



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 Septembre 2024

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Septembre 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	21
Annexe 3. Programme de visite	25

# 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 médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

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

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

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

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER 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 2024

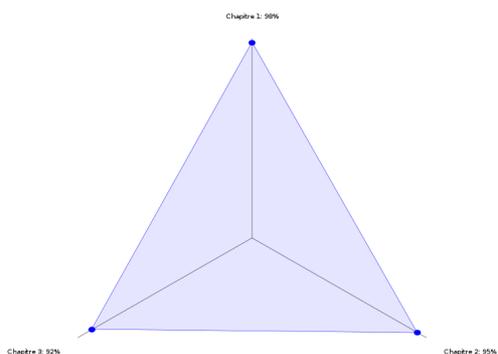
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# 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 Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

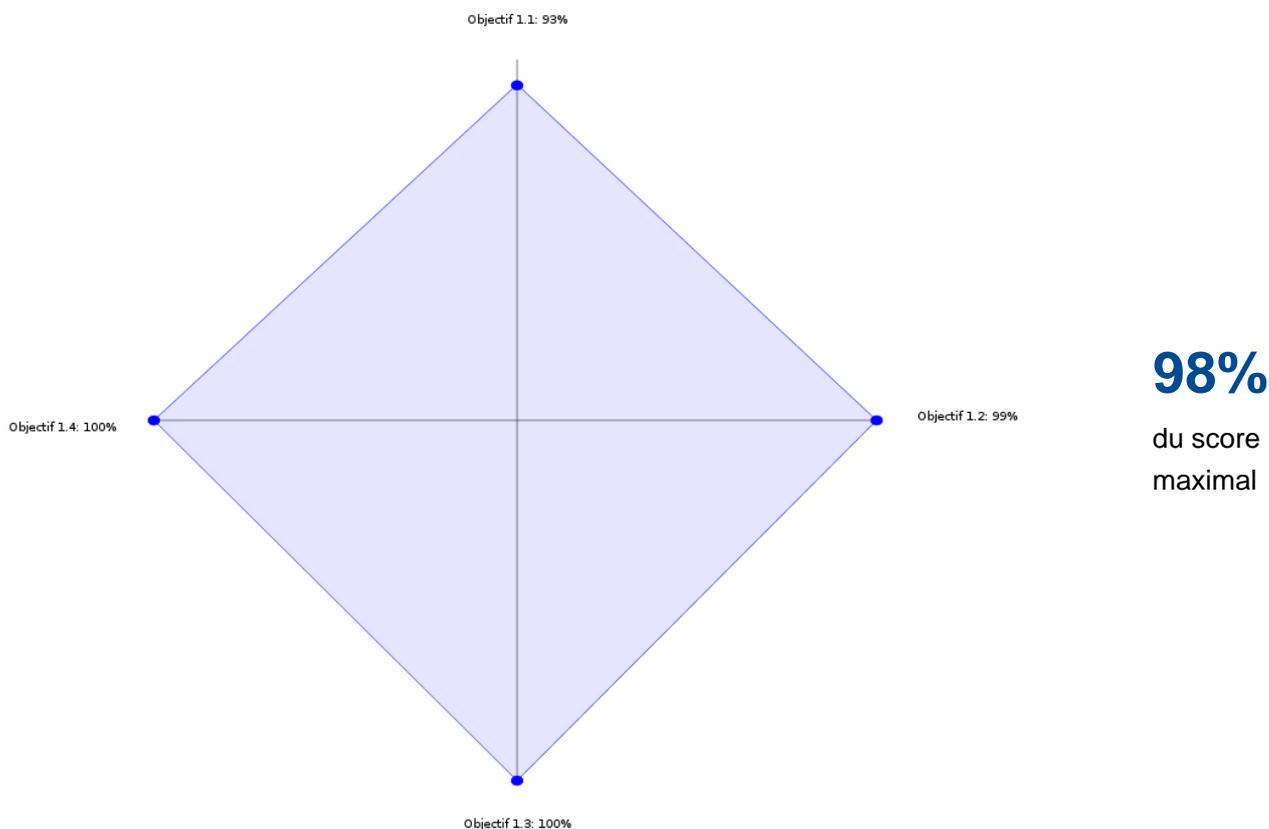
Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

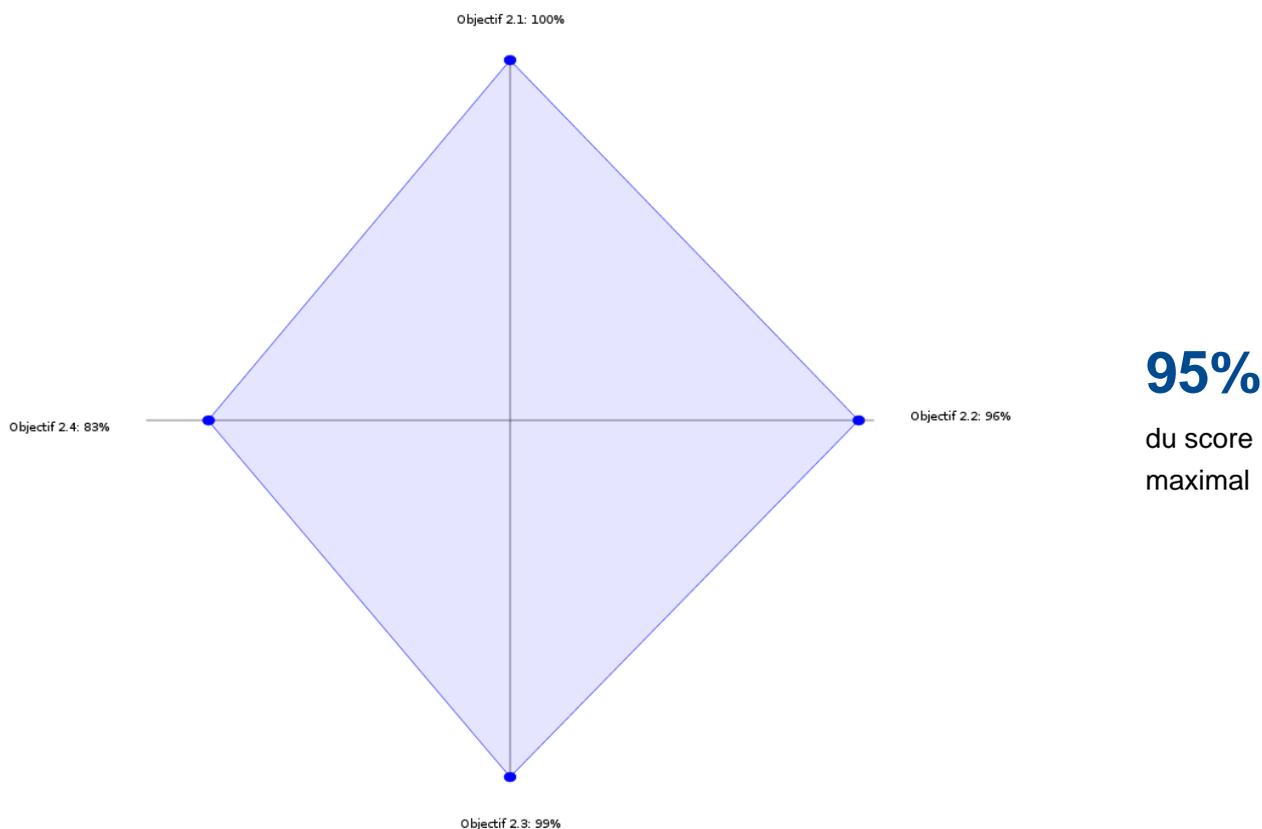


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement et est impliqué dans son projet de soins. Le patient est informé par les médecins et les équipes soignantes et rééducatives de l'évolution tout au long de son séjour de son état de santé. La réflexion bénéfique/ risque est argumentée et expliquée au patient. L'implication des patients est recherchée et son consentement sur son projet de soin est acté dans le DPI avec information aux proches si besoin. Les patients sont informés du rôle de la personne de confiance. Les soignants sont vigilants pour obtenir la validation par sa signature de la personne de confiance qui permet alors l'intégration de la fiche dans le dossier. Les modifications thérapeutiques éventuelles sont expliquées au patient. Le médecin informe systématiquement le patient de la possibilité de rédiger ses directives anticipées. Lorsque celles-ci sont rédigées, elles sont intégrées au DPI. En cas de détérioration sévère de l'état de santé,

la possibilité de soins palliatifs est proposée aux patients. Le patient peut exprimer sa satisfaction et son expérience tout au long de son séjour directement auprès des professionnels, par le questionnaire de satisfaction à sa sortie, par l'entretien avec les RU, par le questionnaire e-satis (peu rempli étant donné la population accueillie). Cependant en USLD, étant donné la durée de séjour très importante, le questionnaire de satisfaction à la sortie est peu pertinent. L'établissement n'a pas prévu de questionnaire intermédiaire à périodicité définie pour interroger le patient ou ses proches sur leur satisfaction cette unité de soins. On retrouve dans l'établissement un affichage très exhaustif concernant les chartes de patient hospitalisé, sur la prise en charge du handicap mais également des messages de santé publique : vaccination, prévention de la maltraitance, lutte contre le tabagisme... ainsi que des informations sur le fonctionnement de la structure : coordonnées des RU, modalités pour faire part de sa satisfaction, promotion du DMP et de l'espace santé. Malgré l'information donnée par les professionnels, l'affichage dans l'établissement, le livret d'accueil et les outils numériques (tablettes avec tuto), les patients méconnaissent la présence et le rôle des Représentants des Usagers (RU). Les patients ne connaissent pas toujours les circuits pour déclarer un évènement indésirable lié aux soins en particulier à l'extérieur de l'établissement type ARS. Les pratiques des professionnels respectent l'intimité, la dignité, la confidentialité. Lors de la rencontre avec les patients traceurs, ces derniers ont témoigné du respect par les équipes de leur dignité, intimité et confidentialité. Les professionnels se soucient d'évaluer l'autonomie du patient, de la conserver et si possible de l'améliorer. La contention mécanique est prescrite, justifiée, expliquée au patient et aux proches. Elle est réévaluée périodiquement. Le patient reçoit l'aide nécessaire pour ses besoins sans attente excessive. La prise en charge de la douleur est une priorité de l'établissement. En USLD, la conformation des locaux (nombreuses chambres doubles, absence de salle de bains dans les chambres, une salle de bains par étage) ne favorise pas le respect de l'intimité malgré l'attention des professionnels (mise en place de rideaux de séparation entre les lits, planning de douche). Un projet architectural est en cours pour améliorer des conditions de prise en charge des patients. Les proches et aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Les proches et les aidants sont associés si nécessaire au projet de soin. Les médecins restent disponibles pour répondre à leur questionnement avec une traçabilité dans le DPI. En cas de situation difficile, des modalités spécifiques d'accueil des proches peuvent être mise en œuvre (élargissement des horaires de visite, hébergement, restauration). La recherche du maintien de l'autonomie et du lien social est une préoccupation constante lors de la prise en charge et ce dès l'admission. La sortie du patient est anticipée, prévue et organisée. Chacun des intervenants médecin, soignant, rééducateur s'enquerra des conditions habituelles de vie du patient de façon à favoriser sa sortie dans de bonnes conditions. Au besoin le patient bénéficie de l'aide de l'assistante sociale pour les démarches administratives.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



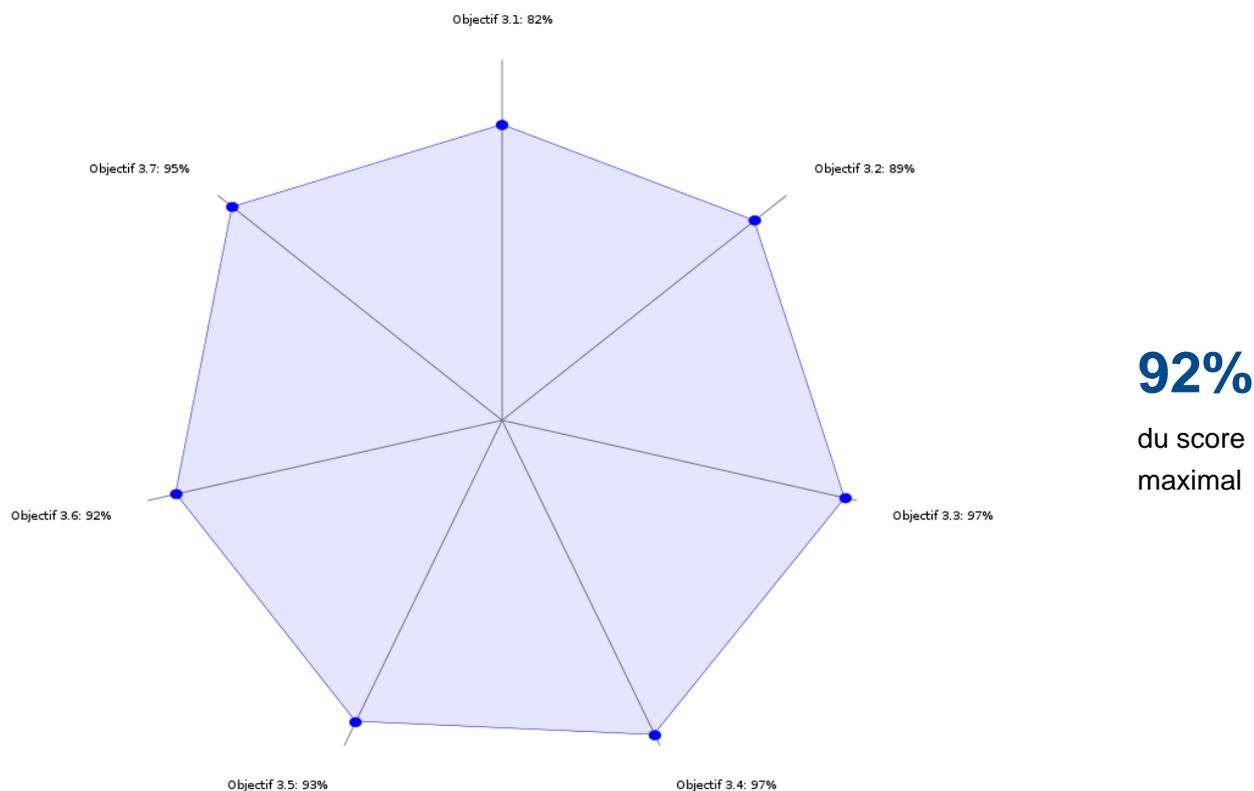
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	83%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe. Les admissions sont programmées. En SMR, les demandes d'admissions sont gérées par l'outil via trajectoire. La commission d'admission peut se réunir plusieurs fois par semaine afin d'étudier les demandes et réguler les admissions en prenant en compte la charge en soins. La pertinence du maintien de la prise en charge en SMR est réévaluée toutes les deux semaines en staff. Les transferts vers les HAD sont discutés en staff et sont demandés via trajectoire et/ou initié par un contact téléphonique. Pour les prises en charge complexes comme pour les dialyses, un cahier de liaison est en place pour la coordination des deux équipes, un lien est fait avec la diététicienne et les transports prévus en amont. La coordination entre les différents services des établissements du GHT comme le CHUGA-site de Voiron, le CH de Saint-Geoire-en-Valdaine est facilitée par

la mise en place du même dossier patient informatisé relié entre les établissements. Les médecins ont accès aux consultations et observations des spécialistes des autres établissements de santé en temps réel. Les équipes maîtrisent et appliquent les recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie. Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification. La réévaluation de la pertinence de la prescription d'antibiotique entre la 24<sup>ième</sup> et la 72<sup>ième</sup> heure est systématique par le médecin et suivi par les pharmaciens. Le référent antibiotique (pharmacien) diffuse largement les dernières recommandations auprès des médecins et en CAI instance où sont discutées les dernières recommandations. En cas de questionnement des médecins, ils font appel à un médecin infectiologue présent une journée toutes les deux semaines en présentiel. Les médecins bénéficient également d'un soutien téléphonique 24h sur 24 et sept jours sur sept. La coordination de la prise en charge pluri professionnelle est effective et coordonnée. La prise en charge pluridisciplinaire effective est tracée dans le dossier informatisé par chaque catégorie de personnel ide, aide-soignante, médecin, kinésithérapeutes, psychologues, diététiciennes, enseignant APA, assistante sociale. Un staff hebdomadaire est en place par unités de soins. Il réunit médecin, cadre, équipe de soins, rééducateurs et d'un pharmacien pour les unités de soins du SMR. L'établissement, par convention, a recourt à des interventions d'un médecin infectiologue qui mène des actions de formation auprès des professionnels, de ressources comme les équipes mobiles de soins palliatif du CHUGA site de Voiron ou le CH de Chambéry, de consultation cardiologique. Chaque patient dispose d'un projet de soin construit en réunion pluri professionnelle en accord avec le patient et/ou sa famille. Sa réévaluation est réalisée lors des staffs hebdomadaires. Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués. La lettre de liaison comportant le bilan de la conciliation médicamenteuse, le bilan des rééducateurs, est en place et remis à la sortie du patient. Elle est incrémentée automatiquement à partir du DPI et remis le jour de la sortie avec envoi aux partenaires et en main propre au patient. Les équipes médicales ne peuvent pas consulter le dossier médical dans le DMP et/ou le dossier pharmaceutique du patient. Les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie sont formés à la conciliation médicamenteuse. Elle est en place à la demande en USLD et systématique en SMR. Elle est pluriprofessionnelle : le préparateur en pharmacie renseigne le tableau de conciliation avec la prescription à l'entrée, en recherchant auprès du patient ses ordonnances, en appelant l'officine de ville. Le pharmacien analyse les données et renseigne à son tour le tableau de conciliation et échange avec les médecins et les paramédicaux lors des staffs hebdomadaire et trace dans le DPI. Une rétro information est faite à l'officine de ville. L'établissement a régulièrement des prises en charge en fin de vie. Le cas échéant, le recours à une équipe mobile de soins palliatifs est organisé. Un médecin est formé aux soins palliatifs. Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer l'accompagnement dans la dignité du défunt par sa famille mais aussi de possibilité d'écoute par la psychologue. Les risques inhérents aux prises en charge sont maîtrisés. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge. L'identitovigilance est assurée par un bracelet d'identification au poignet du patient. Les vigilances sanitaires sont organisées et les référents, ainsi que les modalités de communication des alertes sanitaires, sont connus des professionnels. Le CH de Saint Laurent du pont (CHSLP) est équipé pour la réalisation d'examen radiologique. Un manipulateur en radiologie est présent les lundi et jeudi, doté de dosimètre individuel. Les patients sont accompagnés d'un ASH brancardier lors des examens. La dose reçue est retrouvée dans le DPI et sur le compte rendu, ce dernier est effectué par un radiologue d'une plateforme externe. L'établissement possède un service de transport interne, composé d'ambulanciers. Le parc est doté de 2 véhicules légers (TPMR et VSL) et de 3 poids lourds. Le service transporte les patients du SMR à l'USLD et dans les autres structures médico-sociales et handicap sous la responsabilité de l'établissement. Le secrétariat médicale ou l'infirmier prévient par téléphone du transport au service logistique. Le conducteur se présente à l'infirmier pour être accompagné auprès du patient. Les professionnels sont sensibilisés au transport de gaz, à l'hygiène et ont participé au webinaire sur l'identitovigilance. L'établissement dispose d'une PUI avec 2 pharmaciens et de 4 préparateurs en pharmacie. Les médecins prescrivent sur le dossier informatisé sécurisé par un identifiant et mot de passe. Les prescriptions anticipées et conditionnelles type « si besoin » y sont intégrées. L'analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 est faite dans le DPI. Néanmoins, les pharmaciens ne disposent pas d'accès

au dossier pharmaceutique du patient pour une éventuelle alimentation ou consultation. Les risques liés aux ruptures de stock sont organisés. Les pharmaciens peuvent faire appel à un groupement d'achat, à un grossiste, ou au CH de Saint-Geoire-en-Valdaine. Les conditions de stockage et de sécurisation des médicaments et l'administration sont conformes. La dispensation nominative hebdomadaire est conforme. Le transport des semainiers est effectué par le service logistique en respectant, au besoin, la chaîne du froid, par des caisses scellées avec feuilles de traçabilité. La liste des médicaments à risque est adaptée au service et connue des professionnels qui sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque. Ces derniers sont identifiés à toutes les étapes du circuit. Les médicaments sont identifiables jusqu'à l'administration. L'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables. La traçabilité de l'administration ou le motif de non-administration, est réalisée en temps réel dans le DPI sur les ordinateurs portables placés sur le chariot de médicaments. L'établissement est doté d'un CLIN, d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) composé d'une infirmière hygiéniste et d'un praticien hospitalier issu du réseau inter établissement de prévention des infections nosocomiales (RIPIN) du CHUGA et de correspondants en hygiène dans les unités de soins. Les équipes sont formées par l'IDE hygiéniste aux précautions standards et complémentaires et connaissent les conduites à tenir. L'EOH effectue des visites de risque tous les 2 ans dans les services et alimentent le PAQSS ; exemple le compagnonnage lors des toilettes des patients dépendants (bonnes pratiques en hygiène), des actions de sensibilisation comme la journée hygiène des mains. Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs et disposent des protocoles notamment pour les picline, midline, chambre implantable et sonde à demeure. La date de pose ou du dispositif est tracée dans le dossier et la pertinence de leur maintien est réévaluée périodiquement. L'EOH organise des autoévaluations pour les abords vasculaires avec les correspondants, ainsi qu'une simulation avec mannequin à la pose de sonde en demeure. En cas de résultat anormal, les médecins et l'EOH sont prévenus par le laboratoire extérieur pour une mise en place d'un isolement avec précautions complémentaires. La consommation de SHA est connue des professionnels et les actions d'amélioration qui en découlent. La gestion des déchets respecte des règles de bonnes pratiques notamment de tri, de transport et d'utilisation des locaux adaptés. Les équipes évaluent leur pratique. Les événements indésirables liés aux soins (EIAS) sont déclarés et partagés. Ces derniers peuvent participer à l'analyse de l'EIAS lors de CREX ou de REMED. Des actions sont menées, par exemple la révision de l'utilisation du midazolam et de la morphine, la formation au kalinox ou la révision de la chaîne du froid pour les produits sanguins labiles. Les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) sont mesurés régulièrement et suscitent des plans d'action. Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont peu développées. Une EPP a été réalisée sur l'utilisation d'un antibiotique par les pharmaciens. L'impact sur le patient est difficilement mesurable. La prise en compte de la satisfaction et de l'expérience patient fait l'objet d'un recueil régulier, force de proposition d'actions d'amélioration prises en compte par les professionnels. Les analyses collectives nécessaires suite à des événements indésirables ou de baisse des taux d'indicateurs, sont mises en œuvre et donnent lieu à des actions d'amélioration. Les représentants des usagers sont sollicités pour le recueil et l'analyse des questionnaires internes. Les résultats du laboratoire de bactériologie (laboratoire externe conventionné) sont incrémentés dans le DPI. Des rencontres régulières sont organisées pour discuter d'éventuels améliorations dans ce processus.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	82%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	89%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

L'établissement est reconnu sur le territoire. Le CHSLP a défini ses orientations stratégiques 2022-2026 en cohérence avec son territoire. Il participe aux projets de ce dernier, et en particulier avec le GHT Alpes Dauphiné qui réunit notamment le centre hospitalier universitaire de Grenoble Alpes, dont le site de Voiron, et le centre hospitalier de Saint-Geoire-en-Valdaine. Le CHSLP a de bonne collaboration avec les ressources du

territoire même s'il rencontre des difficultés à participer au développement des CPTS. Ces dernières étant nouvellement créés ne souhaitent pas s'étendre à ce jour. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est actualisé. Les différents partenariats permettent de faire appel à un circuit court pour le patient âgé chaque fois que possible lors de transfert. Au sein de l'établissement, les modalités de communication permettent aux usagers et aux correspondants médicaux extérieurs de contacter aisément l'établissement. Une permanence téléphonique est assurée 24h/24h et 7j/7j. Les patients du CHSLP sont inclus dans des protocoles de recherches mais le repérage des potentiels médicaux ou paramédicaux manque pour s'engager dans un réel processus de recherche clinique. L'établissement promeut le recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient ainsi que celui des proches. Les résultats sont largement diffusés par le service qualité et l'encadrement mais il est observé un manque de lien par les professionnels entre la politique, les actions mis en place et le suivi des indicateurs. Les questionnaires prem's sont réalisés mais pas les prom's. La bientraitance est au cœur des préoccupations des soignants. Les professionnels sont sensibles et repèrent les situations de maltraitance tout au long de leur séjour. Toutefois, la gouvernance n'évalue pas annuellement, ni n'analyse les données PMSI sur le repérage des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients vulnérables avant leur prise en charge. La communication et l'attention est centré sur le patient mais son expertise est peu mobilisée lors de démarches collectives. Tous les locaux ne favorisent pas l'accès au handicap. Un projet est en cours pour améliorer l'orientation des personnes malvoyantes. Les plaintes et réclamations sont colligées et partagées en CDU, ainsi que les demandes d'accès au dossier médical. L'établissement assure l'implication des représentants des usagers au sein de l'établissement, dans les instances (CDU) et dans la vie de l'établissement. Les RU ont participé à des journées de recueil de satisfaction des patients en adaptant la grille e-satis. La gouvernance fait preuve de leadership. La gouvernance a défini une politique, un programme qualité (PAQSS) montrant une forte implication des pharmaciens et médecins. L'encadrement des équipes de soins relaient l'information lors des réunions d'équipe, ainsi que le service qualité lors de rencontres régulières. La culture sécurité des soins des professionnels est évaluée. L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité de la prise en charge est effective. En cas d'absence, de tension, les cadres ont la possibilité de faire appel à des vacataires ou à de l'intérim. L'arrivée de nouveaux professionnels est anticipée avec mis à disposition des outils nécessaire à la prise de poste : blouse, identifiants informatiques, mot d'accueil... L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées. Elles sont évaluées lors des entretiens annuels d'évaluation et des entretiens professionnels. Ils sont suivis par la mise en œuvre d'actions de formation répondant ainsi aux attentes du personnel et aux besoins identifiés par l'établissement. Toutefois des démarches intégrées d'acquisition et de maintien des compétences (de type PACTE ou autre travail spécifique) ne sont pas proposées aux équipes. Il existe cependant des temps d'échanges, comme les staffs médicaux/paramédicaux hebdomadaires, les temps de transmissions quotidiens. Un comité éthique est en place. En amont des réunions, les questionnements éthiques sont recensés. Tout professionnel peut participer à la réunion s'il le souhaite. Des personnes extérieures à l'établissement participent aux échanges en visioconférence. Une démarche QVT est mise en œuvre. Une politique qualité est formalisée et retrouvée dans la gestion documentaire. De nombreuses actions innovantes et ludiques sont menées. La démarche QVT est issue des besoins exprimés des professionnels. Outre le suivi de plusieurs indicateurs comme le taux d'absentéisme, la gouvernance réalise un accompagnement individualisé en de difficulté et démontre un travail de décloisonnement pour améliorer le travail en équipe. Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à l'améliorer existe au plus près du terrain. La gestion des conflits et/ou difficulté est pris en compte par l'encadrement de proximité et par la gouvernance en cas de besoin. L'établissement ne dispose pas de résolution des conflits en externe. Si un personnel en ressent le besoin une psychologue de l'établissement est disponible pour le recevoir. La réponse aux risques auxquels l'établissement peut être confronté est effective. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Le CHSLP est établissement de 3ème ligne. L'établissement est en direction commune piloté par le CHUGA, qui permet de mettre à disposition des professionnels comme des médecins lorsqu'il manque une

spécialité dans les unités de soins ou d'adapter le nombre de lits. Les risques pouvant générer des tensions hospitalières sont identifiées et intégrés au plan blanc/bleu (glissement de terrain, entreprise à risques, inondations...). Des exercices ont été réalisés en collaboration avec l'ARS en 2022 et 2023 avec un regroupement de la cellule de crise en dix minutes. Les équipes ont la possibilité de sectoriser par étage, par couloir, modifier les chambres double en simple et inversement, d'avoir accès à un stock d'EPI en cas de besoin. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée bien que le plan de sécurisation de l'établissement reste à formaliser. Les enjeux du développement durable sont pris en compte avec un référent nommé qui est le responsable du service économie et logistique. L'établissement agit pour influencer les comportements des professionnels et des patients en faveur du développement durable : tri des déchets (carton, plastique...), encouragement au covoiturage et à l'utilisation de vélo avec mis en place d'un garage. La consommation d'eau et d'électricité sont suivis, des actions sont mises en place comme l'extinction des lumières sur certains horaires, passage à l'inox au lieu de barquettes, un projet de réseau de chaleur avec une pré étude de chauffage à bois. L'établissement a mis en place un numéro d'urgence vital unique connu dans les services. Les professionnels sont insuffisamment formés à l'AFGSU. L'établissement priorise la formation des soignant et recherche activement des solutions pour pallier le manque de place en formation sur le territoire. Des chariots d'urgence et des défibrillateurs sont accessibles. Ils sont contrôlés et leur vérification est planifiée et tracée. Des exercices ont permis un plan d'action comprenant la révision de la procédure de la fausse route, de munir les aides-soignantes de téléphone. L'établissement impulse une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La gouvernance développe et soutient une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. L'appropriation de cette dynamique est portée au plus près des professionnels de terrain par l'encadrement. Les professionnels déclarent les événements indésirables et sont sensibilisés à la déclaration des « presque accidents ». Ils ont connaissance des réponses soit via le logiciel de déclaration soit lors de réunions hebdomadaires. Le circuit des événements indésirables est opérationnel, du signalement à la mise en place des actions d'amélioration suite suivant les cas à des RMM ou des CREX (méthode ALARM). Des campagnes de vaccination sont organisées avec visionnage de film, affichage, permanence par l'infirmière hygiéniste. Les freins à la vaccination sont récoltés et analysés. Les professionnels connaissent le taux de vaccination et également celui d'utilisation de solution hydroalcoolique, et les IQSS. La documentation est à disposition via un portail informatique sécurisé. Les indicateurs sécurité et qualité des soins (IQSS), non éligible pour le service de médecine et USLD, sont recueillis avec le médecin DIM, pour le SMR. Les IQSS sont analysés, exploités notamment au niveau de la CME et des instances. La CDU en est tenue informée. Bien que les scores soient bons, l'établissement a mis en place des actions d'amélioration comme pour la PEC de douleur avec des sensibilisations à la réévaluation, formation des référents douleur. Toutefois, il n'est pas retrouvé de revue de pertinence des admissions ni d'indicateurs d'alerte. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : S'assurer du respect de l'intimité et de la dignité des patients dans les locaux d'USLD Evaluer les situations de maltraitance Former régulièrement l'ensemble des professionnels aux gestes et soins d'urgence.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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 2024

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	25
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	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			Médicament à risque injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
2	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète	

5			<p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
6	Audit système			
7	Patient traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
8	Audit système			
9	Parcours traceur		<p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
10	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	

11	Traceur ciblé			Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
12	Traceur ciblé			Vers plateau technique et/ou radiologie
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Traceur ciblé			Précautions complémentaires
18	Traceur ciblé			EI
19	Traceur ciblé			Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
20	Audit système			
21	Traceur ciblé			Antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
22	Audit système			
23	Audit système			

24	Audit système			
25	Audit système			
26	Audit système			
27	Traceur ciblé			Médicament à risque et/ou antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Traceur ciblé			Dans le service où a lieu la transfusion

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

