



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

## MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

### RAPPORT DE CERTIFICATION

---

## CENTRE HOSPITALIER DE ROSHEIM

14 rue du general de gaulle  
Bp 20032 rosheim  
67128 MOLSHEIM



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
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 DE ROSHEIM	
Adresse	14 rue du general de gaulle Bp 20032 rosheim 67128 MOLSHEIM FRANCE
Département / Région	Bas-Rhin / Grand-Est
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	670780675	HOPITAL DE ROSHEIM	14 rue du general de gaulle bp 20032 rosheim Bp32 rosheim 67128 MOLSHEIM FRANCE

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

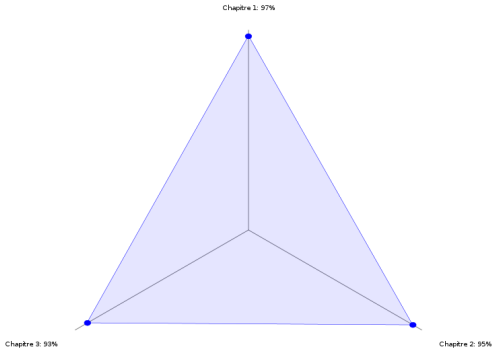
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

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

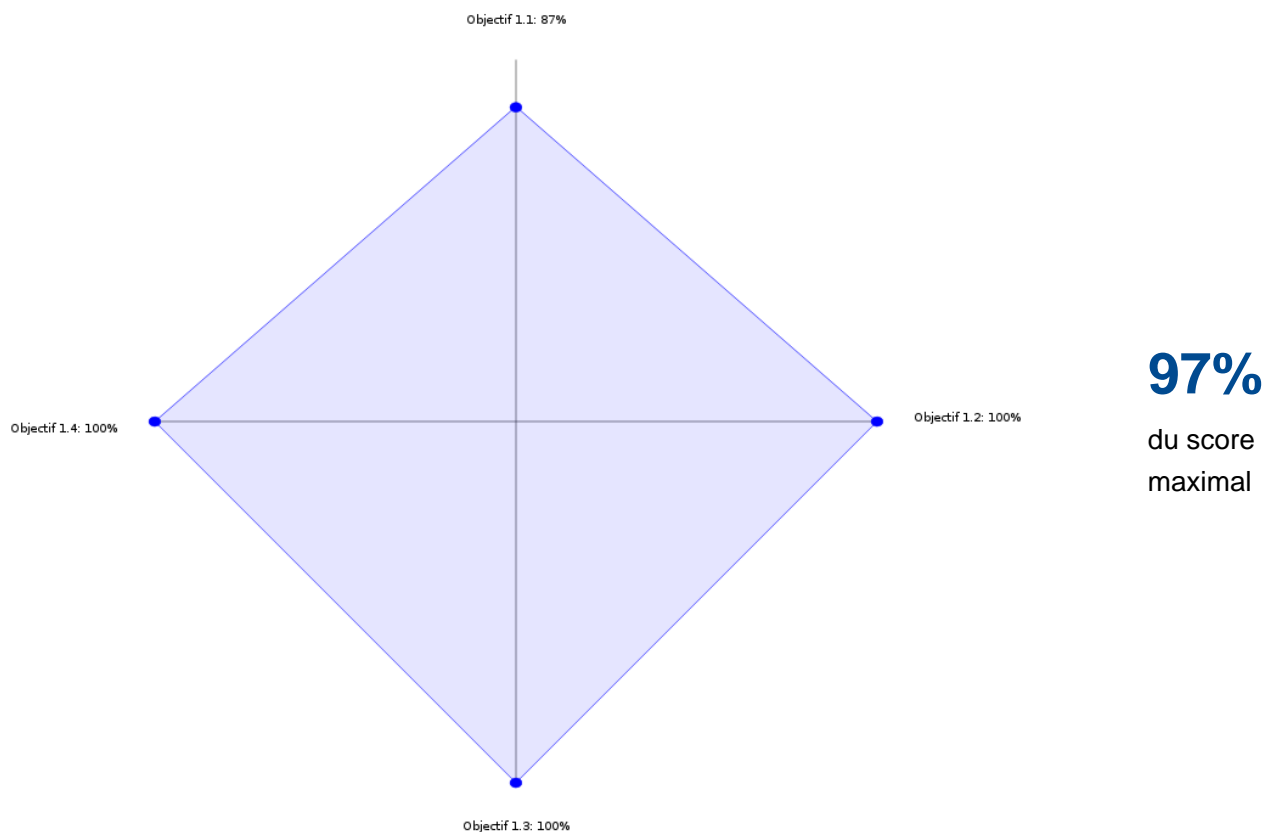
Au regard du profil de l'établissement,95 critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

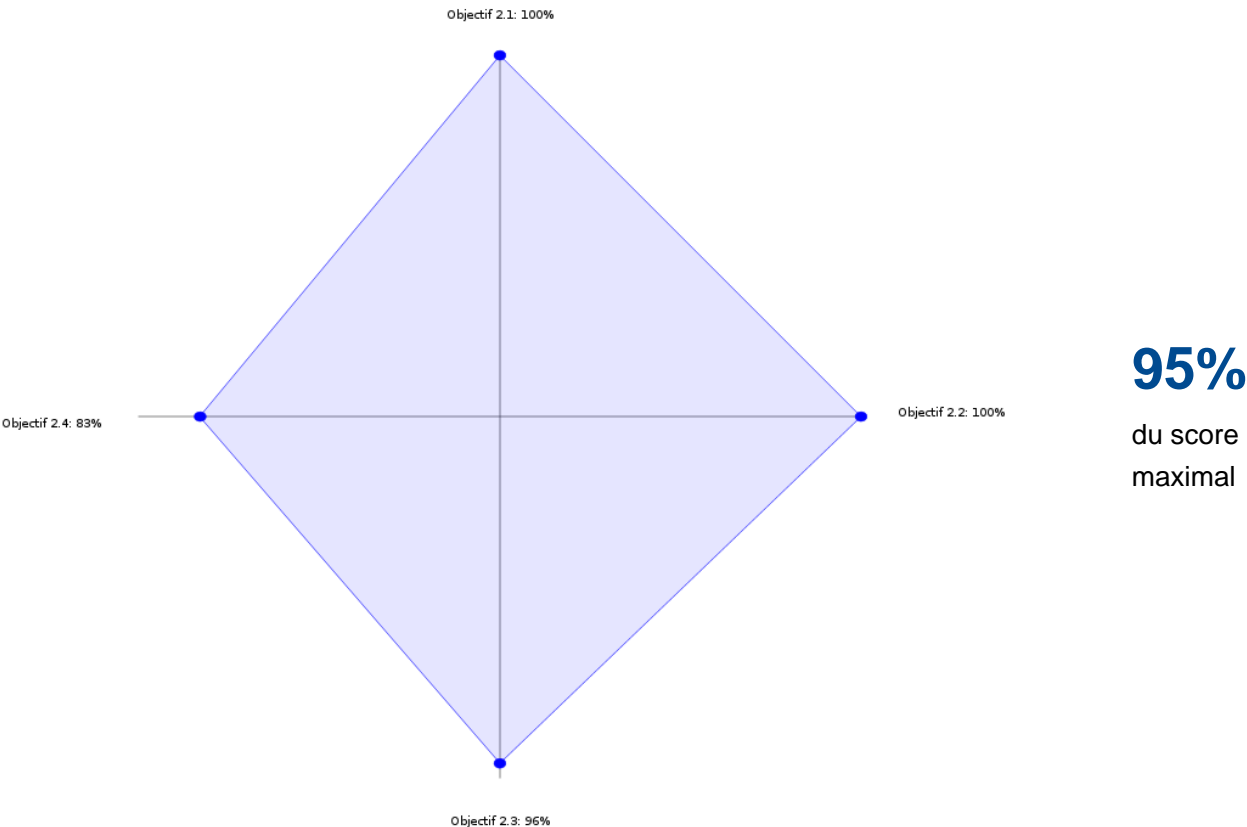


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	87%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'information du patient et son implication sont recherchées tout au long de sa prise en charge. La perception par le patient de l'information donnée reste incomplète. Le patient reçoit une information claire et adaptée à sa compréhension sur sa maladie et les objectifs de sa prise en charge en SMR. Ceci facilite le recueil de son consentement qui est tracé dans le dossier et retrouvé chaque semaine à l'issue de la réunion hebdomadaire pluri professionnelle ou lors de tout évènement intercurrent survenant dans l'évolution de sa/ses maladies. Etant donné le profil des patients hospitalisés, grand âge, poly-pathologies avec troubles cognitifs fréquents, leur accord est recherché dès l'entrée pour impliquer également les proches et ou aidants et aider à la reformulation pour optimiser la compréhension. Cette démarche vise à obtenir leur adhésion, y compris dans les situations où l'évolution n'est pas celle attendue et empêche le retour au lieu de vie antérieur. Les patients

connaissent la possibilité de désigner une personne de confiance que l'on retrouve tracée dans le dossier médical. Les chartes du patient hospitalisé, la charte Romain Jacob sont affichées. Ils sont, au cours de leur séjour, sensibilisés à l'importance des messages de santé publique concernant la vaccination, l'alimentation, l'activité physique, l'habillement et les chaussures pour la prévention des chutes. Néanmoins, les informations ne concernant pas directement la prise en charge médicale sont moins investies. Ainsi, les informations données dans le livret d'accueil et par affichages multiples ne sont pas intégrées, tels la présence des représentants des usagers, comment les contacter, les associations de patients, l'importance de faire part de leur expérience ou encore les modalités de dépôt de réclamation ou d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) survenant après la sortie. Il en est de même pour les directives anticipées malgré l'intervention d'une psychologue qui peut être sollicitée pour redonner l'information. En revanche, ils connaissent le questionnaire de satisfaction à la sortie. Le patient est informé des modifications de traitement en vue de sa sortie. Pour certaines thérapeutiques, la pharmacienne rencontre le patient et ses proches avant la sortie pour l'informer des risques de certains médicaments et sur l'emploi de certains traitements tels IPP, anticoagulants, avec remise de flyer informatifs et pédagogiques. Dans le même ordre d'idée, le projet pour 2024 prévoit l'information sur l'utilisation des sprays pulmonaires. Les conditions d'accueil et notamment les pratiques des professionnels respectent l'intimité, la dignité, la confidentialité. Durant son séjour, le patient est respecté et son intimité préservée. Les chambres sont vastes et propres permettant les déplacements en fauteuil roulant ainsi que pour les salles de bains avec WC et lavabos. Des rideaux de séparation sont en place dans les chambres à deux lits. Les professionnels sont identifiables par professions par l'intermédiaire de leurs blouses très colorées. Ils accompagnent les patients en cas de dépendance pour leurs besoins élémentaires en respectant leur intimité. La prise en compte du handicap et/ou de la vulnérabilité liés à l'âge est effective. Dès l'admission, les facteurs de risque de dépendance iatrogène sont évalués, suivis et concourent à préserver l'autonomie du patient tout au long de sa prise en charge avec l'objectif de sortie. Un bilan est réalisé à trois jours de l'admission: risques de chute, évaluation cutanée avec échelle de Braden, dénutrition puis à rythme régulier. Les patients bénéficient de séances de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'animation. Des aides techniques sont proposées et sont régulièrement réévaluées afin de les adapter à chaque patient. En cas de contention, principalement par barrières de lit, on retrouve l'information donnée, la prescription, la surveillance et la réévaluation dans le dossier. Si les barrières sont levées à la demande du patient, ceci est tracé dans le dossier. Les portes des chambres sont fermées sauf sur demande des patients et la traçabilité est également retrouvée dans le dossier. La prise en charge de la douleur est conforme aux bonnes pratiques (recherche systématique, échelles d'évaluations adaptées, prescriptions conformes avec niveau d'échelle en cas de si besoin. L'implication de l'entourage est recherchée dans la mise en œuvre du projet de soins. Avec l'accord du patient, les proches sont associés au projet thérapeutique et suivant les cas à la décision de prise en charge en HAD. Lorsque la situation le nécessite (fin de vie par exemple), leur présence est facilitée en dehors des heures de visite et des commodités sont mises à leur disposition: fauteuil d'appoint, collation etc... Les conditions de vie et de lien social sont recherchées et préservées. La sortie est anticipée en amont, les conditions de vie au domicile sont recueillies dès l'entrée et conduisent à l'intervention si besoin de l'assistante sociale (demande de l'équipe ou demande directe des patients, familles, partenaires extérieurs) pour mettre en place ou renforcer des aides matérielles ou humaines, prescrites en amont en lien avec les partenaires de ville (aide à domicile, HAD etc..). L'ergothérapeute et/ou le kinésithérapeute peuvent être sollicités dans certains cas exceptionnels pour l'adaptation du logement. Ainsi, une réelle 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 du patient.

# Chapitre 2 : Les équipes de soins



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

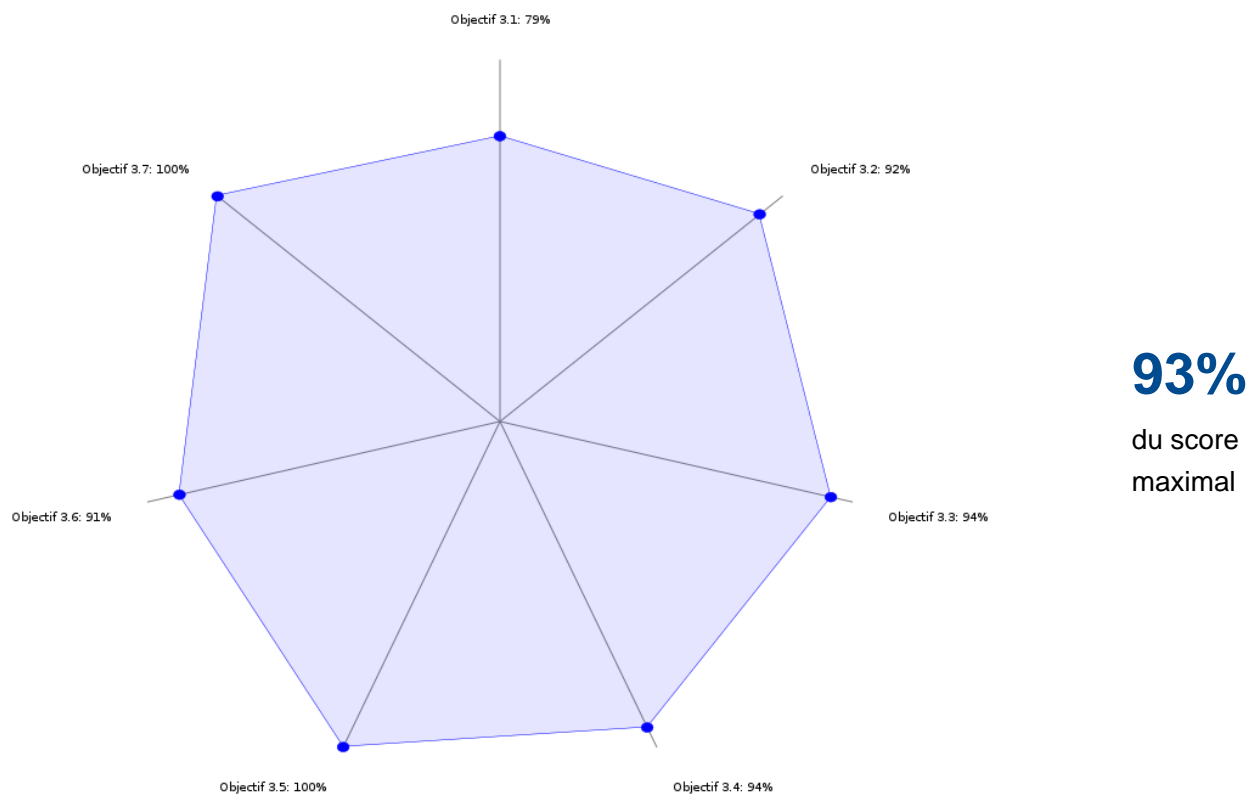
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe. Les demandes d'admissions sont gérées par l'outil via trajectoire et analysées par le médecin responsable du SMR, la cadre de santé et suivant les cas l'IDE chargée du service. Des contacts avec le service adresseur permettent d'évaluer la concordance de la demande avec l'offre de soins, d'adapter le traitement, de recueillir l'accord du patient et suivant les cas de préparer des matériels particuliers ou des interventions de professionnels: diététicienne, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, assistante sociale, psychologue par exemple. Des protocoles ou recommandations de bonnes pratiques sont à disposition des équipes via des classeurs et reportés informatiquement sur fichier Excel. Les réunions de synthèse hebdomadaires ont pour objectif d'évaluer la pertinence de l'hospitalisation et l'adaptation du projet de soins. Des liens avec l'HAD du

Centre Hospitalier Saint Luc de Schirmeck sont en place. La prescription des antibiothérapies est justifiée, réévaluée à 48h et sa pertinence évaluée. Les recommandations sont en lien avec le référent sur le site de Molsheim ou la hot line à Strasbourg. Un guide antibiothérapie local est validé chaque année en comedims. Des formations en e learning sont suivies par les médecins du site. L'établissement participe au Réseau Régional Grand Est de Surveillance des Consommations Annuelles d'Antibiotiques. La coordination de la prise en charge pluri professionnelle est effective et coordonnée. La prise en charge pluridisciplinaire effective est tracée dans le dossier informatisé par chaque catégorie de personnel (ide, aide-soignante, médecin), les kinésithérapeutes, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, assistante sociale interviennent sur prescription médicale et tracent leur prise en charge dans le dossier patient. Un staff hebdomadaire est en place et les temps de relève inter-équipes et réunions avec l'encadrement médical et paramédical permettent le réajustement du projet de soins et d'argumenter les décisions prises. Elles peuvent également répondre également à des questions d'organisation. Un bilan pharmaceutique d'entrée est réalisé par le pharmacien selon des critères de priorisation et la conciliation médicamenteuse est mise en œuvre en vue de préparation de la sortie. Elle est réalisée par appel aux pharmaciens d'officine. Elle prend en compte le traitement au domicile, éventuellement modifié par le service d'hospitalisation en amont du SSR et encore éventuellement modifié à l'issue du SSR. Un document de synthèse est envoyé au médecin généraliste et au pharmacien via une messagerie sécurisée. L'établissement est équipé pour réaliser de la télémedecine et des actions sont en cours avec l'ARS et le groupement régional d'appui au développement de la e-santé (PULSY). Une réflexion en vue de développer la télé expertise est en cours dans le cadre du GHT. L'établissement dispose de deux lits dédiés soins palliatifs. Un des médecins est formé soins palliatifs, des formations de l'équipe de soins sont en place, ainsi qu'une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Le travail d'équipe conduit à une réflexion d'anticipation des situations complexes. Ainsi, l'accompagnement des personnes en fin de vie et leur famille est effectif: adaptation des locaux, recours de l'équipe mobile de soins palliatifs, soutien psychologique possible. La lettre de liaison est en place (taux de lettre retrouvée 100%), remise à la famille et adressé par la messagerie sécurisée aux médecins concernés. Une fiche de liaison est également fournie par les IDE et/ou aides-soignantes pour les services de soins à domicile. Les risques liés aux pratiques sont en cours de maîtrise notamment concernant le stockage du médicament et les précautions d'hygiène. Les vigilances sanitaires sont maîtrisées, protocolisées. Un référent est identifié par vigilance et connu des équipes. Un bracelet d'identification est systématiquement posé dans le service à l'entrée du patient. Toutefois, lors de la visite, il a pu être constaté que la vérification de l'identité du patient en lien avec le bracelet n'était pas systématiquement réalisée lors de soins quotidiens notamment lors de la remise des traitements. Il est à noter toutefois, que le patient en question était hospitalisé depuis longtemps. Un Groupement de coopération sanitaire pharmacie réunit les établissements de Molsheim et de Rosheim. Le recrutement d'un assistant spécialiste partagé avec les Hôpitaux Universitaires Strasbourgeois (HUS) depuis novembre 2019 a permis de développer l'activité de pharmacie clinique. La PUI se situe sur le site de Molsheim avec un local de stockage intermédiaire sur le site de Rosheim commun à l'EHPAD et au SSR. La prescription est informatisée. Le logiciel en place permet de tracer la non administration ou le refus du traitement, les alertes du pharmacien assurant l'analyse pharmaceutique à l'entrée et pour toute modification de traitement en cours de séjour et des alertes lors de l'administration de Médicament à Haut Risque (MHR) (logo STOP rouge comportant les symptômes à surveiller pour rappel). La dispensation est nominative dans des piluliers semainiers, identifiés par patient préparés sur le site de Molsheim. En amont, dans une gestion « a priori » des risques à la pharmacie, les médicaments livrés en boîte, en vrac sont reconditionnés à l'unité (ex MODOPAR) et ceux livrés en blisters non sécables sont l'objet d'un sur-étiquetage permettant le découpage avec repérage et date de péremption pour chacun. Il existe une anticipation des ruptures de stock en lien avec la coopérative d'acheteur avec un module d'alerte. Selon les situations, si risque avéré de rupture, l'information est délivrée aux médecins pour substitution. Le transport sur le site de Rosheim se fait par des chariots fermés, livrés le mercredi par un chauffeur habilité et respectant les règles de stockage (froid, sécurité toxiques) remis contre signature à une IDE soit de l'EHPAD soit du SSR. Un préparateur en pharmacie vient tous les jeudis vérifier les dotations dans le local intermédiaire. La liste des

médicaments à risque est adaptée au service. Elle est connue des professionnels qui sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque. Ils sont repérés jusqu'à l'administration (soit par étiquetage, soit par alerte sur le logiciel de soins). L'administration des médicaments a pu être observée dans un contexte de panne informatique du logiciel soignant et en mode procédure dégradée. L'IDE travaille sur support papier actualisée pour les médicaments à chaque modification par le médecin. Les MHR y sont repérés, les dates d'initiation et d'arrêt y figurent ainsi que tous les items des 5B d'administration. L'IDE vérifie la prise avant de quitter la chambre. Si le patient est autonome, cette autonomie est évaluée à l'entrée et tracée dans le dossier médical. Pour les médicaments injectables, la préparation et l'étiquetage sont conformes. Chaque stylo à insuline est identifié nominativement par une étiquette patient. Toutefois, les règles de stockage ne sont pas en conformité tout au long du circuit. En effet, la sécurisation du local de stockage intermédiaire n'était pas assurée. Son accès se fait par une porte d'accès fermant par un code connu de tous et une autre porte, coulissante, qui ne disposait pas de dispositif de verrouillage (cadenas, clé). L'armoire de rangement des médicaments n'a pas de porte et les tiroirs ne ferment pas à clé. Il existe néanmoins une caméra enregistrant les entrées, présence, et sorties. Suite aux remarques des experts visiteurs, l'établissement a sécurisé ce local dès le deuxième jour en changeant le code de la porte et en posant un verrou sur celle coulissante. Ceci a été constaté et pris en compte pour la suite de la visite. Les toxiques sont également dans ce local, dans un coffre scellé au mur et fermé. Il existe deux clefs du coffre une pour l'IDE du SMR, l'autre pour l'IDE de l'EHPAD. Une traçabilité de la transmission de cette clé entre les IDE est opérée. Le suivi des toxiques est fait une fois par semaine par la cadre de l'unité conformément aux bonnes pratiques. Le stockage des médicaments thermosensibles et en particulier des insulines est conforme dans le réfrigérateur qui comporte une alerte en cas de changement anormal de température. Le suivi quotidien des températures du réfrigérateur est assuré et tracé. Une structuration notable du suivi des événements indésirables médicamenteux (EICM) y compris les presque événements est réalisée avec des réunions systématiques tous les 3 mois sur le thème, selon une analyse exhaustive des domaines concernés, implication de MHR, interruption de tâches...permettant et un classement des EICM précis. Une COPECM entre pharmacienne et soignants sur le thème du circuit du médicament vient en complément du COMEDIMS où siègent les médecins. Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est identifiée. par l'équipe qui sait comment la contacter. Elle est composée d'un médecin basé à Sélestat en charge de 1500 lits, une cadre et une IDE à temps partiel des établissements de Molsheim et Rosheim, y compris l'EHPAD et une ASD en cours de formation pour devenir référente hygiène de l'unité. Le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS) de référence est celui de Nancy. L'EOH assure la gestion des alertes laboratoires, le signalement des épidémies (covid actuel) et leur gestion, les Accidents Exposants au Sang (AES), si besoin la surveillance après transfusion faite à Obernai pour les patients revenant sur Rosheim et suivi du risque légionnelle. La prévention des IAS est réalisée en mettant à jour la gestion documentaire pour les soins et l'environnement, prenant en compte les événements indésirables (EI). La gestion des excréta avec accompagnement des professionnels aux alternatives au lave bassin est réalisée. Au vu de l'indicateur Solution Hydro Alcoolique (SHA), l'EOH a engagé une enquête pour comprendre les freins à leur utilisation, enquête dont les résultats ont conduit à multiplier les actions de sensibilisation. Elle a réalisé au cours de l'année 2023, 2 Traceurs ciblés sur l'hygiène des mains, multiplié les interventions de promotion de l'hygiène des mains auprès des équipes et mis en place des EPP risque fécal, pulp friction, « visite de risque » (observation et échanges avec les professionnels sur l'environnement d'un patient le 29/09 /2023). Néanmoins lors des entretiens patient et lors de la rencontre avec les Représentants des Usagers (RU) très investies dans cette thématique de l'hygiène des mains, on peut constater toujours la persistance de certains freins à leur utilisation (d'où les multiples actions faites et refaites par l'EOH). L'indicateur SHA progresse lentement d'année en année, le dernier se situe à 76 %. Les professionnels connaissent leur score de consommation de SHA sans formuler d'interrogation par rapport à l'écart observé si ce n'est une pression insuffisante sur le distributeur de SHA. L'EOH assure des actions de formation auprès des nouveaux arrivants AS, ASH et IDE (8 en Mai et 6 en septembre 2023) ainsi que deux sessions de « Quick Formation » (20 personnes participantes sur les deux sessions réalisées en

Novembre 2023). L'accès à la vaccination est organisé, gratuit, en particulier pour la grippe. Des actions de sensibilisation (confirmées lors des entretiens professionnels) sont menées chaque année (info, question/réponse/Outil FLU BEE GAME). Le suivi du taux de vaccination est réalisé. La campagne de vaccination grippe de cette année a vu une nette progression du score qui a doublé. Les démarches d'évaluation des pratiques par les équipes sont à poursuivre. Les résultats cliniques sont mesurés régulièrement lors des réunions de synthèse. Une dynamique d' EPP est en place. On peut citer des EPP sur les soins palliatifs, la contention, les chutes par exemple. Les audits, actions, formations ont été réalisés. La double évaluation est en cours ce qui permettra d'analyser formellement l'évolution des pratiques. La prise en compte de la satisfaction patient fait l'objet d'un recueil régulier force de proposition d'actions d'amélioration prises en compte par les professionnels. Par ailleurs, l'établissement développe un recueil de l'expérience patient accompagnée des représentants des usagers. Les taux d'indicateurs sont mis en œuvre, connus des équipes et donnent lieu à des actions d'amélioration. La déclaration des EI est protocolisée. Elle se divise en trois catégories: les EI liés aux médicaments, les chutes et les autres EI de toute nature. Elle comporte les presque accidents notamment pour les EI liés au circuit du médicament. Des sensibilisations sont réalisées. Le circuit est connu et un retour au déclarant est organisé. La réunion hebdomadaire de la direction en fait l'examen. Des CREX sont suivis avec la méthode ORION avec la participation en fonction de l'EI de la pharmacienne, d'un cadre, d'un médecin, du qualicien et d'un IDE référent qui assure le relai avec l'équipe. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place ponctuellement Mais, l'évaluation de la qualité des prescriptions/prélèvements, suivi des non-conformités, pertinence des prélèvements n'est pas structurée.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	79%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
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	91%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Les orientations stratégiques de l'établissement sont clairement définies en cohérence avec son territoire. Le Centre Hospitalier de Rosheim est en direction commune avec le Centre Hospitalier de Molsheim. Une fusion des deux établissements est programmée pour le 1 er janvier 2025. Cette fusion s'accompagne d'un plan complet de restructuration avec un regroupement des lits SMR sur le site de Molsheim et de construction

notamment de l'EHPAD sur un nouveau site pour Rosheim. L'établissement participe au répertoire opérationnel des ressources (ROR) de sa région. Il a clairement identifié ses partenaires en amont et en aval. Il est intégré au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Basse Alsace Sud Moselle dont les HUS sont l'établissement support. Des partenariats sont en place avec les établissements hospitaliers et médico sociaux voisins notamment le Groupe Hospitalier Sélestat Obernai, l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN à Brumath), le CHS d'Erstein, les HAD du secteur, l'équipe mobile de soins palliatifs, les Services de soins à domicile etc... En l'absence de CPTS, des structures assurent la coordination: réseau de collectivité Européenne d'Alsace, travailleurs sociaux MAIA, secrétaires autonomie des maisons des aînés, dispositif d'appui à la coordination, services sociaux des CH adresseurs. Une convention avec un cabinet de kinésithérapeutes permet de compléter l'équipe de rééducateur. L'établissement est organisé pour éviter le passage aux urgences des personnes âgées ou pour des patients en situation de précarité grâce aux partenaires et réseaux cités mais aussi par un lien ville-hôpital accru avec la présence de deux médecins de ville au SMR et d'une dizaine dans le cadre de l'astreinte médicale de l'établissement, l'intégration au projet du GHT des admissions directes et hospitalisations évitables en gériatrie et la présence de médecins gériatres dont une avec un DU de soins palliatifs. l'évaluation du nombre d'hospitalisation sans recours aux urgences a été évalué dans le cadre d'un DU (une moyenne de 25 depuis 2019). La communication avec les patients ou partenaires extérieurs est facilitée. Une messagerie sécurisée est en place. Le DMP est proposé et alimenté avec l'accord du patient. Le dossier pharmaceutique n'est pas initié. L'établissement n'a pas développé une dynamique de recherche clinique en son sein ou en lien avec les HUS notamment. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement et développe une politique bientraitance. Le recueil de la satisfaction par le questionnaire e satis et par un questionnaire interne en français et en allemand est réalisé. Pour obtenir une exploitation significative et suite à une analyse des taux de retour, l'établissement a développé l'accompagnement du questionnaire par les soignants mais aussi par les représentants des usagers. Le questionnaire comporte des items concernant l'expérience patient et les usagers utilisent également un questionnaire ciblé expérience patient. Suivant cette nouvelle organisation, le taux de retour a évolué de 26,3% en 2022 à 57,8% entre le 1er janvier et le 30 novembre 2023. Des enquêtes ponctuelles sont également proposées sur des thèmes ciblés: semaine sécurité des patients, satisfaction repas... Les résultats sont présentés dans toutes les commissions notamment à la CDU et aux équipes. La promotion de la bientraitance est une démarche ancienne, axe majeur du projet d'établissement et très ancrée dans l'établissement: politique bientraitance, charte interne intégrant la communication avec le patient, cartographie des risques de maltraitance, formation de l'ensemble des personnels (« mieux communiquer avec les personnes âgées », formation « les familles vues comme des clients », droits des usagers, éclairage par la psychologue sur le fonctionnement cognitif pour formuler des conseils sur la façon de communiquer, protocole de signalement d'actes de maltraitance... Des outils spécifiques tels que: ardoise, cahier de pictogramme favorise également la communication pour certains patients. L'établissement a réalisé un audit d'accessibilité des locaux en 2014 qui a permis la mise en œuvre d'actions: escaliers, ascenseurs, stationnement, boucle d'induction magnétique à l'accueil. Enfin, des interprétariats: allemand, alsacien, turc sont utilisés. L'ergothérapeute est référent handicap. L'assistante sociale voit systématiquement les patients en situation de vulnérabilité. Toutefois, la signalisation à l'intérieur des locaux est imparfaite concernant des personnes mal voyantes ou mal entendant. La CDU est en place et se réunit régulièrement. Elle est informée de l'ensemble des informations règlementaires dont elle doit disposer, des démarches qualité, des résultats d'audit et des indicateurs qualité. Les deux représentantes des usagers sont parfaitement identifiées par les équipes de soins avec lesquelles elles collaborent avec l'appui de la gouvernance. Elles apportent un soutien aux équipes: dans les enquêtes de satisfaction qu'elles réalisent avec les patients, au cours de la semaine hygiène des mains en aidant à la sensibilisation des patients et leur famille avec Flyer remis aux patients, en participant avec les équipes à des formations sur les droits des patients, en rencontrant les patients pour reformuler les informations contenues dans le livret d'accueil (RU, DA, dépôt de réclamation...). Elles sont force de proposition: implication dans l'architecture du futur hôpital, alerte sur le danger ou inconfort de certains

mobiliers et donc suggestion d'autres types de matériel, recueil du questionnaire de satisfaction en cours de séjour et non pas le jour de la sortie, analyse des plaintes en CDU et prises en compte de leurs remarques intégrées dans le courrier de réponse. Enfin leur projet des usagers est intégré au projet médical et est force de nombreuses actions à mener dans le respect des droits des usagers. La gouvernance fait preuve de leadership. La politique qualité/gestion des risques articulée autour de 8 axes est formalisée et mise à jour. Un PACQ, piloté par un comité (le COQUARIS), revu trimestriellement, assure la mise en œuvre de cette politique en tenant compte des événements inhérents au parcours patient comme EIG, EICM, indicateurs, audits, EPP, réunions de service, questionnaires de satisfaction, nouvelle réglementation... Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connus et facilités par la petite taille de l'établissement. Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement: patients traceurs, audits: hygiène des mains, utilisation de l'oxygène, bonnes pratiques des injectables, semaine sécurité des patients, semaine nationale en 2023 de lutte contre la dénutrition... L'accueil des nouveaux arrivants est organisé via un livret d'accueil, une réunion d'accueil, des entretiens avec le cadre de santé. Pour les remplacements, l'établissement les favorise en interne avec des personnels de l'EHPAD qui connaissent le fonctionnement du SMR. Des fiches de poste et de tâches actualisées sont disponibles dans la GED. Toutefois, la culture sécurité des soins des professionnels n'est pas régulièrement évaluée. L'ensemble des responsables non médicaux suivent annuellement une formation management. L'action suivante est en cours depuis 2022 (par des crédits CLACT): e learning, visio collectives d'analyse des pratiques, séance de coaching individuel. Depuis 2021, une action de soutien et de positionnement de l'équipe IDE animé par un consultant, est en cours. L'organisation, la coordination des équipes est effective et témoigne de la volonté d'encourager le travail en équipe, le maintien et le développement des compétences. La taille de l'établissement et la proximité des professionnels sont également des éléments favorisant. La présence médicale en journée est assurée avec un temps de présence en commun les lundis et mardis. Les astreintes médicales sont assurées par une dizaine de médecins traitants de ville. La CME se réunit 4 fois par an pour réviser les protocoles de soins à partir des nombreuses EPP pluri professionnelles conduites: nutrition (modification à partir des recommandations HAS), contention en lien avec la formation « Humanitude », personne de confiance/personne à prévenir, accompagnement en soins palliatifs, EPP chute en lien avec l'ergothérapeute et le « team ergo » avec mise en place d'une évaluation du risque de chute à l'entrée sur des critères simples (état des chaussants) et aussi à partir des EIAS. Les protocoles sont transmis aux équipes, analysés et consultables dans un classeur papier ou dans la GED. Les réunions de synthèse auxquelles participent l'ensemble des catégories de personnel apportent également des solutions organisationnelles et permettent le travail en équipe. Les connaissances et compétences individuelles et collectives sont développées. Les plans de formation sont issus des entretiens annuels. Ils sont construits à partir des demandes des agents, des spécificités des prises en charge. Un programme d'amélioration continue du travail en équipe 2023-2024 a été conduit à travers trois éléments: le volet social, le diagnostic réalisé auprès des équipes et les orientations sociales 2023-2024. Ce travail tend à renforcer la politique de qualité de vie au travail, consolider la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, développer des actions de santé publique et poursuivre les actions de prévention de la perte d'autonomie des usagers. Les professionnels identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés notamment autour des droits du patient, de leur état de santé, de la stratégie thérapeutique et des soins proposés. Ces sujets sont abordés en réunion de synthèse. Des formations de type « humanitude » ou une EPP soins palliatifs ont favorisé le questionnement des pratiques. Toutefois, il n'existe pas de cadre opérationnel spécifique. Ce point est souligné par les équipes. Un espace de discussion collective est en cours de réflexion. Des ressources extérieures restent possibles comme l'espace de réflexion éthique du Grand Est (EREGE) mais actuellement sans présence structurée de personnel de l'établissement. Une démarche QVCT est en place. Le programme d'amélioration continue du travail en équipe 2023-2024 permet de développer la démarche de QVCT. Les orientations sociales 2023-2024 intègrent la démarche QVCT et a été restructurée avec l'appui de l'ANFH. Il en découle la mise en place d'un copil QVCT, d'un baromètre social réalisé en octobre/novembre 2022, d'un diagnostic QVTC réalisé avec un

consultant en mars 2023, d'un plan d'action validé en COPIL et dans les instances. Deux chantiers sont en cours: l'usure professionnelle et l'expression et espace de discussion collectif sur le travail. Par ailleurs des dossiers CLACT sont en place annuellement: équipements (verticalisateurs, soulève personnel lave bassin, chariots ménage) actions QVTC (formation management, accompagnement des IDE), actions bien être (situations stressantes, fauteuil de massage...). Des possibilités de médiation en cas de conflits interpersonnels sont en place: traitement par l'encadrement formé sur ce sujet, intervention de l'association aide de santé au travail (médecin du travail, conseil en médiation par le psychologue du travail) et diffusion de l'information auprès des personnels de l'association Soins aux Professionnels de Santé ( SPS) de soutien aux professionnels dans le besoin. La réponse aux risques auxquels l'établissement peut être confronté est à poursuivre. Les situations sanitaires exceptionnelles sont établies en concertation avec le GHT. L'établissement a identifié le plan blanc, un plan gestion d'épidémie (covid, gastroentérite...), un plan d'attaque terroriste, un plan crise absentéisme et cyber attaque. Deux exercices ont été faits en novembre 2023: activation de la cellule de crise et simulation d'une cyberattaque. Les modalités opérationnelles sont collectivement définies en interne et s'appuient aussi sur le RETEX de la crise COVID. Des actions concourant à la maîtrise du risque numérique sont réalisées: référent informatique interne, responsable Système d'Information Hospitalière (SIH) et sécurité SIH désigné, responsable sécurité des systèmes d'information du GHT, information/sensibilisation auprès des professionnels, charte SIH intégré au règlement intérieur, sécurisation des mots de passe, messagerie sécurisée, mode dégradé pour le DPI , exercice de cyber attaque..... Les professionnels rencontrés sont sensibilisés à la sécurité informatique. Un plan de sécurisation est en place comprenant entre autres l'analyse des risques en fonctionnement normal et procédure en cas d'attaque terroriste, accès sécurisés pour les secteurs protégés (groupe électrogène, local DSRI..). Il existe des armoires fermant à clé pour la sécurisation des biens personnels. Toutefois, si le risque suicidaire peut être évalué par la psychologue, il est apparu lors des entretiens avec les professionnels et la sécurisation des locaux (escaliers, fenêtres par exemple) que la réflexion sur le sujet est à approfondir. Une politique de développement durable est incluse dans le projet d'établissement ainsi qu'une politique Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) définie dans le nouveau projet. Un diagnostic RSE a été réalisé en mai 2022 avec l'accompagnement d'un consultant. Il a permis de définir la politique, un plan d'action, de désigner un référent, de définir une politique d'achats RSE. Cette politique est suivie par le groupe DD (9 agents motivés depuis 2015). Les actions sont intégrées dans le PACQ ainsi que les indicateurs. Un protocole tri des déchets est en place. On peut citer de nombreuses actions: nettoyage des sols sans produit chimique par bandeau spécifique et eau, installation d'un compost, politique d'achats gants, masques etc.. via un groupement régional à Rouffach privilégiant des entreprises locales, françaises, ayant une politique RSE affichée, circuits courts etc ... Un chariot d'urgence et deux défibrillateurs sont disponibles dans l'établissement. Le chariot d'urgence est dans un local fermé par un code (connu des professionnels), accessible, complet concernant les produits et petits matériels, vérifié tous les deux mois. Les protocoles adéquats sont en place ainsi que les fiches d'émargement. Une vérification régulière de la composition est faite ainsi qu'un contrôle des périmés. Des formations FGSU sont inscrites au plan de formation. En cas d'urgence vitale, la fiche à disposition des équipes précise plusieurs numéros: ceux du médecin d'astreinte , différents en fonction des jours ou le 15. La pratique usuelle des équipes est l'appel au 15 puis au médecin d'astreinte. L'établissement a remédié à ce manque pendant la visite par une affiche avec un seul numéro d'appel (15) et a élaboré un protocole adéquat prenant en compte la définition d'une urgence vitale. L'établissement impulse une dynamique qualité et soutient une culture sécurité. Plusieurs actions et supports institutionnels contribuent à l'acculturation qualité/sécurité des soins des équipes: documentation par classeurs et fichier informatique, affichages, groupes de travail, référents dans les services, tableau des indicateurs, IQSS, patients traceurs, EPP, point d'info régulier aux instances ... Les professionnels sont informés de la mise à jour des procédures lors des réunions de service et par des flash qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Le PACQ intègre les retours d'analyse des enquêtes de satisfaction et de l'expérience patient diligentées par les RU. Le circuit des événements indésirables est opérationnel, du signalement à la mise en place des actions d'amélioration. L'analyse des EI et les CREX qui peuvent en

découler est fondée sur la méthode ORION et des actions d'amélioration sont mises en place à la suite. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en CME, CSIRMT et en CDU. Les équipes connaissent les recommandations établies par la CDU et mettent en place, lorsqu'elles existent, des actions d'amélioration. 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 : Poursuivre les actions engagées pour maîtriser la sécurisation du stockage des médicaments et la prise en charge de l'urgence de vitale Maîtriser le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains Poursuivre la réflexion pour maîtriser le risque suicidaire Suivre les délais de rendus d'examens de biologie Evaluer la culture sécurité Développer le questionnement éthique Informer les patients sur certains de leurs droits.

# 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	670780675	HOPITAL DE ROSHEIM	14 rue du general de gaulle bp 20032 rosheim Bp32 rosheim 67128 MOLSHEIM FRANCE
Établissement principal	670000371	CENTRE HOSPITALIER DE ROSHEIM	14 rue du general de gaulle Bp 20032 rosheim 67128 MOLSHEIM FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	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			
2	Traceur ciblé			EIAS, EI, Presqu'accidents
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			PSL > NA
6	Audit système			
7	Traceur ciblé			médicament à risque, antibiotique per os ou injectable
8	Audit système			
9	Traceur ciblé			Patient assis > plateau de rééducation
10	Audit système			
11	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Audit système			

13	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
15	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Audit système			

---

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

---

