre aux professionnels d'avoir la connaissance sur le suivi de leurs déclarations. Néanmoins, la culture de sécurité n'a pas été évaluée auprès des professionnels. La politique de gestion de

l'absentéisme tient compte de la nécessaire sécurité et continuité des soins. Afin de les garantir, l'établissement a procédé à des fermetures de lits. Une attention est apportée à l'équilibre entre les professionnels de l'établissement et les remplaçants. Cependant, l'encadrement ne dispose pas de moyen informatique (type logiciel d'appel de suppléance) ce qui monopolise un temps très conséquent dans la recherche de professionnels de suppléance par le cadre et ce, dans un contexte où il y a un désert d'encadrement ce qui diminue encore leur temps de présence auprès des équipes : 1 cadre de proximité en SSR, le cadre supérieur en arrêt maladie, pas de cadre en USLD un cadre supérieur recruté sur une mission contractuelle. L'absence prolongée de l'encadrement de proximité n'a pas permis le pilotage de l'équipe sur les points suivants : évaluation qualité et sécurité des soins, relais des informations ascendantes et descendantes, déploiement des plans d'actions issus de la gouvernance et dynamique d'équipe. L'établissement a identifié ces insuffisances conjuguées à un absentéisme majeur sur plusieurs catégories socio professionnelles. Il a mis en œuvre une organisation par la nomination d'une nouvelle Directrice et d'un Cadre supérieur assortis de fiches missions sous l'égide de la gouvernance du CHU de Grenoble. Le taux d'absentéisme et le turn over au niveau de l'encadrement ne permet pas de réaliser des actions de formation au management au coaching d'équipe. Le plan de formation prévoit un axe sur ce sujet en 2023 avec également des temps d'analyse des pratiques professionnelles. L'établissement soutient le travail d'équipe dans un contexte difficile de ressources humaines et un taux d'absentéisme de 20% depuis l'été. Afin d'améliorer le recrutement des professionnels, la gouvernance permet aux professionnels de choisir leur amplitude horaire : 7h45, 10h, 12h. L'entraide est effective entre les professionnels notamment pour pallier l'absentéisme. L'équipe de nuit du SSR exprime sa satisfaction de travailler dans un service bienveillant envers le patient. Les nombreux staffs permettent, au-delà du questionnement sur la pertinence des pratiques, d'échanger entre les différentes catégories socio-professionnelles et de favoriser la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux. Quand les infirmières sont en sous-effectif, les médecins adaptent leur organisation. Les temps de relève entre équipe existent et sont organisés en fonction des rythmes de travail en 7h30 et 12 heures. En SSR, la cadre arrivée depuis 2 mois, a mis en place une démarche dynamique d'équipe selon des modalités de Team Building : challenges, responsabilisation, reconnaissance, écoute, et surtout co-construction entre les professionnels. Le challenge "Vaccination des agents contre la grippe" est un programme mobilisateur et fédérateur dans l'esprit de cohésion d'équipe. Des temps de rencontres entre corps professionnels sont organisés 3 fois par an afin de définir, entre agents du même corps professionnels, les modalités du travail en équipe : planning, congés, absence pour formations, etc... Ces réunions sur du temps de travail concernent l'ensemble des professionnels de jour comme de nuit. Des réunions de service, d'encadrement et avec l'encadrement supérieurs existent. Une assemblée générale avec l'ensemble des professionnels et la directrice de site a eu lieu en octobre 2022. Depuis l'arrivée récente du cadre supérieur (CSS) en USLD, les solutions organisationnelles et l'organisation du temps de travail sont en cours de mise en œuvre pour permettre le travail en équipe par une réflexion avec CSS USLD et équipe sur l'organisation des effectifs ASH : La réorganisation et les recrutements sont en cours afin de les affecter par étage et ainsi pallier l'absence d'ASH sur un créneau d'une heure trente en fin d'après-midi. Les formations pour le développement des compétences des professionnels sont proposées au plan de formation annuel. En Hygiène hospitalière, des formations à la simulation sur mannequin sont proposées. Elles concernent les cathéters sous cutané, les Picc line, la sonde urinaire, la toilette des patients (précautions standard). En 2022, une simulation a été menée pour la pratique des prélèvements pour hémoculture suite à l'identification de mauvaises pratiques. Les professionnels de rééducation participent de par leur expertise aux choix des matériels et sont sollicités pour donner leur avis pour les matériels défectueux. Cependant, en USLD, l'absence prolongée de l'encadrement de proximité n'a pas permis le pilotage de l'équipe. Les professionnels n'ont pas eu d'entretien d'évaluation depuis 2 ans ce qui n'a pas permis d'identifier leurs besoins en formation. L'établissement est conscient de cette situation et a intégré dans la fiche de mission du cadre nouvellement recruté un axe prioritaire pour permettre aux professionnels de bénéficier de ces entretiens. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) est inscrite dans le nouveau projet d'établissement. Elle est basée sur des données sociales et la mise à jour du document unique des risques professionnels. La démarche QVT prévoit une

politique d'attractivité et de fidélisation. C'est un axe fort du nouveau projet d'établissement. Les temps d'analyse des pratiques professionnels sont planifiés en 2023. La procédure d'accueil des nouveaux arrivants est à mettre à jour et les fiches de poste, de travail et de tâches ont été actualisées. Une enquête sur la satisfaction des professionnels dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet d'établissement a eu lieu en 2021 : 218 questionnaires complétés soit un retour de 42,33 %. Les plannings de nuit sont co-construits par les professionnels qui s'entendent entre eux avec une régulation si besoin de l'encadrement. Il existe des possibilités d'expression des professionnels en cas de situation conflictuelles ou difficiles. La psychologue du travail est intervenue en USLD pour permettre aux professionnels d'exprimer leurs difficultés. Les professionnels peuvent également faire appel à la psychologue du service autant que de besoin, la confidentialité est respectée. L'établissement répond aux risques auxquels il est exposé. Les plans de crise sont actualisés et connus des professionnels : plan blanc, plan canicule, plan bleu (pathologies saisonnières), plan ORSAN. Il est classé comme établissement en 3ème ligne du CHUGA. La gouvernance a organisé un RETEX sur la gestion de la crise sanitaire COVID qui a abouti à des actions d'amélioration. Les risques numériques sont identifiés et connus des professionnels : changement de mots de passe tous les 3 mois avec un système bloquant. Une procédure en mode dégradé du DPI (Mode papier) est effective. Les équipes connaissent la procédure en cas de cyber-attaque. Ils ont été sensibilisés à la gestion des mails potentiellement frauduleux. Ils respectent les règles et la fréquence de renouvellement des mots de passe. Le plan de sécurisation de l'établissement est en cours de finalisation et la prévention des atteintes aux personnes et aux biens est organisée. Les accès sont sécurisés : portes sécurisées par badge sur les bâtiments, code sur les ascenseurs et les portes internes. Il a été identifié un problème d'éclairage au niveau des extérieurs qui est en cours de finalisation. La politique de Développement Durable (DD) est formalisée. Un référent est nommé. Le diagnostic a été réalisé et des fiches actions formalisées dans le cadre du nouveau projet d'établissement. De nombreuses actions sont mises en place : analyse des consommations d'énergie, remplacement des ampoules par des LED, détecteurs de présence pour allumer et éteindre les lumières dans certains endroits, filière de tri des déchets, recyclage du papier et des cartons. L'établissement a participé au challenge mobilité Départemental concernant l'incitation des professionnels à venir travailler en co-voiturage ou à vélo. Il a également participé à l'enquête de la commune et un retour a été réalisé au conseil de surveillance. La prise en charge des urgences vitales (UV) est organisée. Les équipes disposent du matériel évalué, vérifié et fonctionnel : présence d'un sac à dos au niveau du SSR et d'une valise et sacs sur un guéridon au niveau du 2ème étage de l'USLD. Un défibrillateur est présent dans chacun des bâtiments. La composition des dispositifs est concertée au sein de l'établissement dans une logique d'harmonisation des pratiques sur le territoire. Un logigramme d'appel est affiché à côté du sac d'UV et connu des professionnels. Les professionnels sont formés à l'AFGSU. Le service des ressources humaines veille au recyclage des formations. Néanmoins, il n'existe pas d'exercice de simulation à la prise en charge des urgences vitales pour évaluer les dispositifs mis en place. Toutefois, il y a eu 2 EIG sur cette thématique pour lesquels leurs analyses ont démontré que tout a été réalisé dans les bonnes pratiques de prise en charge des UV et que c'étaient des EI inévitables pour les patients. Le CH de Saint Laurent du Pont en direction commune avec le CHUGA Grenoble VOIRON est engagé dans une démarche active d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des soins. Les orientations et le plan d'actions sont en lien avec les spécificités locales et l'analyse des données globales de l'ensemble des données et risques connus. Le plan d'actions d'amélioration (PAQSS) à l'échelle de l'établissement est formalisé et actualisé par la gouvernance au regard des résultats des indicateurs, des audits, des enquêtes réalisées auprès des patients, des patients traceurs et des actions identifiées suite aux analyses des EIAS. La veille sur les recommandations de bonnes pratiques est réalisée en interne. Elle est basée sur les sous commissions de la CME et le CHUGA en lien avec les experts du CHU (infectiologue) et les réseaux hygiène ce qui permet la mise à jour des procédures qui sont à disposition des professionnels dans l'intranet. Le recueil des indicateurs qualité et sécurité des soins nationaux est réalisé par le Département d'Information Médicale (DIM), les résultats sont présentés dans les instances et des axes d'amélioration sont définis. Une action prioritaire est axée sur la qualité et la transmission du courrier de sortie à J0. Des revues de pertinence des

admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée (par exemple, taux de transfert à 48h, séjours longs) et un suivi des commissions de pré admission en USLD est assuré. Le PAQSS est mis à disposition des professionnels dans l'intranet de l'établissement, les résultats des indicateurs internes et nationaux sont affichés dans les postes de soins. Les professionnels du SSR connaissent les indicateurs pour leur service et les plans d'actions à mettre en œuvre. Néanmoins en USLD, les professionnels ne connaissent pas le PAQSS de l'établissement et les résultats des indicateurs bien qu'affichés dans les postes de soins. Les professionnels de l'ensemble de l'établissement ne participent pas à des revues des indicateurs qualité et sécurité des soins notamment ceux inhérents à leur service. Les événements indésirables sont consolidés, analysés et exploités. Les professionnels déclarants sont informés du suivi de leur déclaration. La gestionnaire de risque cote la criticité et en fonction de la criticité de l'EI, elle déclenche un CREX ou une REMED (pour la prise en charge médicamenteuse). Le bilan des EI de la semaine est envoyé à la Direction Générale de la qualité du CHU de Grenoble. Chaque EI déclaré est envoyé par mail aux référents des différentes thématiques. L'analyse des EI est réalisée selon la méthode ALARM et abouti toujours sur un plan d'action qui est suivi par la gestionnaire de risque. La synthèse et l'analyse sont diffusées aux personnes présentes lors du CREX/REMED et aux professionnels pilotes pour la mise en place des actions. L'annonce du dommage lié aux soins est réalisée par le médecin et tracé dans le dossier médical du patient. Dans le cas d'un EIG ou EI à haute criticité, les professionnels concernés peuvent avoir un soutien par la Direction et / ou la psychologue.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	380780213	HOPITAL DE SAINT-LAURENT-DU-PONT	280 chemin des martins Bp 11 38380 Saint-Laurent-Du-Pont FRANCE
Établissement principal	380000109	CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE SAINT LAURENT DU PONT	280 chemin des martins 38380 Saint Laurent Du Pont FRANCE
Établissement géographique	380794719	SECT.LONG SEJOUR DE L'HOPITAL ST.LAURENT DU PONT	38380 Saint-Laurent-Du-Pont FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	
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	10
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	1
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	25
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	76
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	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
2	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
4	Audit système	Dynamique d'amélioration		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Audit système	Maitrise des risques		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Engagement patient		
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
12	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Vers plateau technique et/ou radiologie
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité	

			<p>Maladie chronique</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
14	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
15	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
17	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
	Patient		Tout l'établissement	

18	traceur		Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Dans le service où a lieu la transfusion
21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et/ou antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
24	Audit système	Leadership		
25	Audit système	QVT & Travail en équipe		

26	Audit système	Coordination territoriale		
27	Audit système	Représentants des usagers		

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

