



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE SAINT MARCELLIN**

1 avenue felix faure
Bp 8
38160 ST MARCELLIN



Validé par la HAS en Septembre 2022

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 – Septembre 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	20
Annexe 3. Programme de visite	24

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MARCELLIN	
Adresse	1 avenue felix faure Bp 8 38160 ST MARCELLIN FRANCE
Département / Région	Isère / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	380780171	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MARCELLIN	1 avenue felix faure Bp 8 38161 ST MARCELLIN FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

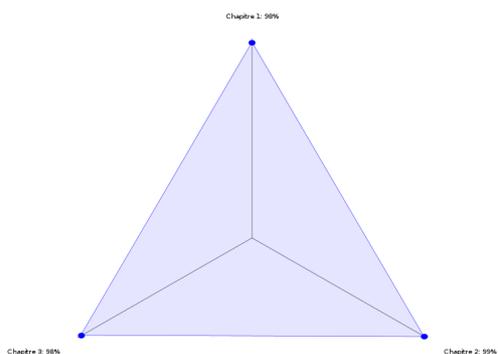
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

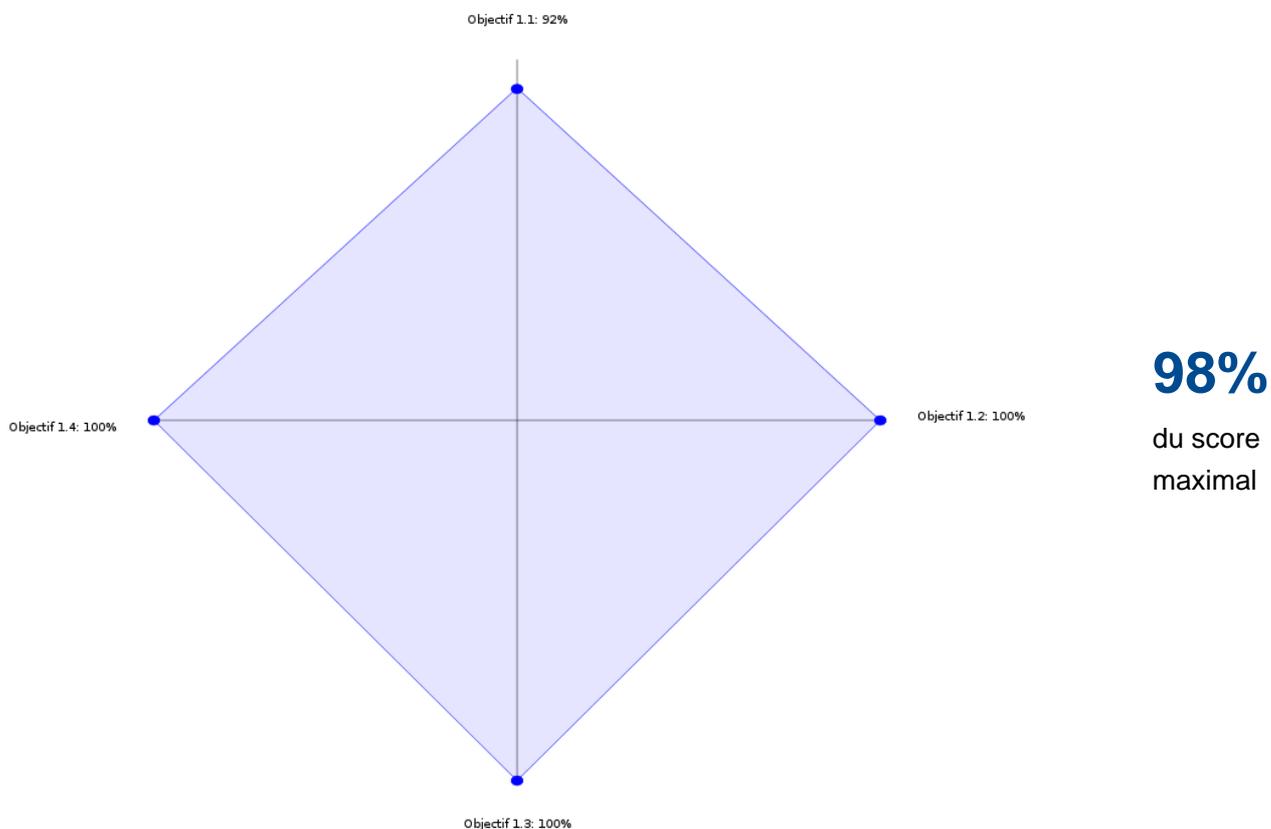
Au regard du profil de l'établissement, [102](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

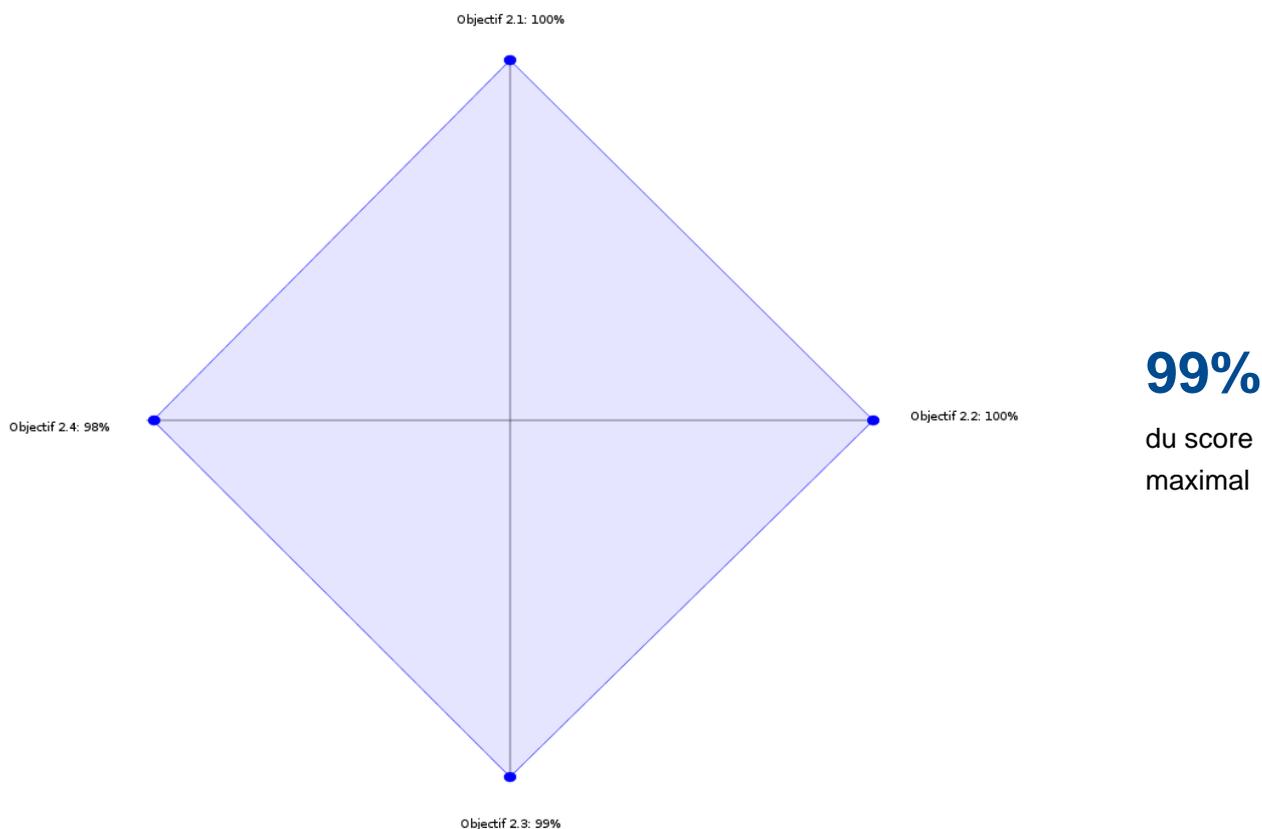


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'information délivrée au patient, ainsi que la recherche de son implication dans la construction et la mise en œuvre de son projet personnalisé de soins est effective au Centre Hospitalier de Saint Marcellin. Un objectif thérapeutique personnalisé est systématiquement posé par l'équipe, basé sur un bilan pluridisciplinaire et une analyse des besoins et des attentes exprimés par le patient et/ou ses aidants. Tout au long de son hospitalisation, le patient reçoit des informations, y compris sans demande explicite de ce dernier, lui permettant une bonne appréciation « bénéfico-risque ». Le consentement de chaque patient est systématiquement recherché pour la réalisation de tout acte le concernant. Il en est de même dans la recherche de l'expression de la volonté du patient en fin de vie. Au niveau du Centre Périnatal de Proximité de l'établissement, les futurs parents discutent, s'ils le souhaitent, d'un projet de naissance avec les sages-

femmes de l'équipe. Les patients sont également informés de la possibilité qu'ils ont de désigner une personne à prévenir, une personne de confiance, ou de rédiger des directives anticipées, via le livret d'accueil, qui leur est systématiquement remis. Celui-ci permet également la diffusion d'informations concernant l'existence au sein de l'établissement des représentants des usagers. Cette information est complétée par la mise en place d'affiches à l'entrée de chaque service. Malgré l'ensemble des actions mises en place l'établissement, les patients ne connaissent pas systématiquement ces informations. La satisfaction des patients est recherchée par l'utilisation des questionnaires de satisfaction. Une organisation est en place afin de récupérer un maximum de questionnaires. Les données qui en sont issues, sont régulièrement analysées par l'établissement et les représentants des usagers. Le patient est respecté, tant au niveau de sa dignité que de son intimité. Il a pu être constaté que l'ensemble des personnels de soins et de rééducation était particulièrement investi dans le respect de ces valeurs. De même, le respect de la confidentialité des données concernant les patients, est totalement assuré. Le maintien de l'autonomie, notamment des personnes présentant un handicap ou âgées, est assuré tout au long de leur hospitalisation. Un kinésithérapeute de la structure, mal voyant, a contribué à la mise en place d'actions destinées à adapter les locaux à cet handicap. La douleur de chaque patient est évaluée et soulagée lorsque cela est nécessaire. La traçabilité est assurée comme le démontre le résultat de l'Indicateur Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) sur la prise en charge de la douleur en 2019 (88% en médecine, 91% en SSR). Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Dans le cadre du parcours de rééducation/réadaptation, ils sont intégrés dans l'élaboration du Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (P3I). Au cours de l'hospitalisation de leur proche, ils peuvent rester la nuit dans l'établissement, s'y restaurer ou bénéficier du salon des familles mis à leur disposition. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en soins. Au besoin, il peut être fait appel à une assistante sociale pour les patients le nécessitant. Les conditions de retour à domicile sont analysées au plus tôt, avec la possibilité pour les ergothérapeutes et les assistantes sociales de la structure de se rendre au domicile du patient.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

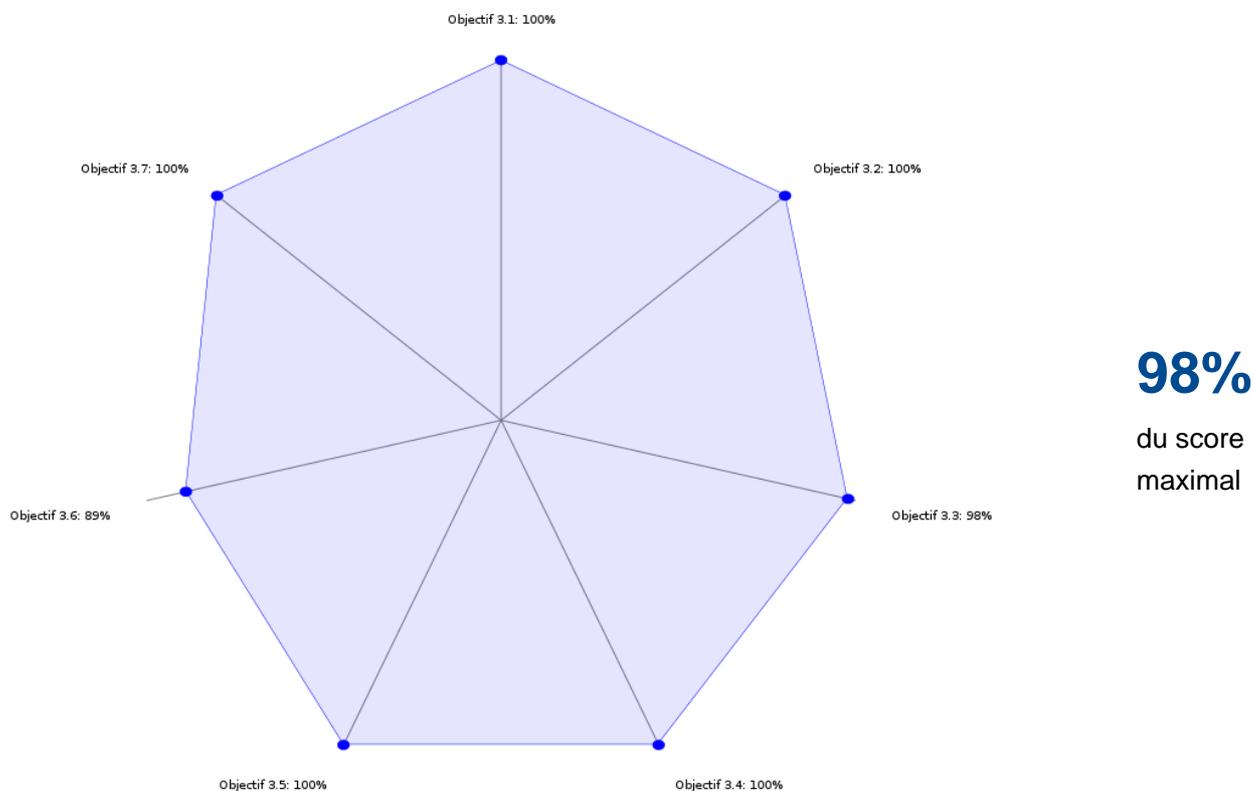


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	98%

La pertinence des parcours, actes et prescriptions, est argumentée. Chaque admission au sein de l'établissement est analysée par l'équipe soignante. Les demandes d'admission en SSR, émanant de la plateforme Via Trajectoire. Une cellule « parcours » (Infirmière et Assistante Sociale) est en place. Elle assure, entre autre, le lien avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Sud Grésivaudan. Le recours potentiel à une hospitalisation à domicile est analysé quand cela est possible, au plus tôt au cours de l'hospitalisation. La pertinence de tout acte transfusionnel et des prescriptions d'antibiotiques est argumentée. Les médecins de l'établissement peuvent s'appuyer sur une équipe de référence en antibiothérapie, des outils d'aide à la prescription, et leurs connaissances acquises dans le cadre de formations, pour respecter les recommandations des bonnes pratiques d'antibiothérapie, dont la réévaluation entre la 24ème et la 72ème

heure. La coordination de la prise en soins des patients est pluri professionnelle et pluridisciplinaire. L'évaluation globale des besoins du patient est réalisée (clinique, sociale et psychologique) avec la participation de celui-ci et/ou ses proches et aidants. Un projet de soins est établi. Celui-ci est réévalué dans le cadre des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires, organisés au niveau des services de soins et du plateau technique. La traçabilité des interventions, des actes et des prescriptions est assurée par l'ensemble des professionnels sur le dossier informatisé unique du patient. Afin de sécuriser au maximum la prise en charge médicamenteuse du patient, la conciliation des traitements médicamenteux a été mise en œuvre. L'établissement utilise un outil numérique, proposé par la région Auvergne-Rhône-Alpes, afin de se coordonner et échanger avec les différents acteurs de la prise en charge du patient (publics, privés ou libéraux). Cet outil sécurisé et partagé, permet l'échange d'informations utiles à la continuité des prises en charge. Il permet également le recours à un réseau d'expertise ou encore l'envoi de la lettre de liaison à la sortie du patient. L'ensemble des équipes assure la maîtrise des risques liés à leurs pratiques. Le pilotage des différentes vigilances sanitaires, notamment en ce qui concerne l'hémovigilance, est organisé. Les règles d'identitovigilance sont respectées. La pharmacie interne de l'établissement assure la dispensation médicamenteuse. Les équipes respectent les règles de prescription et de dispensation des médicaments. Les règles de transport et de stockage sont appliquées. L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée par les pharmaciens pour chaque prescription. La conciliation médicamenteuse contribue à éviter la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé. Les médicaments à risque font l'objet d'une attention particulière. Ils sont clairement identifiés dans les pharmacies. Leur listing est mis à la disposition des agents, qui sont sensibilisés à leur utilisation. Concernant la maîtrise du risque infectieux, les personnels respectent rigoureusement les prérequis et les indications de l'hygiène des mains. Ils sensibilisent également les patients à l'utilisation de la solution hydro-alcoolique. L'établissement, classé C au niveau de son Indicateur de Consommation de Solution Hydro-Alcoolique (ICSHA) en 2019, a mis en place un plan d'actions pour augmenter sa consommation. Un indicateur trimestriel institutionnel a montré une augmentation de la consommation dans tous les services. Les précautions « Standard » et complémentaires sont connues et appliquées dans la totalité des services. L'infirmière hygiéniste de l'équipe opérationnelle d'hygiène partagée, assure de nombreuses formations et sensibilisations (dispositifs invasifs, gestion des excréta...) à destination des professionnels et de tous les nouveaux arrivants. Des correspondants en hygiène sont identifiés dans chaque service et contribuent à la diffusion d'informations utiles aux soignants. De plus, il a pu être constaté, le parfait entretien et la propreté des locaux. L'ensemble des professionnels respecte les obligations vaccinales, ainsi que les recommandations vaccinales avec un taux de 38% en 2021 pour la vaccination contre la grippe saisonnière. Des actions (sensibilisation, mise à disposition gratuite...) sont en place. Concernant le transport des patients en intra hospitalier, une organisation est définie et la présence d'un brancardier formé, permet le respect des conditions de sécurité et de confort du patient. Les équipes assurent l'évaluation de leurs pratiques. Des Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) sont réalisées sur l'ensemble des services. Une commission de pertinence des soins est également en place. Elle permet, entre autre, de s'assurer du bien fondé des pratiques soignantes. Afin d'améliorer leurs prises en charge, les équipes assurent le recueil et l'analyse des résultats de la satisfaction des patients. Dans le but de recueillir le ressenti et les objectifs du patient sur sa prise en charge, plusieurs méthodologies type Shadowing, PREMS (enquête expérience patient) et PROMS (recherchés à l'admission en SSR) ont été récemment déployées. Les événements indésirables associés aux soins sont déclarés. Les plus graves sont analysés selon la méthode ORION. Les résultats de ces analyses, complétés des plaintes et réclamations et des indicateurs qualité et sécurité des soins permettent à l'établissement, épaulé de soignants et des représentants des usagers, la mise en place de plans d'actions d'amélioration. Ces actions, connues des professionnels, concernent également la qualité des résultats des examens de biologie et d'imagerie médicale.

Chapitre 3 : L'établissement



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	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	89%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement a défini ses orientations stratégiques en totale cohérence avec son territoire. Celui-ci fait partie du GHT Rhône Vercors Vivarais, et se trouve en direction commune au sein des établissements publics Sud Grésivaudan. Des partenariats ont été établis avec les établissements publics, privés, EHPAD et HAD du secteur. L'établissement a instauré une politique « d'aller-vers » et propose un panel de consultations

spécialisées en son sein. Le Centre de Consultation Non Programmées permet, sur ses horaires d'ouverture, la prise en charge de patients en situation d'urgence. Les partenaires extérieurs, dont les médecins de ville, ont la possibilité d'utiliser la « hotline » gériatrique, afin de contacter le médecin gériatre du service de médecine. Celui-ci peut prodiguer des conseils ou accepter en hospitalisation directe un patient, afin d'éviter un passage par un service d'urgence. Les médecins de ville peuvent également entrer en communication avec les professionnels de l'établissement par l'intermédiaire de la messagerie sécurisée mise à disposition par l'outil informatique régional. Les patients et leur entourage sont informés des numéros d'appel téléphonique, notamment à l'aide du livret d'accueil. La recherche clinique est promue au sein de l'établissement, au regard de ses capacités ; du temps médical et paramédical non clinique est accordé aux agents, afin de pouvoir s'investir dans certains domaines de recherche comme la conciliation médicamenteuse. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. Dès son admission, le projet de soins du patient est élaboré en partenariat avec celui-ci. Tout au long de son séjour, le patient est acteur de sa prise en charge. Sa satisfaction et l'expression de son point de vue sont recueillies. Une enquête sur « l'expérience patient » a été réalisée en partenariat avec les représentants des usagers. Des initiatives ont permis de mobiliser l'expertise des patients, comme celle concernant le réaménagement des places de l'unité d'hospitalisation de jour. La bientraitance fait partie des valeurs des professionnels de l'établissement. Une politique de bientraitance et prévention de la maltraitance a été élaborée. Les bonnes pratiques de lutte contre la maltraitance ordinaire sont appliquées par les professionnels, qui sont formés sur le sujet. Des outils sont à leur disposition telle la fiche de repérage de la maltraitance ou l'arbre de la bientraitance, affiché dans tous les services. Une communication centrée sur le patient, et l'utilisation d'un outil comme le « faire-dire », permet de compléter le dispositif. Concernant l'accès de l'établissement aux personnes handicapées ou vulnérables, celui-ci est organisé. Il en est de même pour ce qui est de permettre l'accès pour le patient à son dossier de soins. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie institutionnelle. En plus de leur participation active aux différentes instances, ils interviennent directement auprès des usagers dans les services de soins. La gouvernance fait preuve de leadership. Elle a structuré son management autour de la qualité et de la sécurité des soins. Une politique qualité a été élaborée par un Copil Qualité pluri professionnel, dont les représentants des usagers font partis. Elle tient compte de l'évaluation de la culture de sécurité des soins, réalisée auprès des professionnels. Des « points qualité » sont réalisés lors de chaque CME. Des outils tel le « quart d'heure qualité » ou le fascicule « tout savoir sur mon service » sont en place, afin de diffuser les informations en lien avec la qualité. L'adéquation entre le besoin en compétences et la sécurité des soins est assurée. Pour cela, les nouveaux arrivants sont accueillis lors d'une journée d'intégration et l'encadrement bénéficie de formations en coaching. Le travail en équipe et le développement des compétences sont soutenus par la gouvernance. Le travail en équipe est inscrit dans le projet d'établissement et les projets de pole. Une action type PACTE est en place sur tous les services en lien avec la culture sécurité. Elle a permis la mise en place de plans d'actions, propres à chaque équipe. L'organisation des services permet la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux et la mise en place de temps d'échanges entre professionnels. Les compétences individuelles des professionnels médicaux et paramédicaux sont évaluées et développées par l'intermédiaire d'un plan de formation complet et adapté. Une démarche de qualité de vie au travail, impulsée par la gouvernance, implique l'ensemble des professionnels. La politique, élaborée à partir d'enquêtes de satisfaction du personnel, est en place. Un Copil qualité des conditions de vie au travail, incluant médecins, direction, cadres, représentants du personnel, est opérationnel. Le plan d'actions élaboré est restitué aux équipes de soins. Concernant la gestion des difficultés interpersonnelles ou des conflits, des formations sont proposées aux cadres, à la direction et aux médecins, en sus de la possibilité de recourir aux psychologues institutionnels. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles s'opère au niveau de la direction commune. Le plan blanc institutionnel est actualisé. Un RETEX a été réalisé dans le cadre de la situation de crise COVID. L'établissement n'ayant pas été sollicité pour la réalisation d'un exercice depuis 2019 par la délégation départementale de l'Isère de l'ARS, et n'ayant pas réalisé lui-même d'exercice annuel à la vue

du contexte sanitaire, un exercice du type « simulation de la maîtrise incendie » est prévu pour être réalisé au cours du premier semestre 2022. Les risques numériques et la sécurité informatique font l'objet d'une attention particulière. Une formation à la cybersécurité est délivrée aux professionnels. Des exercices en cybersécurité sont également planifiés avec le GHT. Cependant les professionnels ne se sont pas totalement appropriés les conduites à tenir en cas d'attaque. Le Plan de Sécurité d'Établissement (PSE) est actualisé. L'ensemble des locaux est sécurisé, tant au niveau des locaux communs que des salles de soins. Concernant les enjeux du développement durable, la gouvernance s'est saisie du sujet en l'intégrant à son projet d'établissement 2019-2023. Une politique de communication est en place (affichage, présence de référents Développement Durable dans les services...). De nombreuses actions sont réalisées (suivi des consommations, tri des déchets...). Au niveau de la prise en charge des urgences vitales, le personnel est régulièrement formé par un infirmier formateur de la structure, du matériel d'urgence est mis à leur disposition, un numéro d'appel d'urgence est en fonction. Afin de développer une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, la gouvernance et la CME, assurent la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. D'autres éléments tels que le point de vue du patient, le recueil, l'analyse et l'exploitation des indicateurs qualité ainsi que l'exploitation des évènements indésirables, sont pris en compte pour entretenir cette dynamique.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	380780171	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MARCELLIN	1 avenue felix faure Bp 8 38161 ST MARCELLIN FRANCE
Établissement principal	380000091	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MARCELLIN	1 avenue felix faure Bp 8 38160 ST MARCELLIN FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	28
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	2
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	305
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	50
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)	1
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	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Médecine Hospitalisation complète Programmé	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maternité Patient en situation de handicap Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine	

			Programmé	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
7	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
8	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Audit système	Engagement patient		
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans dispositif implantable

14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif implantable
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
17	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
18	Audit système	Leadership		
19	Audit système	QVT & Travail en équipe		
20	Audit système	Coordination territoriale		
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maternité Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique
24	Audit système	Représentants des usagers		
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
26	Audit système	Dynamique d'amélioration		
27	Audit système	Maitrise des risques		

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

