



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
FRANCOIS QUESNAY**

2, boulevard sully  
78200 Mantes La Jolie



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 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	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	28

# 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 FRANCOIS QUESNAY	
Adresse	2, boulevard sully 78200 Mantes La Jolie FRANCE
Département / Région	Yvelines / Ile-de-france
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	780110011	CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY	2 bd sully 78201 Mantes La Jolie FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

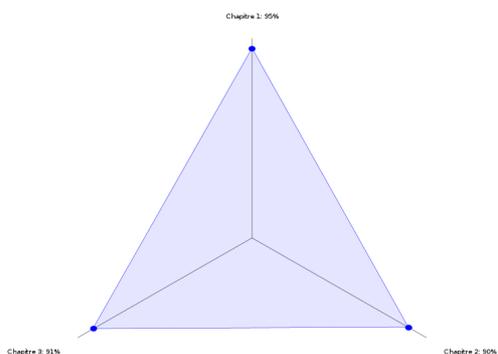
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

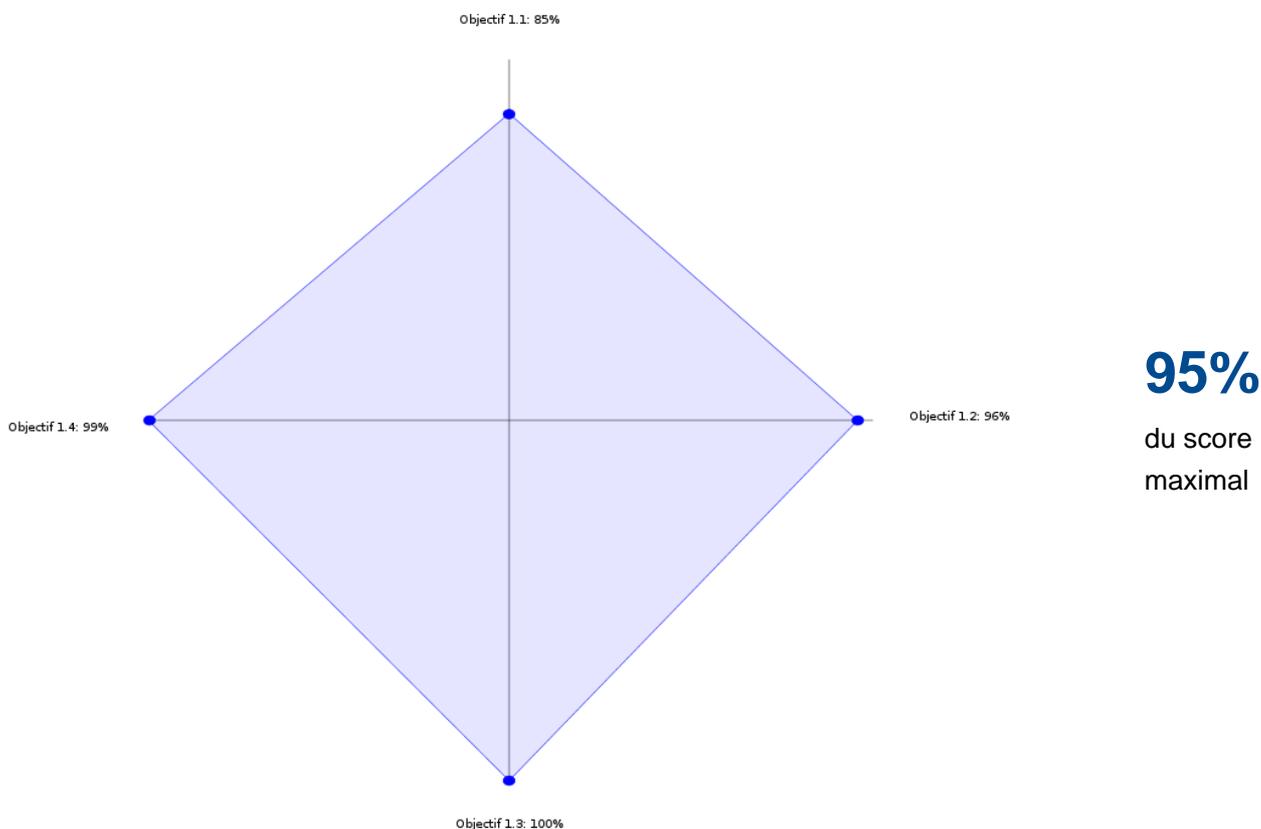
Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



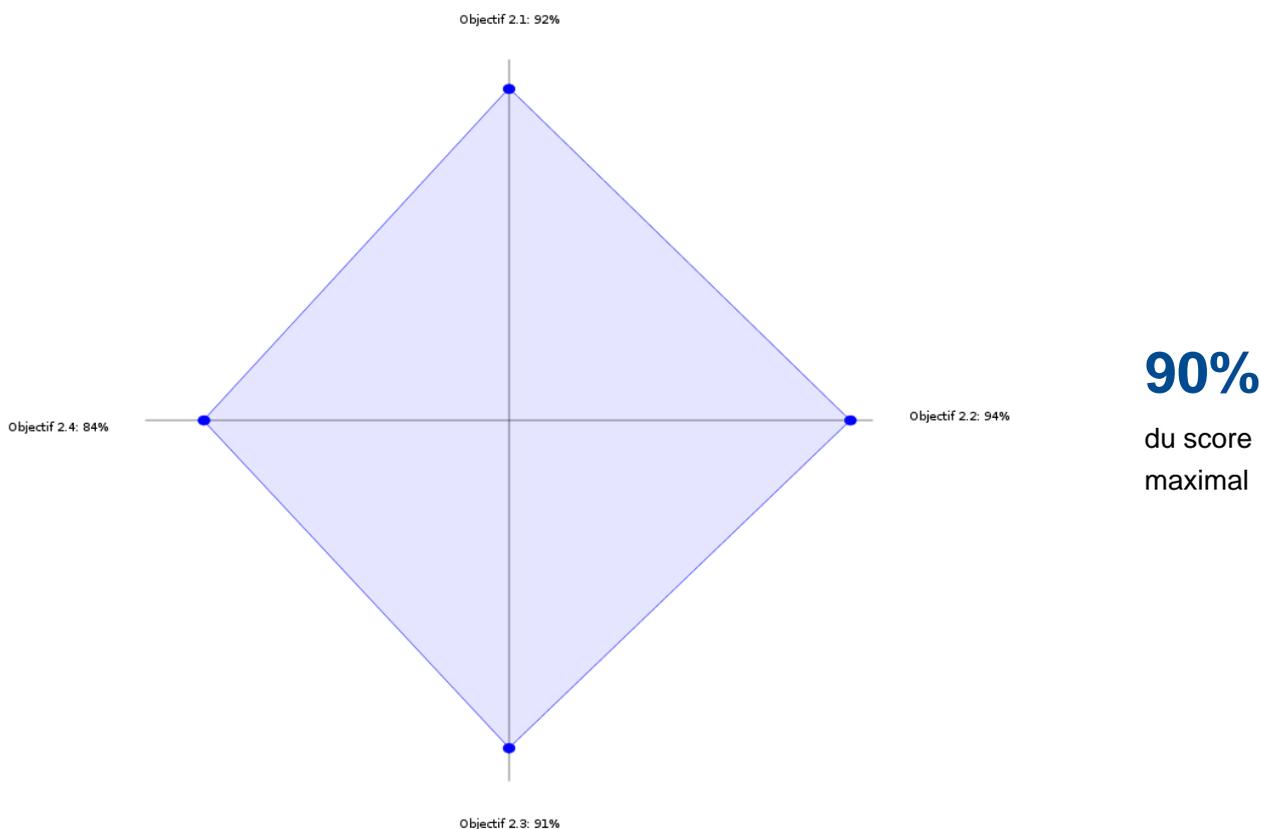
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1.2	Le patient est respecté.	96%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Dès son premier contact avec les professionnels du Centre Hospitalier François Quesnay (CHFQ), le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins sont apportées aux patients tout au long de son hospitalisation grâce à différents moyens de communication (entretien individuel, livret d'accueil, affiches, plaquettes d'information sur la santé...). Plusieurs patients ont fait part aux experts-visiteurs avoir manqué d'information sur le délai d'attente aux urgences et à l'horaire de leurs examens, notamment. Les enfants rencontrés en pédiatrie et pédopsychiatrie ont fait part qu'ils étaient informés et impliqués dans leur projet de soin au côté de leurs parents. En maternité, les parturientes déclarent que dès le début de la grossesse, un projet de naissance a été élaboré avec les parents. Fort de ces informations, le patient participe à toute

décision thérapeutique le concernant (médicamenteuse, parcours de soin, par exemple). Ainsi, plusieurs patients ont précisé qu'étant parfaitement informés des différents soins, ils avaient pleinement participé au choix de leur parcours de soin (hospitalisation en temps complet, soins ambulatoire...). Certains patients ont confirmé avoir participé à un temps de la synthèse pluridisciplinaire afin d'échanger avec l'équipe pluridisciplinaire de son projet de soin personnalisé (soin de longue durée et soins médicaux et de réadaptation). Les patients hospitalisés en psychiatrie en soins sans consentement sont informés des modalités spécifiques de leur hospitalisation par le médecin et par une notification émanant du bureau des admissions. L'organisation et les conditions de rencontre avec leur avocat et avec le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) garantissent leurs droits. L'établissement a plusieurs projets d'éducation à la santé dont Schizo'quotidien, prise en charge du diabète et prochainement un programme concernant les patients souffrant de drépanocytose. Les équipes sont toutes vigilantes d'apporter aux patients des informations claires et adaptées qui renforcent leur capacité d'action pour sa santé comme en témoigne l'organisation et l'accompagnement du patient au sein des parcours patients comme celui de la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux ou celui de la prise en charge du myocarde. Le consentement du patient (par écrit sur papier) est systématique recueilli ainsi que ceux des parents pour les enfants. L'information et le recueil des directives anticipées ont été développés récemment dans l'établissement. Ainsi, la plupart des patients rencontrés se disent peu informés de leurs droits à rédiger ses directives anticipées. L'équipe mobile de soins palliatifs intervient dans toutes les secteurs de l'établissement pour accompagner les patients en fin de vie et sensibiliser les équipes aux bonnes pratiques en cas de soins palliatifs, notamment en oncologie, SLD et SMR. L'équipe de pédiatrie a développé son propre réseau d'expertise en la matière. Bien que les missions des représentants des usagers et les moyens de les contacter aient été affichés dans chaque unité, les patients se disent peu informés concernant leurs rôles. Ils méconnaissent également les modalités de déclaration en cas d'événement grave et de réclamation en cas de difficultés dans la prise en soin. Les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire disposent d'un document type « passeport » leur indiquant les événements indésirables possibles ainsi que les conduites à tenir, le cas échéant. Cependant aucun document indiquant les potentiels événements indésirables ni conduite à tenir n'est remis aux patients suivis en hôpital de jour en oncologie ou en psychiatrie. Lors de leur sortie, les documents nécessaires à la poursuite de leurs soins sont remis aux patients. Au sein des secteurs et plus particulièrement celui de gériatrie, les équipes évaluent l'autonomie des patients dans les actes quotidiens ce qui permet d'ajuster leurs accompagnements lors des toilettes et des repas, notamment. La prise en charge vise non seulement à maintenir l'autonomie du patient mais aussi de favoriser son lien social grâce à des programmes d'activité répondant à leurs besoins. Les équipes de psychiatrie ont peu recours à la contention mécanique en chambre d'isolement. La contention en chambre d'isolement relève toujours d'une décision psychiatrique, la traçabilité de la prescription de contention est retrouvée. La surveillance et la réévaluation sont mises en œuvre et systématiquement tracée mais le nom des professionnels effectuant la surveillance ne figure pas dans le registre d'isolement-contention. La consultation des dossiers lors du parcours traceur en USINV et UNV a retrouvé une prescription initiale conforme de contention physique, mais dont la surveillance par les soignants était tracée aléatoirement et qui n'était pas réévaluée par un médecin. Les patients rencontrés ont présenté des symptômes douloureux qui ont été pris en compte et soulagés efficacement. L'évaluation par échelle métrique de la douleur est tracée. En néonatalogie, les équipes utilisent une échelle spécifique adaptée à leurs jeunes patients. Les prescriptions d'antalgiques en « si besoin » comprennent la dose à administrer ainsi que la fréquence de prise. Dans un dossier le niveau de douleur motivant la prise du médicament n'a pas été retrouvé, notamment en gériatrie. Le CHFQ dispose de locaux récents et biens entretenus ce qui contribue à proposer des conditions d'accueil satisfaisantes selon les patients rencontrés, y compris les mineurs. Les portes des chambres sont majoritairement fermées mais peuvent restées ouvertes à la demande du patient, cette modalité est alors consignée dans le dossier du patient. Des travaux ont récemment été menés au niveau du secteur traumatologie des urgences adultes ce qui a permis de proposer un accueil adapté aux mineurs. Néanmoins, vu la configuration des locaux des urgences adultes et l'afflux régulier des patients, les pratiques soignantes ne permettent pas d'assurer systématiquement

la dignité des patients. Suite au rapport de la précédente certification, l'établissement a défini, depuis quelques mois, une zone d'attente des patients assis et allongés et une zone d'accueil des enfants aux urgences traumatologies. Les locaux d'attente des Urgences ne permettent aucune intimité, entre les patients, avec des brancards qui se touchent. Malgré la vigilance des professionnels, la préservation de l'intimité des patients est difficile au regard de locaux inadaptés les bonnes pratiques étant empêchées et impossible à mettre en oeuvre. Dans le cadre de son schéma directeur immobilier, l'établissement va réceptionner le nouveau bâtiment des urgences d'ici fin 2025, ce qui contribuera fortement à l'amélioration de l'accueil des patients et permettre le respect de leur dignité et de leur intimité. La présence et l'implication de l'entourage est toujours recherchée et respectée notamment en SLD, oncologie, obstétrique et pédiatrie. En cas d'acte chirurgical, les parents peuvent restés auprès de leur enfant de l'unité de pédiatrie au bloc opératoire ; l'enfant pouvant se rendre au bloc en « voiturette » ce qui permet de baisser considérablement leur état d'anxiété. Les conditions de vie et le lien social du patient sont pris en compte. En psychiatrie et SLD de nombreuses médiations thérapeutiques sont proposées dans un objectif de socialisation parfois en partenariat avec des associations du territoire : sorties culturelles, sportives, par exemple. De plus les patients en psychiatrie peuvent bénéficier d'une démarche de réhabilitation psycho-sociale intégrée au projet de prise en charge du patient. Une attention particulière est portée par les équipes de pédo-psychiatrie et pédiatrie au maintien de la scolarité des enfants : un professeur des écoles est présente quotidiennement dans le service de pédiatrie. Plusieurs des patients rencontrés, en situation de précarité ou d'handicap, ont bénéficié d'un accompagnement par les assistants sociaux pour les aider dans leurs démarches administratives ou en lien avec la préparation de leur sortie de l'hospitalisation

## 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	92%
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	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	91%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	84%

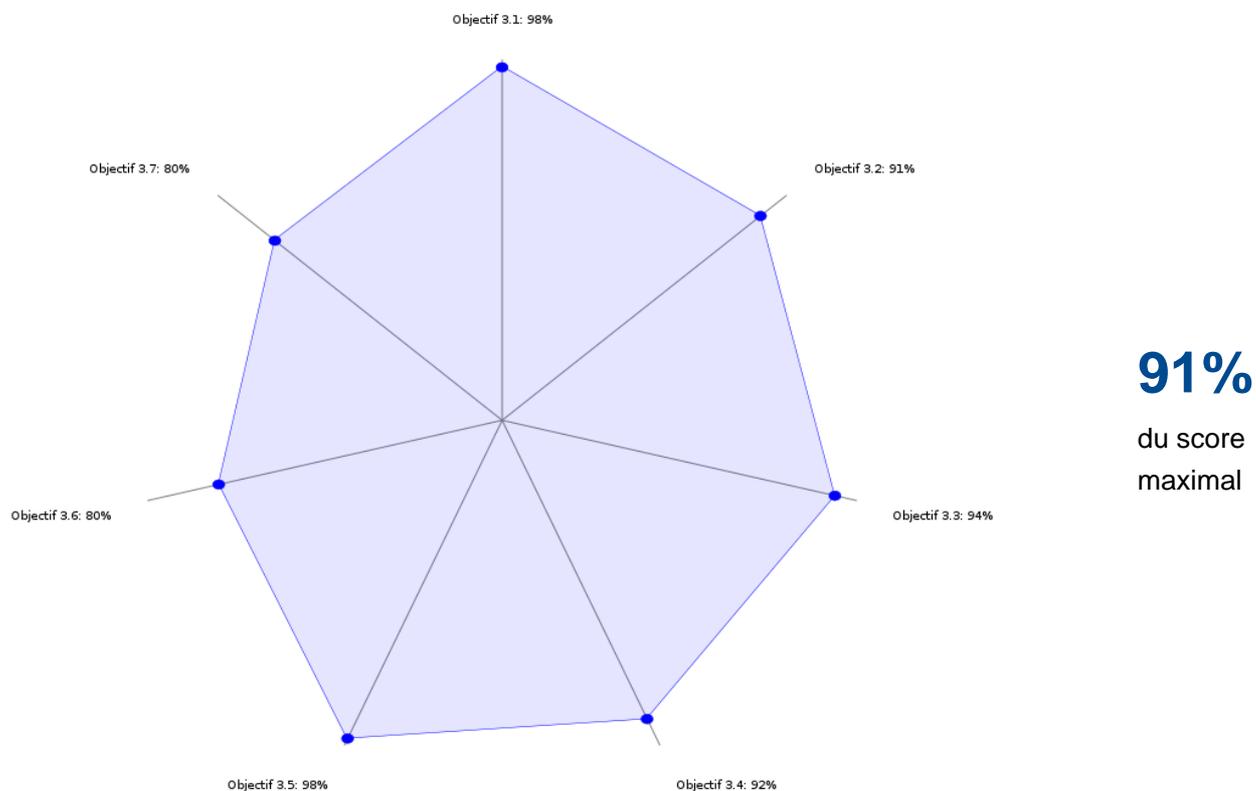
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions sont argumentées et s'appuient sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. L'équipe de l'Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire (UCAA) s'appuie sur l'équipe opérationnelle en hygiène pour actualiser les protocoles d'antibioprophylaxie tenant compte des nouvelles recommandations de la Société Française de Réanimation Anesthésie de décembre 2023. Les décisions de soins sont concertées entre les équipes pluridisciplinaires au sein de l'hospitalisation comme avec les professionnels du territoire afin de proposer le parcours de soin le plus pertinent au patient. Les professionnels de la maternité réalisent un staff anténatal en visioconférence avec l'équipe du CH de Poissy pour faciliter -le cas échéant- l'accueil des parturientes à la maternité de niveau 3 de Poissy. Une réunion de concertation pluridisciplinaire réunissant IDE, oncologue, radiologue, anapathologiste,

pharmacien et chirurgien se réunit une fois par semaine pour proposer les stratégies thérapeutiques, par exemple. La pertinence de l'orientation du patient par le SMUR est systématique. Le projet de soin est argumenté et ajusté tout au long de la prise en charge lors des entretiens médicaux et lors des réunions pluridisciplinaires comme en secteur de soins médicaux et de réadaptations (SMR) où la pertinence de l'admission est réévaluée. Suite à la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) d'avril 2023, l'équipe de psychiatrie a engagé plusieurs actions contribuant à limiter la restriction de liberté des patients et à améliorer leurs pratiques au cas de mesure d'isolement : prescription médicale d'isolement sur le dossier informatisé du patient avec traçabilité de la surveillance infirmière notamment. La majorité des prescriptions de produits sanguins labiles (PSL) est réalisée dans des situations d'urgence vitale : sa pertinence est alors toujours analysée. Toutefois, en cas de prescription et administration de PSL de façon itérative et programmée (maladie chronique), la pertinence de la prescription n'est pas retrouvée. Les résultats sont restitués dans le compte rendu du comité transfusionnel et d'hémovigilance. Il a été également constaté que dans un dossier, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 48h-72h n'a pas été retrouvée. Les équipes sont coordonnées autour de la prise en charge du patient de manière pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires. Cette coordination repose sur des temps d'échanges réguliers et la complétude et l'accessibilité du dossier patient informatisé mais aussi papier en temps utiles dans la quasi-totalité des secteurs d'hospitalisation. Au niveau du SMUR, le dossier préhospitalier permet de sécuriser la poursuite de la prise en charge aux urgences adultes comme aux urgences pédiatriques. Les IOA sont formées et disposent de grille de tri intégrée au DPI. Aux urgences pédiatriques, une grille complémentaire a été développée intégrant les situations d'handicap et de vulnérabilité afin de les prioriser : les enfants suivis en oncologie sont admis directement dans le service. Cette approche a été également menée au sein des urgences adultes et a permis un espace d'accueil pour les brancards différenciés de l'espace d'accueil des patients assis. Mais les contraintes architecturales ne permettent pas l'aboutissement des autres projets : filière spécifique aux personnes âgées, notamment. Aux urgences adultes, les durées moyenne d'attente sont extraites du DPI, affichées manuellement par les professionnels sur les écrans d'information et ajustées environ toutes les heures. Le suivi de la gestion des lits n'est pas automatisé et donc la disponibilité des lits en temps réel n'est pas connue. Cependant, un relevé est réalisé quatre fois par jour, notamment avec l'appui de deux professionnels « bed manager ». Les équipes construisent avec le patient un projet de soins adaptés à ses besoins. Ce projet de soin s'appuie sur les professionnels en soins support avec l'intervention d'équipe de recours et d'expertise comme celui de l'équipe mobiles de soins continus et d'accompagnement de l'établissement et aussi le réseau PALIPED pour les enfants, de l'équipe transversale de diététique nutrition et médecine du sport, par exemple. Les équipes de cardiologie, de neurologie et de gériatrie (équipe mobile) voire certaines équipes du GHT des Yvelines Nord qui viennent également en appui aux équipes prenant en charge le patient afin d'ajuster le projet de soin. Cette coordination est d'autant plus prégnante lorsque le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. Les bonnes pratiques sont mises en œuvre au bloc opératoire et sur les secteurs interventionnels où la check-list sécurité des patients est utilisée de manière efficace car une analyse de la réalisation de cette dernière est menée depuis plusieurs années avec élaboration d'un plan d'actions. La coordination de la programmation de l'activité du bloc opératoire est en place. La transmission des informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge est assurée. Cependant si le logiciel du bloc opératoire permet de tracer le motif de déprogrammation, il n'a pas été constaté d'analyse régulière au regard de ces déprogrammations ni la mise en place d'actions d'amélioration. L'établissement est dans l'attente d'une évolution du logiciel du bloc pour permettre cette analyse. Les équipes accueillant des enfants et des adolescents consultent le carnet de santé de l'enfant mais et notent systématiquement sur ce carnet les informations concernant son suivi, notamment au bloc opératoire. En psychiatrie, la plupart des patients sont hospitalisés via les urgences où ils bénéficient d'un examen somatique complet. Ensuite un somaticien intervient deux fois par semaine dans le service d'hospitalisation complète et permet un suivi somatique tout au long de la prise en charge. L'équipe soignante est vigilante à la surveillance et mesure des paramètres vitaux. Les patients ont ensuite accès au plateau technique et à des

consultations spécialisées selon les besoins. En cas d'isolement thérapeutique, le médecin psychiatre effectue l'évaluation somatique en cas d'indisponibilité du médecin somaticien. L'organisation de la sortie du patient est anticipée, préparée avec lui et son entourage. L'information des correspondants du patient est réalisée lors de sa sortie, par un courrier de sortie (= lettre de liaison) qui est adressé au médecin traitant par courrier. Les délais de remise de la lettre de liaison au patient se sont améliorés récemment. Si certains secteurs s'attachent à remettre au patient sa lettre de liaison le jour de sa sortie, la formalisation d'une lettre de liaison n'a pas toujours été retrouvée lors des investigations. Les équipes maîtrisent en grande partie les risques inhérents à leurs pratiques, notamment ceux propres au risque infectieux. La plupart des responsables d'unités connaissent les taux de couverture vaccinale des professionnels de leur unité et sensibilisent les équipes. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) est particulièrement impliquée dans la maîtrise du risque infectieux dans les secteurs à risques (bloc opératoire et secteurs interventionnels), de nombreux audits sont réalisés. Suite à l'audit en 2022 « antibioprophylaxie liées aux actes invasifs », une nouvelle maquette du dossier d'anesthésie a été travaillé pour intégrer lors de la consultation pré-anesthésique le choix de la molécule d'antibioprophylaxie. Ce nouveau dossier va prochainement être mis en place. Lors de la visite, un certain nombre de dossier pré-anesthésique ne mentionnait pas d'antibioprophylaxie alors que l'administration d'un antibiotique était retrouvée sur la check-list opératoire et sur le dossier anesthésie du patient. L'administration de l'antibiotique se fait systématiquement avant le début de l'acte chirurgical. Les équipes connaissent les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions standard et complémentaires et les bonnes pratiques sont mise en œuvre et la traçabilité assurée dans le DPI du patient. En secteur d'endoscopie, toutes les bonnes pratiques de traitements des endoscopes et de traçabilité sont mise en œuvre par les équipes. Les équipes connaissent les bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains et le taux de consommation de SHA de leur service (affichage semestriel). Néanmoins, certains professionnels privilégient encore le lavage des mains à l'eau et au savon et ne retirent pas l'ensemble de leurs bijoux lors des soins. L'établissement a établi les règles de bonnes pratiques en matière d'identitovigilance et les professionnels les mettent en œuvre : le patient dispose d'un bracelet d'identification dans les unités de MCO et SMR. Cependant les équipes ne savent pas toutes comment contacter les référents de la commission d'identitovigilance en cas de doute de l'unicité d'un dossier patient. Les risques propres à la prise en charge médicamenteuse sont connus et pris en compte. Plusieurs documents à destination des professionnels sont à disposition pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. La prescription est informatisée dans la majorité des services. Les modes d'approvisionnements par la pharmacie sont adaptés aux besoins des services. Le stockage des médicaments est maîtrisé, excepté les chariots d'anesthésie qui ne disposaient pas de moyens de sécurisation. L'établissement a immédiatement mis à disposition des chariots permettant la sécurisation des produits médicamenteux. Certains services bénéficient d'un système sécurisé et informatisé de stocke des médicaments (armoires sécurisées), améliorant la sécurité du stockage et du prélèvement des médicaments qui y sont stockés. Toutefois, il persiste quelques médicaments en blisters qui ne sont pas en présentation unitaire (c'est-à-dire qui perdent leur identification et / ou date de péremption en étant découpé) ne sont pas reconditionnés ou sur-étiquetés. Les services de soins peuvent ne plus pouvoir identifier de façon fiable le médicament jusqu'à son administration. L'établissement a défini une liste des médicaments à risque (MAR) pour l'établissement et à identifier les molécules spécifiques selon la patientèle accueillie. Le risque iatrogène des MAR est bien visible. Quelques 200 professionnels ont été sensibilisés à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, notamment avec un support original de « serious game ». Le bilan thérapeutique (comparatif du traitement avant hospitalisation avec le traitement de sortie) ne figure pas à la lettre de liaison. L'établissement a défini un dispositif de veille sanitaire. Le plan d'action de toutes les alertes est structuré mais certains professionnels rencontrés méconnaissent ce dispositif, notamment d'alertes ascendantes et descendantes. Si certains facteurs de risques de dépendance iatrogène sont tracés dans le DPI par les professionnels, les patients rencontrés se disent peu informés de ces risques ni des actions de prévention pour les éviter. En maternité, les équipes mettent en œuvre les pratiques attendues pour maîtriser les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat. En cas de transfusion, la traçabilité de la prescription, de l'administration

et des éléments de surveillance dans le dossier du patient sont retrouvés. Le responsable d'hémovigilance suit le taux de destruction mesuré en 2022 à 0,77%. Les équipes de soins en psychiatrie, amenées à gérer des épisodes de violence, sont formées aux techniques de pacification. La formalisation de plan de prévention partagée pour les situations le requérant est en cours de déploiement par les équipes mais, au moment de la visite, aucun plan de prévention partagé n'est élaboré avec les patients. L'établissement recueille les IQSS et les résultats sont diffusés à chaque équipe qui mène des actions d'amélioration. Cependant, chaque secteur ne dispose que peu d'indicateurs de pratique clinique et organisationnels adaptés à son activité même si certains services ont mis en place des CREX ou des RMM (bloc opératoire, oncologie). Le service de chirurgie digestive dans le cadre de son EPP sur les cholécystectomies et l'Unité de Soins Intensifs Neuro vasculaire dans le cadre de son EPP de suivi post-AVC ont effectué plusieurs bilans. Toutes les évaluations (enquêtes et questionnaires de satisfaction) menées au sein de l'établissement sont analysées au niveau institutionnel : les professionnels connaissent les résultats de ces évaluations et ont défini des actions d'amélioration à mettre en œuvre dans leur unité de soin. Le recueil de l'expérience patient n'est pas structuré au sein de l'établissement et n'aboutit donc pas à la mise en place d'action d'amélioration même si les équipes s'appuient sur les remarques des patients pour ajuster leurs approches thérapeutiques. Les équipes sont sensibilisées à la déclaration des événements indésirables, le nombre de presque-accident déclaré est minime. Toute déclaration est inscrite dans un tableau de suivi accessible par tous. Les cadres de santé mettent en place rapidement des actions correctives. Les équipes participent aux analyses collectives sur les événements les plus graves. Le Copil événement indésirable décide ou non de déclarer l'EIGAS sur la plateforme ARS. Les équipes du bloc opératoire réalise des RETEX à partir du registre des NO-GO et des actions d'amélioration sont menées. Les secteurs de soins critiques n'ont pas développé d'indicateur spécifique à leur activité et le registre de refus d'admission en soins critiques n'est pas mis en place. Néanmoins, ils disposent d'un indicateur concernant les réhospitalisations à 48/72 heures.

# 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	91%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	92%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	80%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	80%

Le Centre Hospitalier François Quesnay (CHFQ) est un établissement de santé public de 579 lits et places disposant de la plupart des spécialités médicales et chirurgicales et obstétriques (MCO), d'une activité psychiatrique, mais également des soins de suite et de rééducation (SSR) et des soins de longues durées (SLD). Le CHFQ fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Yvelines nord dont l'établissement

de référence est le Centre Hospitalier de Poissy Saint-Germain en Laye. Le GHT est composé de trois hôpitaux publics, d'un établissement psychiatrique, de 5 EHPAD mais aussi d'un campus de formation. Une direction commune aux établissements du GHT est en place. Le projet d'établissement 2023-2028 reprend d'une part les ambitions de la Direction Commune hospitalière (organisations des parcours de soins entre les différents sites, soutenir les agents tout au long de leur parcours professionnels ou participer au Contrats Locaux de Santé, par exemple), et d'autre part les projets propres au CHFQ (accélérer le virage ambulatoire, développer le projet périnatalité et la filière de thrombectomie, notamment). Le Projet médico-soignant partagé s'articule autour de 10 actions dont le développement de la eSanté, soutenir les activités d'expertises du GHT ou encore organiser la lisibilité des dispositifs partenaires. Ainsi des filières inter-établissement se sont organisées : médecine d'urgence, ou filière de soins gériatriques 3M (Mantes-Meulan-Les Mureaux) qui permet de proposer aux personnes âgées des soins cohérents et gradués sur le territoire avec l'ensemble des acteurs concernés. L'établissement développe une approche prospective de son offre de soin, en cohérence avec celle du territoire. Le nord des Yvelines se caractérise par une faible densité médicales libérale et une précarité de la population. Dans ce contexte de rareté des ressources, la solidarité des acteurs de santé est de mise, notamment à grâce au travail de partenariat avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM) de son territoire piloté par le centre hospitalier spécialisé Théophile Roussel. Le médecin chef de pôle de psychiatrie co-préside au pilotage du PTSM. Le PTSM (février 2023) comprend 15 fiches d'actions prioritaires dont la prise en charge des situations de crise des adolescents et la mise en place d'un dispositif de Soins Intensifs et Inclusifs gradué à Domicile (SIID). Une politique d'Aller-Vers est définie avec la volonté d'améliorer la coordination des parcours de soins, de santé et de vie des patients hospitalisés. Des modalités de communication sont en place pour faciliter les échanges avec les acteurs du territoire et faciliter l'accès aux soins des usagers. Pour se faire, le déploiement de la prise de rendez-vous via un logiciel et la mise à disposition des professionnels d'une messagerie sécurisée est en cours. En urgence, des modalités de prise en charge rapides sont organisées, notamment pour l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC), la cancérologie et l'obstétrique. Dans le cadre de la filière de soins gériatriques 3M, les professionnels de santé de la ville peuvent solliciter un guichet unique afin d'orienter la personne âgée vers les dispositifs de prise en charge les plus pertinents et dans la mesure du possible proposer une admission dans le service de court séjour gériatrique sans passer par les urgences. Enfin, la gouvernance soutient fortement la recherche clinique dans le cadre de la direction commune hospitalière : les équipes de l'établissement participent à non seulement à des études de recherches cliniques notamment en partenariat avec le GHU de Paris-Saclay mais aussi en publiant de nombreux articles de recherche (19ième établissement français hors CHU). L'établissement promeut le recueil de l'expression du patient à type de questionnaire de satisfaction dans tous les secteurs d'activités. La satisfaction des patients est évaluée via des questionnaires spécifiques (services de gériatrie, urgences, réanimation et maternité avec recueil un jour donné) mais aussi par l'enquête annuelle e-satis dont les résultats sont affichés. Les questionnaires spécifiques sur l'expérience patient sont peu développés au sein de l'établissement. L'établissement recueille et analyse les plaintes et réclamations mais aussi les félicitations des patients afin de les intégrer dans la réflexion d'amélioration des pratiques. Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration des questionnaires de satisfaction et ils sont impliqués dans l'analyse des résultats et dans la proposition d'action d'amélioration. Les représentants des usagers sont très investis et engagés dans la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement : ils participent à la réalisation de « patients traceurs » mais aussi à des analyses systémiques suite à des événements indésirables graves. Un projet des usagers, adossé au projet d'établissement concrétise la prise en compte de l'engagement du patient au sein de la gouvernance du CHFQ. Les modalités d'écoute quotidienne auprès du patient permettent aux professionnels de percevoir leur ressenti et leurs besoins et ainsi d'adopter une attitude de bienveillance à leur égard. Les professionnels sont formés à la communication avec le patient (formation humanité, langage des signes). Le CHFQ soutient la promotion de la bienveillance comme ont pu en attester les professionnels rencontrés. Certains d'entre eux ont participé à l'élaboration de la charte bienveillance de l'établissement ainsi que celle

propre à l'unité de soins prolongés. Les professionnels sont très sensibilisés au repérage et à la prévention des violences faites aux femmes : plusieurs modes d'information et un signalement rapide est en place. L'établissement possède un patrimoine immobilier récent mais vétuste. Il propose constamment des améliorations pour favoriser l'accès et la circulation aux sein de ses structures. Toutefois certains bâtiments ne sont toujours pas accessibles aux personnes à mobilité réduite (hôpitaux de jour de psychiatrie). La signalétique et l'accès à l'information ne sont pas complètement adaptées à toutes les formes d'handicaps : visuelles et auditives notamment. Les ascenseurs disposent d'une commande vocale indiquant les étages ce qui facilite le déplacement des personnes ayant une déficience visuelle. L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier et les délais de remise des dossiers sont suivis et présentés à la CDU. La position de leadership de la gouvernance est incontestable comme en témoignent les agents lors des entretiens professionnels. Au niveau de la Direction Commune Hospitalière le directeur qualité porte le projet qualité du GHT qui est ensuite personnalisé et décliné par les professionnels de la direction qualité du CHFQ. Au sein de l'établissement des orientations stratégiques du projet qualité sont partagées au sein des instances, déclinées sur le terrain par les cadres supérieurs de santé et les médecins chefs de pôle. Les cadres de proximité associent les professionnels des unités pour qu'ils participent à la rédaction de protocole en lien avec leur activité (gastrostomie) mais aussi qu'ils s'impliquent institutionnellement (groupe escarre). L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Chaque pôle dispose de son programme d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) au niveau du logiciel qualité ce qui permet une connaissance et un suivi par les équipes. Les professionnels rencontrés lors de nos investigations ont fait part de plusieurs actions mis en œuvre dans leur service (check-list sismothérapie, amélioration de la traçabilité dans le DPI...) L'équipe de la direction qualité de l'établissement a mis en place « les lundis qualité » permettant d'échanger avec les professionnels des projets et contribuer à l'acculturation qualité et sécurité des soins (fiches réflexe). L'établissement a mené une enquête « culture qualité des soins » en 2022 auxquels 60 professionnels ont répondu. Cependant, lors des rencontres avec les agents méconnaissent cette enquête, son analyse et les suites données. La continuité des soins est assurée et ce grâce à la mobilisation des ressources et compétences de l'ensemble des professionnels du CHFQ. Afin de garantir des soins de qualité et sécurisés, l'équipe des urgences a été renforcée. De nombreux postes sont à pourvoir (médicaux notamment psychiatres, manipulateurs radio, IBODE et IADE...) mais les équipes se sont organisées, solidaires afin de garantir une réponse aux besoins des patients. Les responsables d'équipes bénéficient de formation en management. Un séminaire managérial qui s'adresse aux jeunes cadres et faisant fonction de cadre est réalisé une fois par mois au sein du GHT. L'établissement soutient financièrement l'engagement collectif : l'équipe infirmière de pédiatrie distinguée pour la mise en place d'une formation aux gestes d'urgences ou la mise en valeur d'une dynamique d'équipe entre les pôles de Soins Médicaux et de Réadaptation et gériatrique. Un comité local d'éthique est en place. Les professionnels peuvent proposer des sujets et participer aux débats. Les comptes rendus sont accessibles sur la gestion documentaire de l'établissement. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe ce qui garantit la continuité et la coordination des soins auprès du patient. Les démarches collectives d'amélioration au travail ont débuté notamment la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux. Les compétences individuelles sont régulièrement évaluées, la démarche d'entretien professionnel est déployée et des formations proposées afin de maintenir et développer les compétences des professionnels. Néanmoins les professionnels rencontrés estiment être peu sensibilisés aux démarches de travail en équipe type team building et mise en situation. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) est en place et se concrétise par des actions très concrètes comme une journée bien-être au travail (sophrologie) ou la possibilité de télétravail. La commission des risques professionnels a mené plusieurs actions sur la prévention des violences avec l'élaboration d'un guide de gestion de la violence, par exemple. Lors des rencontres professionnelles, ces derniers ont confirmé connaître le dispositif d'aide et d'écoute en cas de difficultés interpersonnelles et de conflits (sollicitation de la psychologue du travail). L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté : le Plan Blanc est formalisé, ainsi que les stratégies à adopter en cas de crises sanitaires

exceptionnelles, notamment. L'établissement a effectué en juillet 2023 un exercice grandeur nature avec ouverture d'un bloc opératoire et mobilisation des personnels compétents et a récemment mené un exercice d'entraînement concernant les risques de cyberattaque. La sécurité des biens et des personnes est portée par un plan de sécurisation et de sûreté (2020) mais les patients rencontrés se disent peu informés des règles de sécurité et les solutions de sécurisation de ses objets personnels. L'établissement a particulièrement développé la vidéosurveillance (60 caméras sur l'ensemble des sites). Des agents de sûreté sont présents aux urgences et à l'entrée du site. La politique du développement durable est portée par la direction commune hospitalière et déclinée dans chaque établissement. Seize filières de déchets ont été identifiées dont les biodéchets (self et services de soin), recyclage des gazs d'anesthésie et des encombrants. La prise en charge des urgences vitales est assurée. Un copil urgences vitales piloté par le directeur médical de crise est en place. Un numéro unique est dédié à l'urgence vitale pour joindre le médecin réanimateur. En maternité, il existe un numéro d'appel unique et rapidement identifiable pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale. Les chariots d'urgence sont contrôlés régulièrement. Deux exercices de simulation ont été menés en 2023 et ont faits l'objet d'une analyse. L'équipe de pédiatrie est particulièrement active en formation aux gestes d'urgences : les pédiatres et les IDE ont participé à des journées de formation en simulation (réanimation avancée néonatale et pédiatrique) organisé par la réanimation du CH Robert Debré. Cependant les professionnels n'ont pas tous pu bénéficier de formations récentes aux gestes d'urgence ; bien que depuis 2 ans, l'établissement a priorisé la formation AFGSU dans son plan de formation (116 agents formés en 2022 et 135 en 2023). La dynamique d'amélioration définie par la gouvernance est mise en œuvre, notamment, à travers les travaux des instances, groupes de travail et actions portées par l'encadrement et la communauté médicale. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles au sein des équipes bien que la veille réglementaire ne soit plus organisée au sein du GHT. Cependant, les revues de pertinence des admissions et des séjours ne sont pas en place dans la plupart des unités selon les professionnels rencontrés lors des audits systèmes professionnels. Une commission des séjours complexe est saisie notamment pour les séjours longs (difficulté de transfert dans des établissements d'aval). L'établissement prend en compte le point de vue du patient à travers l'analyse des questionnaires de satisfaction et du registre des plaintes et réclamations, notamment. Cependant, la plupart des professionnels rencontrés n'ont pu citer d'actions d'amélioration issues de l'analyse cette expérience. L'établissement recueille les IQSS nationaux. Une communication des résultats à chaque unité a été réalisée et en CDU. Le service qualité suit l'évolution des IQSS et met en œuvre -au regard des résultats- des actions d'amélioration si nécessaire. 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 : Permettre au patient de disposer d'un environnement permettant le respect de sa dignité et de son intimité et accessible aux patients en situation de handicap. Systématiser la prescription de l'antibioprophylaxie lors de la consultation d'anesthésie. Pérenniser la démarche qualité : organiser la veille réglementaire, suivi d'indicateurs et définition de plan d'action (suivi des déprogrammations, refus d'admission en soins critique, ...), appropriation des professionnels

# 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	780110011	CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY	2 bd sully 78201 Mantes La Jolie FRANCE
Établissement principal	780000287	CENTRE HOSPITALIER FRANCOIS QUESNAY MANTES	2, boulevard sully 78200 Mantes La Jolie FRANCE
Établissement géographique	780825246	HOPITAL DE JOUR INTERSECTEUR 1	86 rte de mantes 78200 Buchelay FRANCE
Établissement géographique	780810164	HOPITAL DE JOUR SECTEUR 78 G 2	62 r st vincent 78200 Mantes-La-Jolie FRANCE
Établissement géographique	780820346	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE INTERSECTEUR 1	222 boulevard du marechal juin 78200 Mantes-La-Jolie
Établissement géographique	780809257	CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE SECTEUR 78-G-2	64 bd du marechal juin 78200 Mantes-La-Jolie
Établissement géographique	780019550	CMP 78G01	222 boulevard du marechal juin 78200 Mantes La Jolie FRANCE
Établissement géographique	780804209	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE MANTES	Rue gounod 78200 MANTES LA JOLIE 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	Oui
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)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Oui
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	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
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)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
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	Oui
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	3,872
Nombre de passages aux urgences générales	53,312
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	19,618
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	1
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	217
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	40
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	33
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	15
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	3
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	7,114
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	32
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	9
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	40
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	50
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	12
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	56

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	56
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	33
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	15
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	48
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	2
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	9,480
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	10,088
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	19,568
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	7
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			Accueil non programmé - SMUR
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
4	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

8	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

13	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Urgences Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

18	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
19	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
20	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
21	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
22	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	

23	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
27	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

28	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
29	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
30	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
31	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Urgences</p>	

			Tout l'établissement	
32	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
33	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
34	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Patient en situation de précarité Urgences Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Soins critiques	

36			Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
37	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable
38	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
39	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable : endoscopie
40	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
41	Traceur ciblé			Per opératoire (bloc)
42	Traceur ciblé			Urgences - SMUR
43	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
44	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
45	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
46	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché
47	Traceur ciblé			NA
48	Traceur ciblé			Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
49	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
50	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable

51	Traceur ciblé			Transport - Patient assis SSR > PLATEAU TECHNIQUE Plateau technique d'imagerie
52	Audit système			
53	Audit système			
54	Audit système			
55	Audit système			
56	Audit système			
57	Audit système			
58	Audit système			
59	Audit système			
60	Audit système			
61	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire	

63			Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
65	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
66	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
67	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
68	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
69	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
70	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
71	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
72	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
73	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences	

			Tout l'établissement	
74	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
75	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable
76	Audit système			
77	Audit système			
78	Audit système			
79	Traceur ciblé			Gestion des EI
80	Traceur ciblé			Gestion des EI
81	Traceur ciblé			Per opératoire (bloc)
82	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
83	Audit système			
84	Audit système			

85	Audit système			
86	Audit système			
87	Audit système			
88	Audit système			
89	Audit système			
90	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
91	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
92	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
93	Audit système			
	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte	

94			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
95	Audit système			
96	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
97	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Tout l'établissement	
98	Audit système			
99	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable : endoscopie
100	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
101	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
	Patient		Soins Médicaux et de Réadaptation	

102	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
103	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
104	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
105	Audit système			
106	Traceur ciblé			Gestion des PSL
107	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
108	Audit système			
	Parcours		Soins de longue durée	

109	traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
110	Audit système			
111	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
112	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
113	Audit système			
114	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
115	Audit système			
116	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé	

			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
117	Audit système			
118	Traceur ciblé			Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable

---

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

---

