



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DURECU-LAVOISIER**

116 rue louis pasteur

Bp 18

76161 Darnetal



Validé par la HAS en Juin 2023

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DURECU-LAVOISIER	
Adresse	116 rue louis pasteur Bp 18 76161 Darnetal FRANCE
Département / Région	Seine-Maritime / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	760782227	CENTRE HOSPITALIER DURECU LAVOISIER DARNETAL	116 rue louis pasteur Bp 18 76161 Darnetal FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

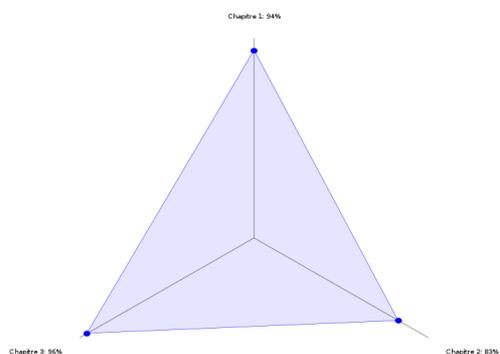
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

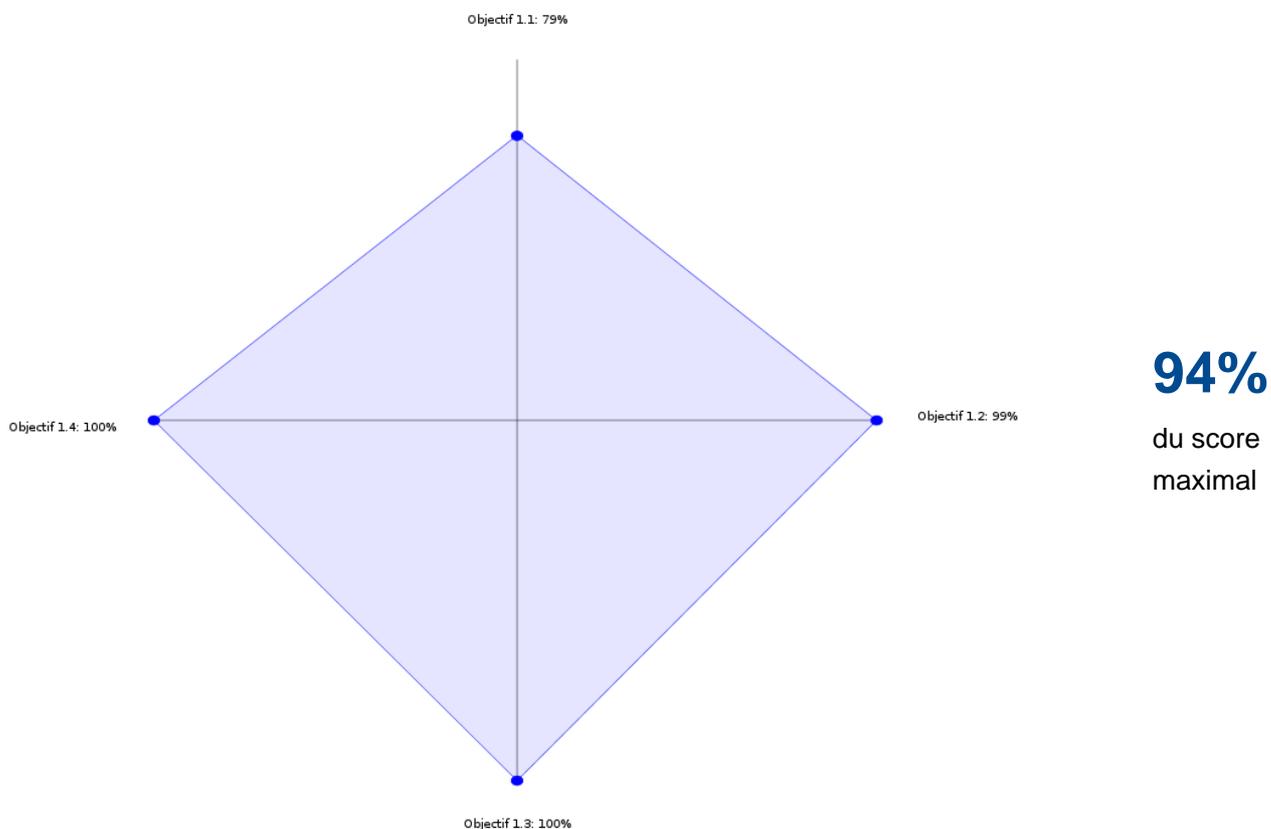
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	79%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé et son implication est recherchée

Les patients qui sont pris en charge au sein du Centre Hospitalier Durecu-Lavoisier sont associés à leur projet de soins et sont considérés et pris en compte comme acteurs de leur santé.

Leur consentement est recherché avec des explications données tout au long de leur parcours de soins dans l'établissement.

Dans le cadre de la mise en place de soins palliatifs, les patients ont la possibilité de faire valoir leur décision d'accéder à ces soins.

La personne de confiance est bien recherchée et tracée dans le dossier. Des informations concernant les représentants des usagers sont présentes dans le livret d'accueil et affichées dans l'établissement.

Toutefois les patients rencontrés ne savent pas qui sont les représentants des usagers et qu'ils sont accessibles si ils souhaitent les rencontrer ou communiquer avec eux.

De nombreuses informations sont données au patient de son entrée dans l'établissement jusqu'à sa sortie. Globalement, le patient bénéficie d'informations adaptées sur son diagnostic, les soins, les traitements, et l'organisation de sa sortie.

L'information du patient sur son planning de prise en charge au niveau du plateau technique doit être améliorée, les patients savent quelles demi-journées de rééducation les concernent dans la semaine, mais pas les horaires.

L'information au patient qu'il peut déclarer directement lui-même un événement qu'il juge grave reste à développer, malgré des informations écrites disponibles. De la même manière, les patients rencontrés ne connaissent pas la possibilité qu'ils ont, si ils le souhaitent de soumettre une réclamation pendant leur séjour. En ce qui concerne les directives anticipées, elles ne font pas l'objet d'une communication ciblée, ni ne sont recherchées systématiquement auprès des patients.

Pour ce qui est de la recherche de la satisfaction des patients, un questionnaire est en place et les professionnels organisent le recueil de cette satisfaction. Depuis six mois, le dossier a été revu et complété de manière à pouvoir demander systématiquement aux patients si ils souhaitent communiquer leur adresse mail, la leur ou celle de leur personne de confiance, afin de pouvoir répondre à E.Satis.

Le patient peut s'exprimer sur son expérience, par exemple, certains ont participé à une chambre des erreurs liée à la prévention de la chute et ont pu enrichir cette action qualité. Toutefois, les patients rencontrés n'étaient pas tous en mesure d'assurer que leur point de vue était pris en compte.

Toutefois, l'établissement n'accueille pas encore de patient expert, ni de développement des interventions de ces patients auprès des autres patients de l'établissement.

Le patient est respecté.

Malgré des locaux contraints avec 15 chambres doubles qui sont équipées de rideaux de séparation, les professionnels sont très attentifs à être respectueux de la dignité et l'intimité des patients. Pour ce qui concerne la confidentialité, elle est aussi préservée avec des rencontres individualisées avec les familles et les proches en dehors de la présence du patient non concerné..

L'établissement tient compte des lettres adressées par les patients ou proches ainsi que des commentaires écrits qui peuvent être faits lors d'enquêtes de satisfaction, pour cibler des axes d'amélioration liés à l'expression de la satisfaction des patients et leurs attendus.

Par ailleurs, le recours à la contention mécanique est explicitée au patient, et justifié dans le dossier.

Le maintien de l'autonomie est un objectif prioritaire qui soutend la prise en charge des patients vivant avec un handicap ou âgés dépendants.

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur, le patient assure en être soulagé ; elle est effective, et tracée dans le dossier selon la prescription ou les protocoles en place. En ce qui concerne les « si besoins », il est nécessaire de tracer de manière exhaustive l'administration au regard de la prescription et la réévaluation de la douleur dans un deuxième temps.

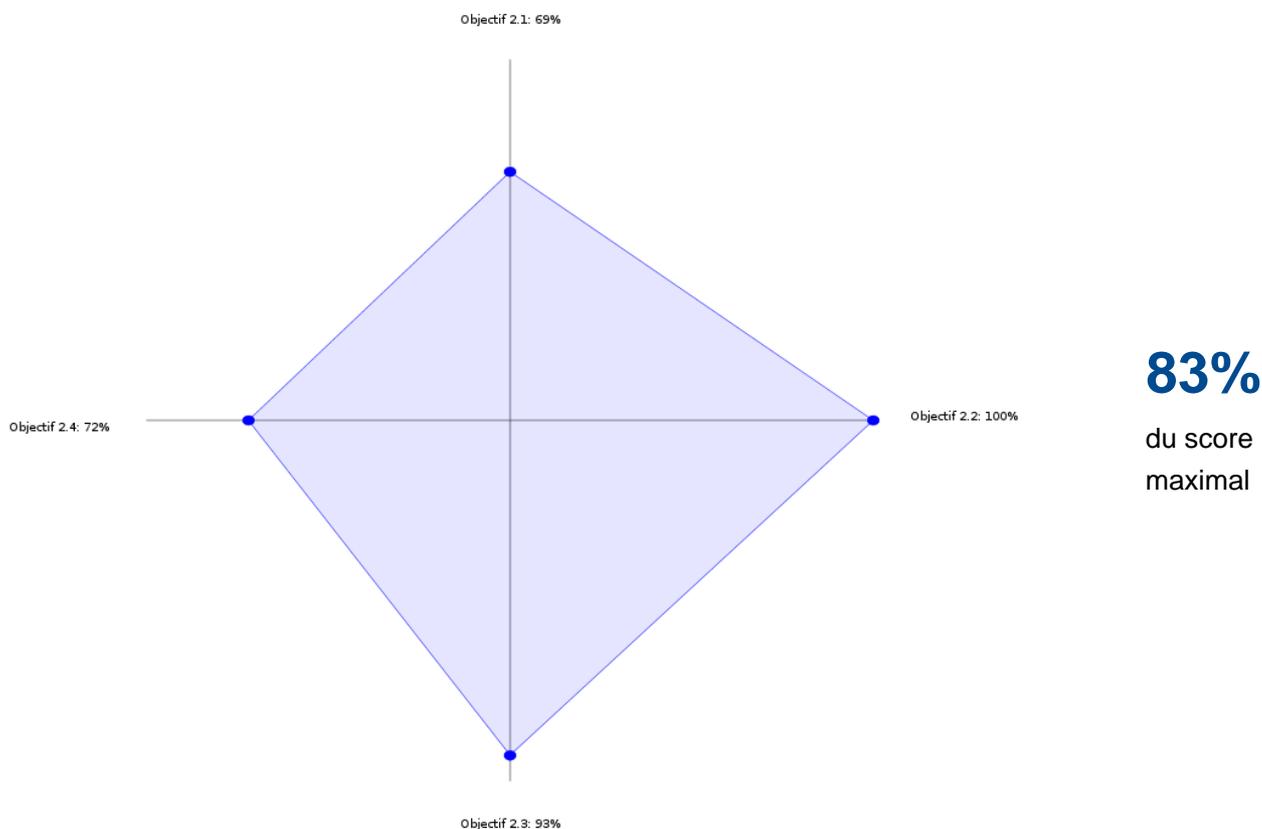
Les proches et les aidants sont associés au projet de soins avec l'accord du patient.

Ils peuvent venir visiter le patient en dehors des heures de visite traditionnelles si nécessaire et dormir auprès de ce dernier en cas de fin de vie entre autre.

Les conditions de vie du patient sont systématiquement connues et prises en compte.

Dès l'admission du patient, lors du premier staff, un point sur la situation sociale du patient est fait, et l'assistante sociale prend alors contact pour organiser sa sortie, et tient compte de sa précarité sociale.

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	69%
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	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	72%

La pertinence des parcours, des actes, et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe. La pertinence des parcours est effective, elle s'exerce dès l'admission du patient qui donne lieu à accord après examen du dossier "trajectoire" réalisé de manière pluri professionnelle. Le premier staff qui est hebdomadaire permet de réinterroger l'accueil et les actes proposés dans le projet de soins. La pertinence du séjour est interrogée tout au long de ce dernier ainsi que les diverses prescriptions : celle d'antibiothérapie est réévaluée entre la 24ième heure et la 72ième heure, et le recours à un référent antibiotique est effectif. Un avis peut être aussi sollicité en cas de besoin ou de prise en charge clinique complexe auprès d'un infectiologue du CHU de Rouen. Toutefois, les membres du corps médical doivent renouveler à un rythme qu'ils définiront leur formation à l'antibiothérapie. L'HAD est proposée à chaque fois que cela est nécessaire après une évaluation médicale. L'établissement

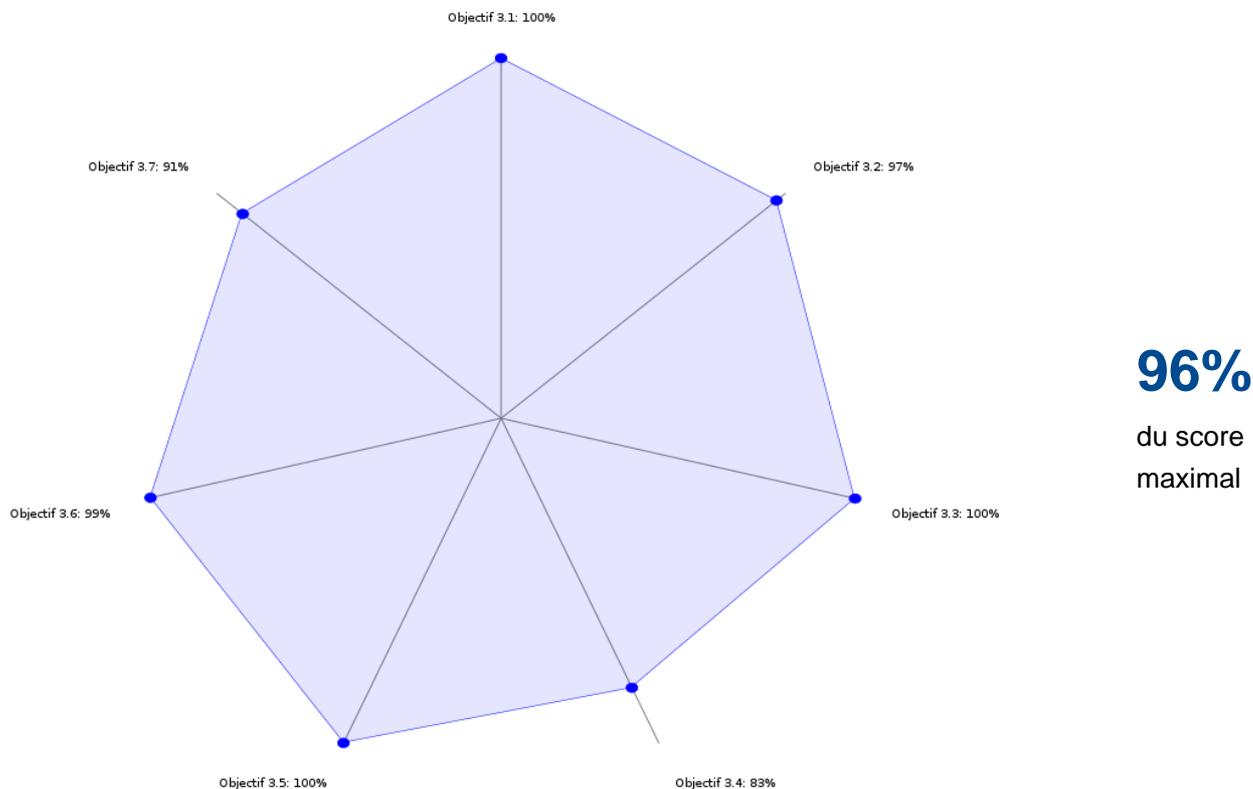
traite cet engagement et les relations avec l'HAD dans le cadre des parcours GHT avec le CHU et les autres établissements du GHT.

Les équipes sont cordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Les différents professionnels qui interviennent auprès du patient tracent leur intervention ou une information nécessaire à la prise en charge du patient dans le dossier patient qui est complet et accessible à tous les moments de la prise en soins. Les échanges sont fluides avec les médecins spécialistes, et des consultations de spécialités sont proposées au sein de l'établissement (ophtalmologie, dermatologie, rhumatologie, cardiologie etc..). Des recours sont aussi possibles auprès du réseau de soins palliatifs mais aussi d'autres réseaux d'expertise par exemple celui de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée. La lettre de liaison est donnée dans les temps et systématiquement au patient et adressée aux professionnels de santé qui prennent le patient en charge à sa sortie.

Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification des patients sont développées à toutes les étapes de sa prise en charge que ce soit dans le service ou sur le plateau de rééducation. Un bracelet d'identification est posé systématiquement, et les patients déambulant sont hospitalisés dans un des deux étages sécurisés. L'organisation des vigilances est en place comme leur coordination. Le circuit du médicament est organisé et la sécurisation de la prise en charge est renforcée par une conciliation à l'entrée et à la sortie de chaque patient. Les bonnes pratiques d'administration sont respectées, la permanence, l'approvisionnement, le stockage et accessibilité aux produits de santé sont en place. Toutefois, l'acheminement des médicaments au sein de l'établissement se fait dans des containers non sécurisés car non scellés. Les équipes restent engagées pour la maîtrise du risque de dépendance iatrogène, toutefois ce dernier, complexe et multiple, dans son suivi et sa traçabilité doit être renforcé dans toutes ses dimensions. Le risque infectieux est maîtrisé avec la présence d'une IDE hygiéniste qui mène des actions de formation, d'accompagnement des équipes structurées et efficaces. L'EOH est active. De nombreux documents aident les équipes à appliquer les précautions standards et complémentaires et suivre les BMR. La gestion de la crise COVID a montré la réactivité des professionnels, et les équipes répondent aux obligations vaccinales, la vaccination des professionnels est réalisée au sein de l'établissement pour ceux qui le souhaite.

Les équipes évaluent leurs pratiques régulièrement, par exemple elles réalisent avec l'encadrement les « soins conseils » : l'agent définit le soin qu'il veut voir évalué avec son encadrement suivant sa fonction et l'encadrant suit l'agent pendant tout le soin auquel il assiste, cette action est à visée d'amélioration continue. Les équipes évaluent leurs pratiques au regard de la population accueillie, et du suivi clinique de cette dernière. Il n'y a pas de double évaluation de certaines cohortes de patients. Pour ce qui concerne la qualité des résultats de laboratoire, les délais de rendu sont suivis et partagés. La qualité des prescriptions et les modalités de prélèvement nécessitent une analyse partagée entre les équipes et le laboratoire. En ce qui concerne la déclaration des événements indésirables, elle est réalisée avec un système de déclaration numérique et de gestion des EI bien connus des professionnels. La mobilisation des professionnels autour de leur analyse est réelle et fondée avec une pratique des CREX bien installée.

Chapitre 3 : L'établissement



96%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
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	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	91%

L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Le Centre Hospitalier Durecu - Lavoisier est un établissement situé dans la banlieue de Rouen, dans une zone très urbaine bien desservie par les transports en commun. Il fait partie du GHT Rouen Cœur de Seine et participe par le biais d'un de ses médecins qui en est co pilote, à la filière gériatrique du GHT.

L'objectif est de développer une filière d'ortho gériatrie en cohérence avec l'ensemble des SSR du territoire. C'est un établissement qui définit ses orientations stratégiques complètement en cohérence avec son territoire. Son projet médical et projet d'établissement qui viennent d'être refaits développent des partenariats fournis et territoriaux ; Il accueille en son sein, des associations (ALMA, le Centre Local d'Information et de Coordination, un Service de Soins Infirmiers A Domicile associatif de 30 places, et très bientôt les locaux ont été revus en ce sens, un Centre Médico Psychologique).

Il a mis en place en lien avec les médecins libéraux du territoire une consultation gériatrique, qui répond aux besoins du territoire.

Les parcours sont coordonnés avec les partenaires extérieurs, et même si l'admission en SSR est toujours programmée, les médecins peuvent admettre de manière directe un patient, après demande expresse et échanges avec un médecin généraliste du secteur. Le passage aux urgences d'un autre établissement est ainsi inutile.

L'établissement promeut et repère les professionnels qui veulent développer des projets de recherche ou participer à des projets de recherche, même si il n'en conduit pas lui-même.

L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement.

Il recueille leur expression, à travers les réponses aux questionnaires de satisfactions, mais aussi à travers les différents courriers reçus que ce soit des courriers de remerciements ou des courriers de demande d'information/ réclamation.

Il favorise l'expérience patient (actions de formations à la prévention des chutes et prise en compte des remarques des patients), mais doit développer les différentes manifestations/ actions de l'expertise patient.

Il développe de nombreuses actions de bientraitance en termes de formation, accompagnement et sensibilisation des professionnels à la maltraitance ordinaire : une affiche est présente dans chaque service et un point de présentation orale a été fait à toutes les équipes.

Une charte de bientraitance est en place.

Les locaux sont accessibles aux personnes vivant avec un handicap, un projet de reconstruction est en cours qui permettra une gestion facilitée des déplacements avec la réalisation d'un bâtiment avec moins d'étages (cinq aujourd'hui).

Le dossier patient est accessible 24/24H et les professionnels y tracent leurs activités..

Les représentants d'usagers sont associés aux actions de l'établissement, et donnent leur avis sur les projets menés, les actions qualité et la satisfaction du patient.

La gouvernance fait preuve de learder ship.

Elle est engagée dans la dynamique qualité et la culture de sécurité de soins. La dynamique et le management de la qualité reposent sur une organisation arrêtée par la gouvernance et connue de l'ensemble des professionnels. Le pilotage est assuré par une des directrices adjointes, un cadre de santé et une responsable qualité .

La gouvernance cherche à fidéliser les professionnels qui travaillent au sein de l'établissement et à rendre attractif ce dernier en ce qui concerne par exemple les ressources médicales : ainsi l'établissement est terrain de stage pour les externes, le service de SSR est agréé pour recevoir des médecins gériatres juniors. La gouvernance projette le départ en retraite de certains de ses médecins.

Des contrats d'allocation d'étude sont proposés à certains étudiants comme les futurs IDE

Pour les Professionnels Non Médicaux, la gouvernance promeut la formation professionnelle continue, et les études promotionnelles. Les responsables sont formés à des démarches de management bienveillant.

Le repérage des futurs cadres est effectif.

La gouvernance s'assure que les ressources humaines sont en adéquation avec le nombre de patients et la qualité de la prise en charge. Ainsi pour faire face à l'absentéisme et aux difficultés de recrutement, la gouvernance a pris la décision de fermer un certain nombre de lits. La direction adapte régulièrement les plannings et les horaires des soignants avec leur accord.

L'établissement favorise le travail en équipe, et promeut les réunions pluri professionnelles.

Toutefois, les démarches d'accréditation en équipe ou des démarches spécifiques collectives comme le Programme d'Amélioration Continu du Travail en Equipe restent à promouvoir.

Une fois par semaine dans le service de SSR a lieu ce qui est appelé la « grande visite » qui permet à chaque catégorie de professionnelle d'y participer y compris les kinésithérapeutes du service.

Des entretiens professionnels annuels participent à l'évaluation des compétences et permettent ainsi de mieux cibler l'adéquation des formations aux besoins des professionnels et de l'établissement.

Ainsi de nombreuses formations diplômantes et non diplômantes sont proposées.

Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail implusé par la gouvernance.

La gouvernance a défini une politique QVT et arrêté des grandes orientations de cette politique que l'on retrouve dans le projet d'établissement et tout particulièrement dans le projet social.

Un questionnaire QVT a été élaboré et proposé aux professionnels. Il est en cours d'analyse.

L'ensemble de cette démarche est concerté avec les instances et les représentants des professionnels.

Des dispositifs de soutien aux professionnels sont en place tout d'abord avec la présence d'une psychologue du travail qui visite les équipes même celles de nuit.

En cas de conflit interpersonnel, les premières personnes qui interviennent sont les responsables d'agents concernés puis si cela ne suffit pas la gestion du conflit remonte à l'encadrement supérieur puis à la direction.

L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux différents risques auxquels il peut être confronté.

Les situations de tensions hospitalières sont connues et maîtrisées.

Les différents plans concernant les SSE sont en place.

La gestion des lits d'une manière générale se fait aussi bien en interne qu'en externe avec le remplissage du ROR mais aussi les liens entre le CHU et les autres établissements du GHT.

La gestion de la crise COVID a amené l'établissement à s'organiser en urgence et à s'adapter aux recommandations données. La mobilisation des ressources supplémentaires est coordonnée avec les partenaires du territoire. Les professionnels de l'établissement ont été destinataires de comptes rendus de crise.

Le plan de sécurisation de l'établissement est opérationnel ; deux secteurs patients sont sécurisés et un professionnel de sécurité est présent chaque nuit.

Les portes (portails) sont fermées à 21 heures et rouvrent à 6 heures 15, les situations à risques pour les patients et professionnels sont connues.

Les risques environnementaux sont maîtrisés et une politique et des actions de développement durable est en place et traduit une maturité dans l'engagement. Un référent est nommé et anime un comité de pilotage.

L'établissement suit ses consommations, et bénéficie d'une chaudière biomasse.

La prise en charge des urgences vitales est organisée avec un numéro unique en dehors de l'organisation des astreintes et des différents numéros afférents. L'établissement en cours de visite a rendu l'affichage de ce numéro qui existait déjà et était connu, plus opérant, en l'isolant au niveau de l'affichage (il était répertorié aux milieu d'autres numéros d'astreintes).

L'établissement a deux chariots d'urgences et 4 défibrillateurs un par étage ainsi qu'un kit d'aspiration. Un CREX et des exercices ont été mis en place sur le montage des kits.

Les professionnels sont formés régulièrement à l'urgence vitale.

L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins.

L'établissement développe une dynamique d'amélioration de la qualité. L'analyse des FEI est faite régulièrement suivant un circuit connu et structuré. Une commission qualité se réunit régulièrement et des comités CREX sont organisés avec des professionnels formés.

Les équipes ont des retours dans les actions engagées .Les représentants des usagers sont informés du plan qualité et des actions d'améliorations mises en œuvre.

On tient compte de leur avis.

Toutefois les médecins ne sont pas accrédités car leur exercice ne relèvent pas de spécialités à risque.

On ne retrouve pas d'équipe engagée dans des démarches collective d'accréditation ou de PACTE par exemple.

Table des Annexes

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

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	760782227	CENTRE HOSPITALIER DURECU LAVOISIER DARNETAL	116 rue louis pasteur Bp 18 76161 Darnetal FRANCE
Établissement principal	760000620	CENTRE HOSPITALIER DURECU-LAVOISIER	116 rue louis pasteur Bp 18 76161 Darnetal FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	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 SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		ATB + Médicament à risque
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		ATB + Médicament à risque
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Prévention des IAS
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète	

			Soins de suite et réadaptation	
8	Audit système	Représentants des usagers		
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
11	Audit système	Dynamique d'amélioration		
12	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des EIG
13	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
14	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
15	Audit système	Maitrise des risques		
16	Audit système	Engagement patient		
17	Audit système	Leadership		
18	Audit système	Coordination territoriale		
19	Audit système	QVT & Travail en équipe		

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

