



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
DU BOIS PETIT**

8 avenue de la liberation

Bp 31

76301 SOTTEVILLE LES ROUEN



Validé par la HAS en Janvier 2023

---

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 – Janvier 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	20
Annexe 3. Programme de visite	24

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER DU BOIS PETIT	
Adresse	8 avenue de la liberation Bp 31 76301 SOTTEVILLE LES ROUEN Cedex FRANCE
Département / Région	Seine-Maritime / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	760782425	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS PETIT	8 avenue de la liberation Bp 31 76301 SOTTEVILLE LES ROUEN CEDEX FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

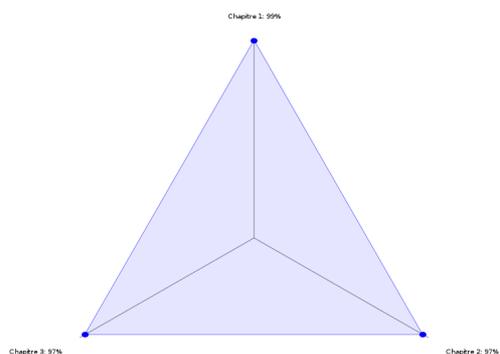
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

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

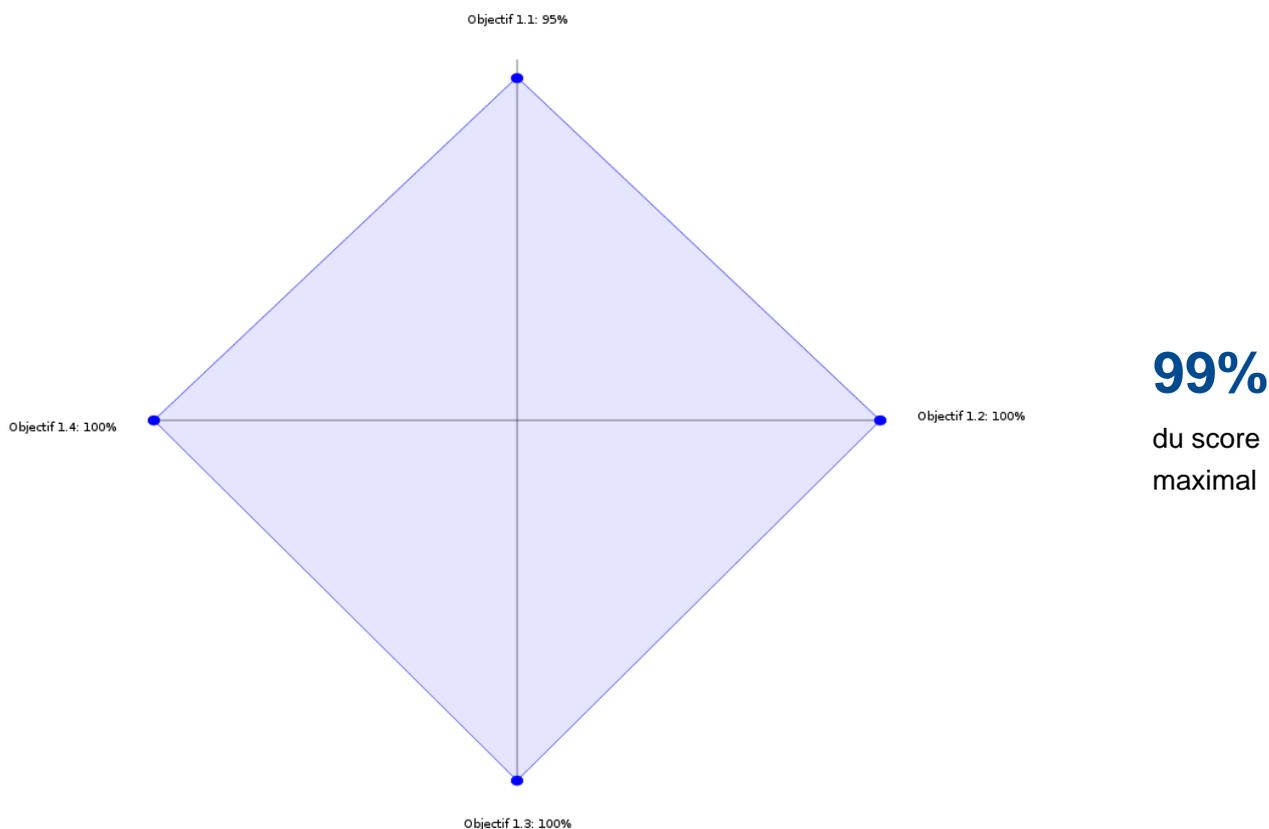
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

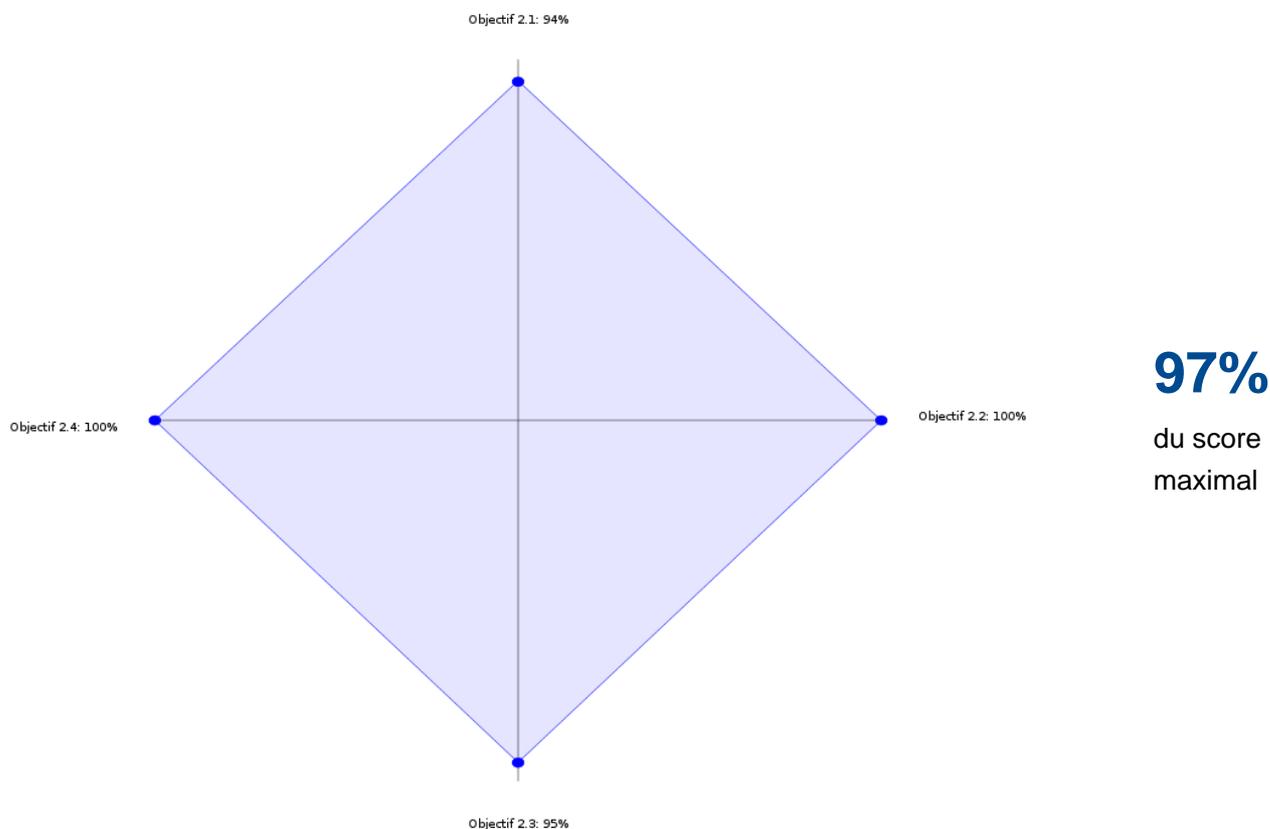


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients rencontrés ont tous souligné leur implication dans leur prise en charge et dans l'élaboration en multidisciplinarité de leur projet de soins pour lequel ils peuvent exprimer leur consentement libre et éclairé. L'expression du patient en fin de vie et de ses proches est favorisée. Dans tous les services on retrouve la charte de la personne hospitalisée et une charte de bienveillance. Les supports d'information et de communication sur les messages de santé publique et la prévention primaire sont essentiellement affichés dans la salle de rééducation qui était en travaux de peinture lors de la visite. Les patients désignent une personne de confiance dont l'identité est tracée dans le dossier, et ils sont systématiquement informés sur les directives anticipées. Les patients sont incités à répondre au questionnaire de satisfaction dont le taux de retour est de 58%. Les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité et de la dignité des patients,

dans les chambres à deux il y a un rideau qui sépare les deux lits. La confidentialité des données des patients est respectée, les accès au dossier patient informatisé sont sécurisés par identifiants personnalisés et mots de passe régulièrement modifiés. Les aptitudes et capacités des patients âgés ou vivant avec un handicap font l'objet d'une évaluation systématique, et les mesures permettant le maintien de leur autonomie sont mises en place. Les contentions mécaniques sont limitées au maximum, quand elles existent elles font l'objet d'une décision médicale motivée et tracée dans le dossier du patient, et elles sont régulièrement réévaluées. La prise en charge de la douleur, que ce soit pour l'anticiper ou la soulager rapidement est soulignée par les patients et sa traçabilité est retrouvée dans les dossiers. Avec l'accord du patient, la participation des proches et/ou des aidants à l'élaboration du projet de soins est recherchée par les équipes. Dès l'entrée du patient sa situation sociale et ses conditions de vie habituelles sont prises en compte en multidisciplinarité pour l'élaboration de son projet de soins et pour la préparation de sa sortie. Malgré l'information faite par l'établissement sur les représentants des usagers (livret d'accueil, affichage à l'accueil et dans les couloirs), les patients rencontrés ne les connaissaient pas.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

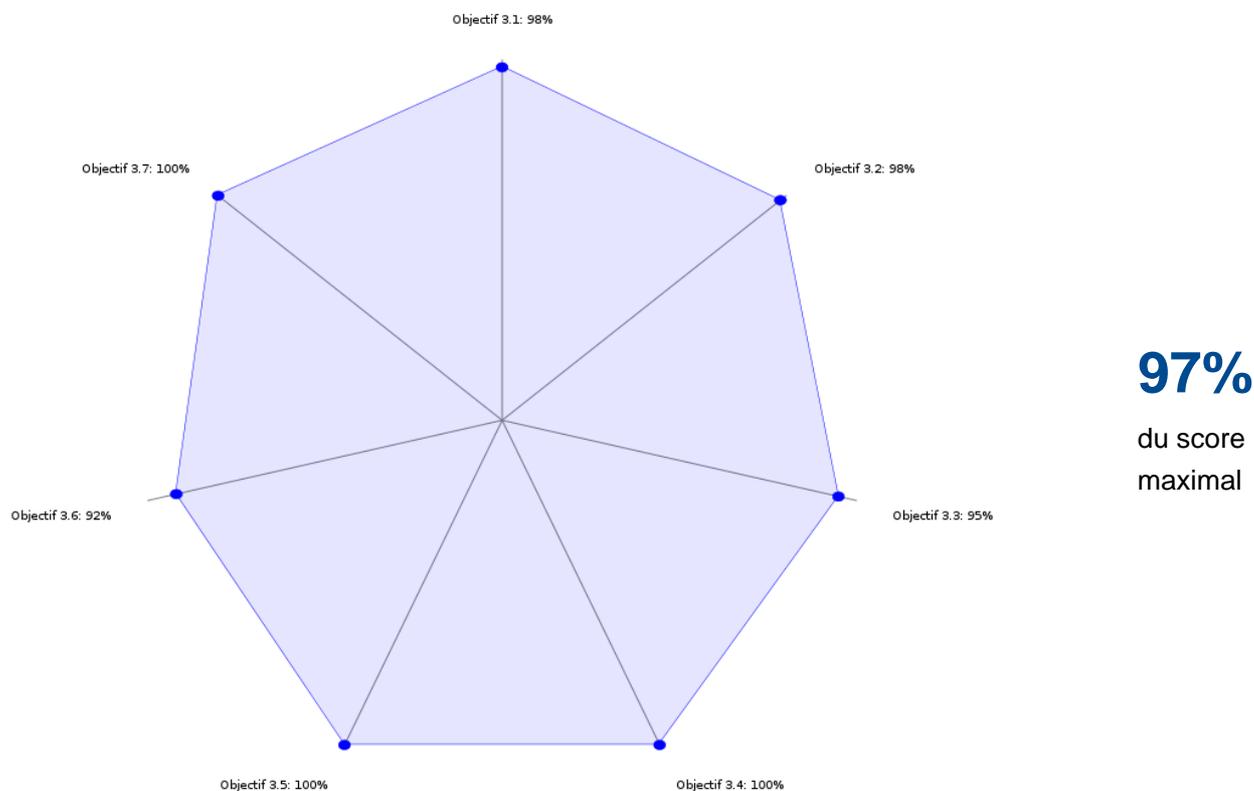


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	94%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

En s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques et sur l'analyse bénéfice risque partagée avec le patient, les professionnels évaluent en multidisciplinarité la pertinence des hospitalisations et des prises en charge, notamment lors des staffs hebdomadaires. Les prescriptions des traitements antibiotiques répondent à des justifications tracées dans le dossier informatisé du patient, mais les réévaluations entre la 24<sup>e</sup> et la 72<sup>e</sup> heures de leur pertinence ne sont pas systématiques, comme le montre l'indicateur régulièrement suivi par la pharmacienne. Une réunion pluri professionnelle est réalisée chaque semaine et réunit l'ensemble des intervenants afin de faire le point sur le projet de soins du patient et le réajuster en fonction de ses besoins, attentes et remarques. Si une prise en charge est complexe, le médecin assiste et présente le dossier en Visio au staff de gériatrie du CHU de Rouen. Le dossier patient complet et accessible à l'ensemble des

professionnels. A l'arrivée du patient, une évaluation médico soignante détermine l'autonomie physique et cognitive du patient et l'identification des facteurs de risques iatrogènes. Cette prise en charge permet de prendre en compte les fragilités du patient et conduit à la mise en place d'un accompagnement adapté favorisant l'autonomie du patient tout en prévenant les risques. Il existe une convention avec une équipe de gériatrie, la télémédecine est utilisée notamment pour les consultations de dermatologie. Les conditions de vie habituelles recensées avec le patient par les différents professionnels sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie. Un bilan social est réalisé lors du séjour du patient afin d'anticiper les besoins du patient pour sa sortie. Il est pris en compte dans le projet de soins et de vie. Ainsi, la prise en compte de l'environnement et des conditions de vie permet la préparation de la sortie et la mise en place des aides nécessaires dans le respect des besoins et préférences des patients. La lettre de liaison est remise au patient le jour de la sortie. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification des patients qui sont tous porteurs d'un bracelet d'identification, et l'ensemble des documents du dossier papier sont identifiés. Les vigilances sanitaires sont organisées par la gouvernance mais peu connues par les professionnels rencontrés. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires. Des référents hygiène sont nommés, ils participent aux réunions du CLIN et du Copil qualité, aux recueils des indicateurs IQSS, aux audits internes (lavage des mains, boîte à coucou, port du tablier...) et à l'élaboration, la mise en place et le suivi d'actions d'amélioration, par exemple concernant l'utilisation des solutions hydroalcooliques. Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées. La prescription des médicaments est conforme à la réglementation. L'analyse pharmaceutique est exhaustive, la conciliation médicamenteuse est effective. La dispensation est hebdomadaire individuelle et nominative. Le patient est informé des médicaments qu'il prend, les médicaments sont identifiables jusqu'à leur administration, notamment grâce au surétiquetage réalisé à la pharmacie. La traçabilité de l'administration des médicaments est effective, de même que leur non administration. La liste des médicaments à risque est connue des professionnels. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (grippe) et obligatoires (COVID-19, hépatite B). Les médecins de l'établissement assurent la vaccination. Des analyses de pertinence des pratiques professionnelles sont organisées chaque trimestre par les équipes sur des prises en charge complexes. La prochaine sera sur la prise en charge des troubles du comportement. Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont réalisées par les équipes, par exemple une EPP sur les chutes liées au mauvais chaussage avec comme action d'améliorations mise en place à l'entrée des patients de la prescription de nouvelles chaussures si le risque est avéré. Les équipes déclarent les événements indésirables (EI) sur l'intranet ou des formulaires papier qui sont transmis à la responsable qualité. Ces EI sont analysés tous les 15 jours en cellule EI réunissant la RAQ, le cadre, la pharmacienne et les gestionnaires des risques qui sont des professionnels formés selon les domaines : soins, identitévigilance, malveillance, technique, prise en charge médicamenteuse ... Les EI sont envoyés au cadre. Des actions d'amélioration sont mises en place immédiatement ou en fonction de la criticité de l'EI un CREX est déclenché pour une analyse approfondie selon la méthode ORION. Les professionnels participent aux analyses des EI. L'établissement favorise la formation des professionnels au CREX : sur 40 professionnels en SSR, 4 soignants, 2 médecins, 1 cadre et la pharmacienne sont formés au CREX. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs et des évaluations de la satisfaction et de l'expérience patient.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	95%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Le Centre Hospitalier du Bois Petit fait partie du GHT Rouen cœur de Seine composé de neuf établissements : le CHU de Rouen est l'établissement support, des partenariats sont développés : COPIL qualité GHT, commission des soins GHT, CME GHT. L'établissement participe aux projets territoriaux des parcours. Le répertoire national de l'offre de santé et d'accompagnement médicosocial (ROR) est mis à jour. Les médecins

participent aux réunions communes de gérontologie, par exemple le « groupe itinéraire fracture du col chez la personne âgée ». Un groupe de travail est mis en place sur le partenariat « ville- hôpital. Une convention est formalisée avec le CCAS de la mairie de Sotteville pour le pôle de gérontologie. La télémédecine est développée notamment pour les consultations de dermatologie, de géronto psychiatrie, les avis cardio et les urgences (tablette télémédecine). Les usagers, les partenaires de ville ou les autres acteurs hospitaliers ou médico sociaux peuvent joindre aisément l'établissement par téléphone ou internet pour faciliter l'accès aux soins ou fluidifier les contacts avec les acteurs du territoire. Des circuits formalisés et opérationnels sont mis en place pour éviter le passage des personnes âgées aux urgences : numéro direct au CHU de Rouen pour l'hospitalisation d'un patient. Un circuit court est également formalisé avec le site St Julien du CHU qui est un établissement de médecine gériatrique. L'anticipation des situations de tension saisonnières avec les principaux services impactés est opérationnelle. Lors de situations de tension, le médecin chef du pôle de gériatrie du CHU de Rouen organise tous les mardis une visio conférence avec l'ensemble des établissements SSR afin d'identifier les places en hébergement. L'alimentation du Dossier Médical Partagé n'est pas réalisée, la messagerie sécurisée est principalement utilisée par les médecins et la pharmacienne. L'établissement mène de nombreuses actions de promotion de la bientraitance et s'assure de l'appropriation des bonnes pratiques visant au repérage et à la prévention de la maltraitance ordinaire. Des formations à la communication sont dispensées aux professionnels. La charte de bientraitance est affichée et connue des professionnels. Une procédure de déclaration de la maltraitance est formalisée. Si la situation se présente il est fait une déclaration d'évènement indésirable afin qu'il soit traité au plus vite. Des discussions éthiques autour de la maltraitance ordinaire sont engagées avec les professionnels. Pour les personnes vulnérables les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge en interne et en externe sont organisés. Des enquêtes de satisfaction internes sont réalisées au travers du questionnaire de sortie. Deux professionnels référents rencontrent les patients la veille ou le jour de leur sortie et leur propose de les aider au remplissage du questionnaire. Le taux de retour est de 58%. L'accès du patient à son dossier est organisé, les délais sont respectés. Le fonctionnement de la commission des usagers est réglementaire, les représentants sont informés des plaintes et réclamations, des évènements indésirables graves et associés aux soins. Le déploiement de la culture qualité est intégré dans toutes les dimensions de la stratégie de l'établissement et les objectifs sont déclinés dans un programme d'actions. Le Copil Qualité intègre la direction, les cadres de santé SSR et EHPAD, la cadre supérieure coordonnatrice des soins, les médecins, les représentants des instances CLIN (pharmacienne), CLUD, une IDE et une AS du SSR et EHPAD, un représentant des usagers et un représentant du personnel. Il se réunit 4 fois par an au minimum et invite des référents des groupes de travail en fonction de l'ordre du jour. Le CODIR se réunit chaque lundi matin : équipe de Direction, encadrement paramédical, responsable qualité et médecin. L'établissement assure une adéquation entre les ressources humaines et la qualité sécurité des soins. Un pool de remplacement est en place et permet de couvrir les besoins des remplacements dit " courts". Les besoins en formation sont recueillis lors des entretiens d'évaluation des compétences des professionnels. L'établissement détermine chaque année ses axes prioritaires pour la montée en compétence des professionnels. Une commission de formation statue sur l'ensemble des demandes. Un livret d'accueil est remis à chaque nouveau recruté. L'établissement est engagé dans la démarche CLACT (contrat local d'amélioration des conditions de travail). La politique QVT est intégrée dans le volet social. Des enquêtes de satisfaction des professionnels ont été menées en 2017 par la psychologue du travail et fin 2021. Pour exemple un plan d'égalité homme/femme est formalisé. Des actions QVT sont inscrites dans le PAQSS : réduction de la précarité de l'emploi, aide au retour du congé longue maladie. Des dispositifs de soutien sont mis en place pour les professionnels avec les deux psychologues de l'établissement. Le plan de sécurisation des établissements de santé est actualisé. Un RETEX a été réalisé suite à la crise sanitaire COVID. Des RETEX sont également réalisés lors d'une prise en charge d'une urgence vitale. Les patients à risque de fugue sont dotés d'une montre connectée avec alerte reportée sur les DECT des professionnels s'ils franchissent une sortie. Une évaluation initiale du risque suicidaire est réalisée, les professionnels sont formés par une psychologue. Les professionnels sont formés aux gestes de première urgence, le matériel d'urgence

est contrôlé et sa vérification est tracée. Le numéro unique d'appel d'urgence n'était pas affiché lors de l'arrivée des experts visiteurs, il l'a été dès la fin de la première matinée de la visite. Les risques numériques et leur prévention sont connus des professionnels. La politique développement durable n'est pas formalisée mais la gouvernance agit pour influencer les professionnels à la mise en place des actions de développement durable, par exemple le tri des impressions ou le tri des déchets. Un atelier sur le tri des déchets a été organisé dans les journées sur la sécurité des patients. Un axe de travail est en cours de réflexion sur l'isolation de l'établissement afin d'éviter la perte énergétique. Un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux de développement durable a été réalisé en 2018 et un second en juillet 2022. Il n'y a pas de plan de maîtrise des risques environnementaux formalisé mais des actions sont inscrites dans le PAQSS. Les procédures et modes opératoires, basés sur les recommandations de bonnes pratiques, sont rédigés par les différents professionnels référents et supervisés par la RAQ. Ils sont dans la gestion documentaire, à la disposition des professionnels sur l'intranet. Le PAQSS est utilisé en routine et sert de feuille de route pour la gouvernance. Il est alimenté par les analyses des événements indésirables, des questionnaires de satisfactions des patients, les résultats des audits et enquêtes internes et les évaluations menées dans le cadre de la préparation à la certification : patients traceurs, parcours, traceurs ciblés. Les indicateurs QSS nationaux et internes sont analysés en équipe et des plans d'action en découlent et sont inscrits dans le PAQSS, par exemple sur la prise en charge de la douleur (100%) ou le projet de soins (94%). Les professionnels référents des groupes participent au recueil des indicateurs nationaux et internes. Une lettre mensuelle est diffusée à l'ensemble des professionnels « l'ACTU QUALITE », elle informe sur le PAQSS, les plans d'action des EI, les résultats des indicateurs nationaux, internes et des audits ... Bien que l'accréditation des équipes médicales et paramédicales soit non applicable pour le SSR, un partenariat avec la faculté de médecine générale de ROUEN est actif. Le COPIL qualité GHT a mis en place des patients traceurs inter-établissements et un groupe de travail sur la gestion des EI.

# 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	760782425	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS PETIT	8 avenue de la liberation Bp 31 76301 SOTTEVILLE LES ROUEN CEDEX FRANCE
Établissement principal	760000802	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS PETIT	8 avenue de la liberation Bp 31 76301 SOTTEVILLE LES ROUEN Cedex 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	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Audit système	Représentants des usagers		
3	Audit système	QVT & Travail en équipe		
4	Audit système	Leadership		
5	Audit système	Maitrise des risques		
6	Audit système	Engagement patient		
7	Audit système	Coordination territoriale		
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque + ATB
9	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
10	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé	

12			Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
15	Audit système	Dynamique d'amélioration		
16	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
17	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA
18	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Transfusion sanguine non réalisée dans l'établissement
19	Parcours traceur			

---

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

---

