



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE DENAIN**

25 bis rue jean jaures

Bp 225

59723 Denain



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 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	16
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 DENAIN	
Adresse	25 bis rue jean jaures Bp 225 59723 Denain FRANCE
Département / Région	Nord / Hauts-de-France
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	590782165	CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN	25 bis rue jean jaures 59723 Denain FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

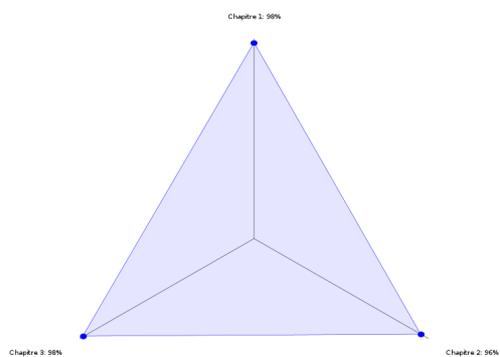
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

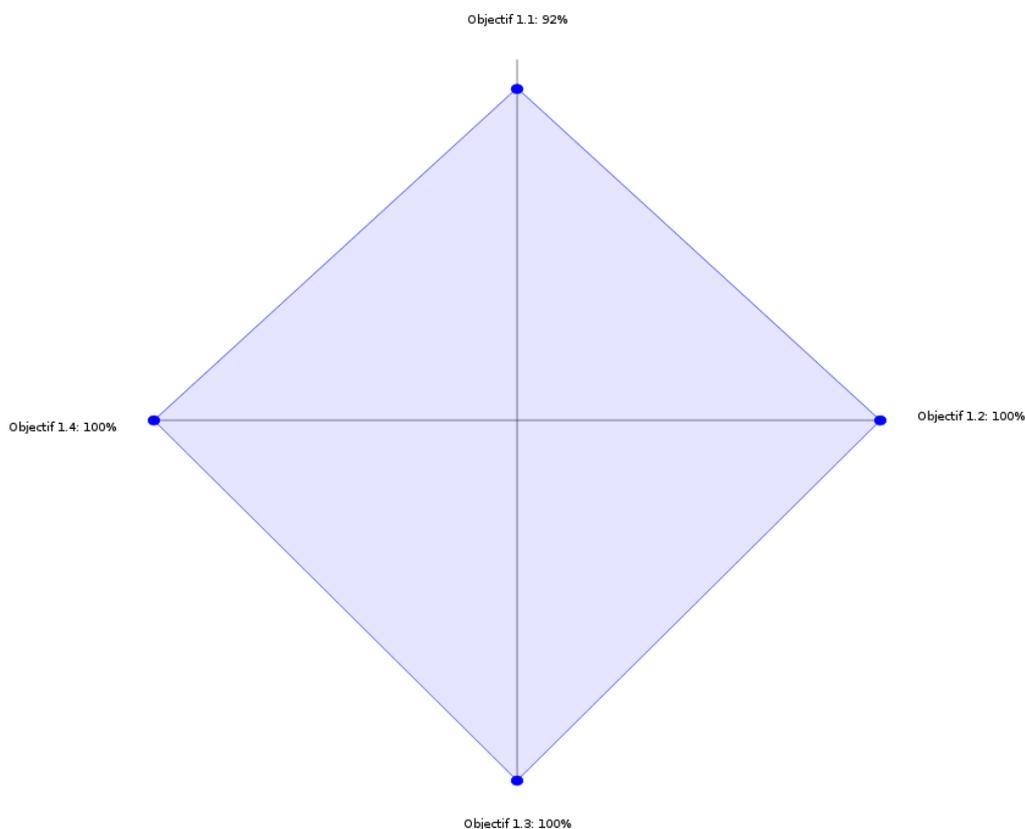
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé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

Au regard du profil de l'établissement, **123** critères lui sont applicables

Résultats



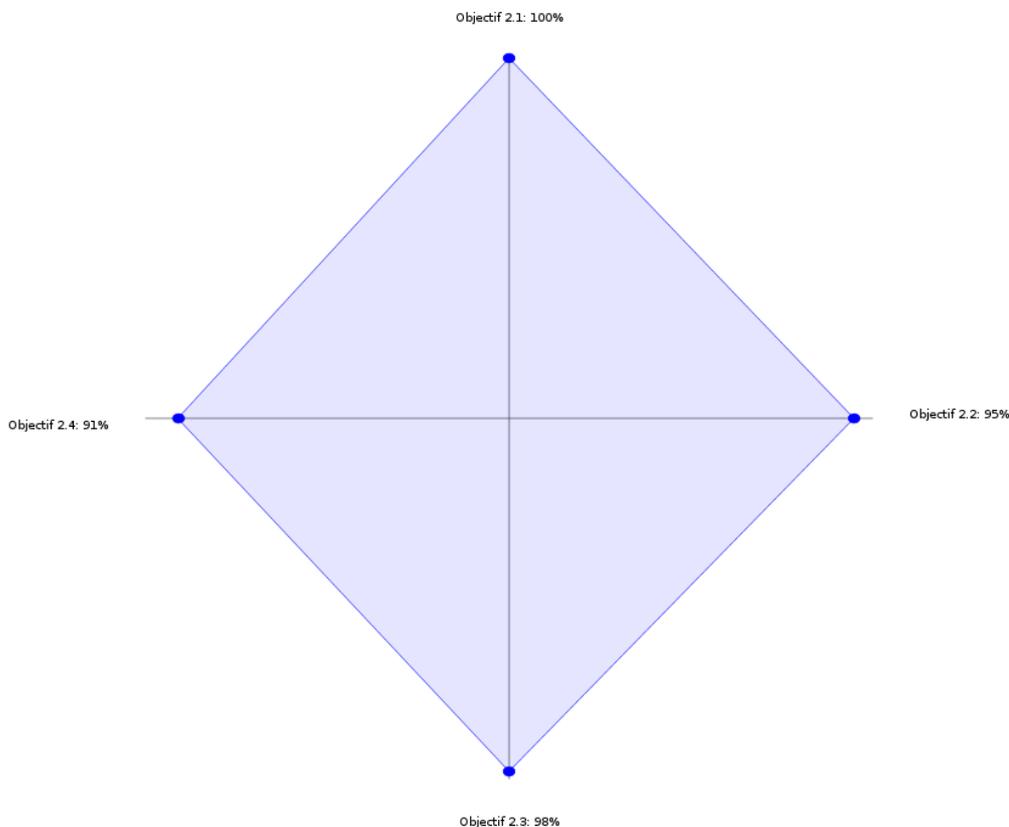
Chapitre 1 : Le patient



De nombreux outils institutionnels permettent d'assurer l'information du patient sur ses droits (affichage, livret d'accueil). Le livret d'accueil est remis au patient lors de son entrée mais il ne lui est pas explicité et malgré les informations inscrites dans le livret d'accueil, les échanges ont montré qu'une proportion importante des patients n'a pas connaissance du recours possible aux représentants des usagers et associations de bénévoles susceptibles de les accompagner. La démarche à suivre pour formuler une réclamation ou signaler un évènement indésirable, n'est pas bien comprise par les patients. Les professionnels formés sont attentifs à répondre aux besoins des patients de façon adaptée à leur état de santé. Dans tous les services, les patients sont impliqués dans leur prise en charge. Les patients sont informés de façon claire et adaptée dès leur admission jusqu'à leur sortie. Les professionnels permettent aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge. L'expression du patient sur son consentement libre et éclairé est assurée lors des consultations ou à l'arrivée du patient et intégrée dans le dossier patient. Des patients ont exprimé que le CH de Denain est un « hôpital humain ». Des modalités d'informations spécifiques sont mises en œuvre pour les patients en cas d'implantation de dispositifs médicaux, d'administration de Produit Sanguin Labile (PSL) et d'hospitalisation en ambulatoire. En oncologie, le projet de soins personnalisé sous forme de livret est remis au patient. En obstétrique, les futurs parents discutent avec les professionnels du projet de naissance. Un questionnaire réalisé auprès des futurs parents par les auxiliaires de puériculture permet d'identifier la vulnérabilité et de prévenir des difficultés après la sortie. Un entretien prénatal précoce permet d'explorer l'existence de problèmes sociaux. Il existe une chambre pédagogique pour la prise en charge du nouveau-né. Un projet de salle de naissance « nature » pour les parturientes ne souhaitant pas de péridurale est cours, les travaux sont prévus à partir du mois de mars 2022. L'information sur la possibilité de rédiger des directives anticipées est

réfléchi en fonction des profils des patients et du secteur de soins. Elle est réalisée et tracée dans les services de médecine, gériatrie, oncologie et soins critiques. Les patients et leurs proches sont associés à la décision d'accéder aux soins palliatifs. Des réunions pluriprofessionnelles associant le patient et sa famille, sont réalisées dans l'unité de soins continus sur la décision de l'arrêt des thérapeutiques. La bienveillance, la réactivité et l'implication du patient sont des valeurs intégrées dans la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins. Les patients sont respectés, leur intimité, leur dignité et la confidentialité sont garanties. Les pratiques professionnelles témoignent d'une attention particulière en ce sens. Les enfants et adolescents sont hospitalisés dans un environnement adapté avec des professionnels formés spécifiquement. La prise en compte des personnes en situation de précarité sociale est effective. Dès les urgences et jusqu'à la sortie, les patients peuvent bénéficier d'un accompagnement par les professionnels qui les orientent vers les services sociaux et associations adéquates. Aux urgences, l'équipe prend en compte la vulnérabilité des patients. Les professionnels demandent aux proches (si présents) de rester auprès du patient vulnérable. En chirurgie ambulatoire l'appel à J-1 et à J+1 (post sortie) est effectif. Le service de soins continus a mis en place l'appel à J+1 sur le modèle de l'hospitalisation ambulatoire lors d'une sortie directe au domicile. Quel que soit le service où il se trouve, le patient en situation de précarité est orienté vers une assistante sociale dès le début du séjour afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Une permanence d'accès aux soins est en place. L'expression et la prise en compte des besoins des patients vivant avec une maladie chronique ou un handicap est prise en compte, notamment dans la préparation à la sortie d'hospitalisation. L'assistante sociale intervient pour envisager les conditions du retour à domicile (association, aide-ménagère) et peut organiser des visites à domicile pour adapter le logement. Le patient bénéficie par tous les professionnels de soins, d'une évaluation de la douleur visant à l'anticiper et à la soulager. Les mesures sont répétées, menées avec des échelles adaptées, analysées et prises en compte. Des audits sur la prise en charge de la douleur sont menés régulièrement. Les professionnels les ont cités et connaissent les actions qui doivent être mises en œuvre notamment sur la réévaluation de la douleur. Les contentions mécaniques font l'objet d'une réflexion bénéfique en équipe. Le patient et ses proches sont informés. Si le patient refuse la contention ou si la contention aggrave les troubles cognitifs, des mesures adaptées sont mises en place pour éviter les risques inhérents à sa prise en charge (chutes ...). La traçabilité de la mise en place d'une contention, les modalités de surveillance, la réévaluation et le consentement du patient et/ou de sa famille sont tracées dans le dossier patient.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

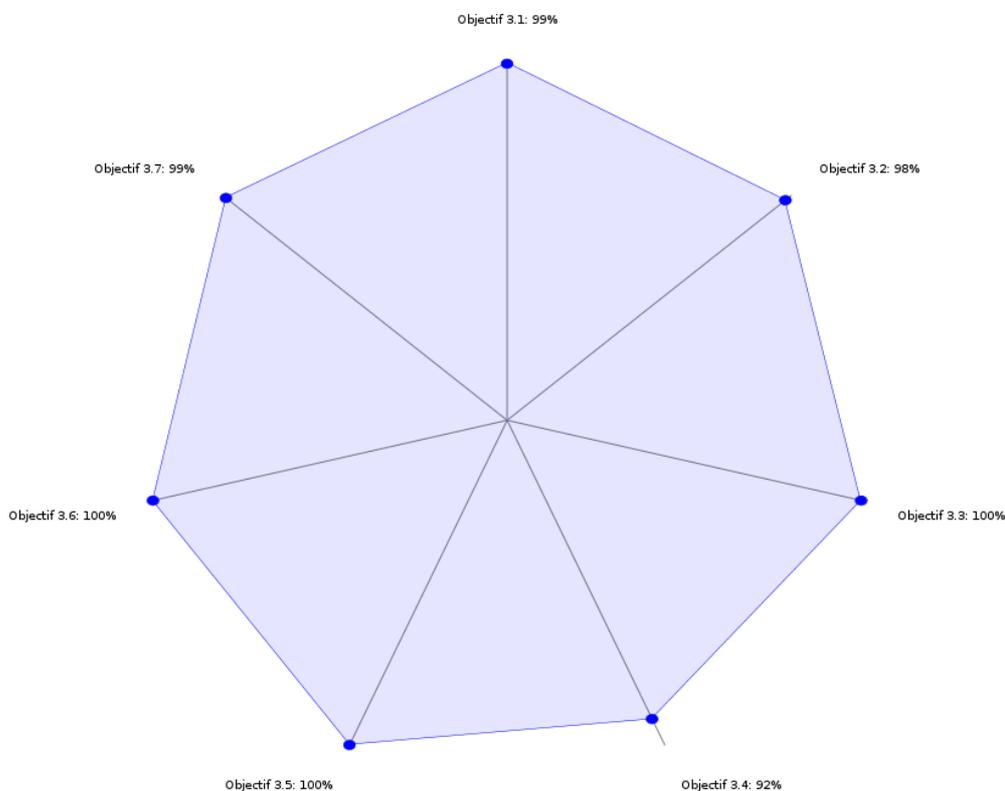


La coordination pluri professionnelle des équipes est effective dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins. La coordination de la prise en charge a été constatée dans toutes les disciplines. La mise en place de réunions pluridisciplinaires, de RCP, de staffs contribue à une approche globale et concertée des patients. Aux urgences, le patient est accueilli et orienté par des professionnels formés (IAO) et selon une échelle de « tri ». En cas de tension, une cellule de crise est déclenchée afin de mettre en place de solutions pour l'accueil des patients. Des réseaux sont en place avec les CH de St Amand et Somain afin de faciliter les transferts en cas de faute de place. Des filières sont organisées pour les patients de psychiatrie, les enfants, et les patients de chirurgie qui doivent être programmés pour une intervention non urgente. Les patients en attente, sont informés de la durée d'attente par une information orale et non par un affichage. Au bloc opératoire, la programmation opératoire prend en compte la priorisation des urgences. En imagerie, des plages de RDV sont dédiées aux patients hospitalisés notamment pour les scanners, IRM. Si besoin urgent, une demande directe est faite par les médecins auprès des imageurs. En santé mentale, le projet de soins, tout au long du séjour, fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire, prenant en compte la dimension de l'environnement social du patient. Les réunions de synthèse hebdomadaires permettent de réajuster le projet de soins. L'objectif est de lutter contre "l'hospitalisme" et de proposer au patient une prise en charge qui lui permet un retour au domicile sans être "lâché" dans la nature. Des visites à domicile sont mises en place. Une réflexion de l'équipe a permis la mise en place d'une valisette permettant les visites à domicile à la suite de la crise sanitaire. Un médecin, Docteur en neurosciences assure des prises en charge spécifiques pour certains patients, des formations sont également organisées pour les professionnels. Les mesures restrictives en santé mentale sont argumentées et réévaluées. Un protocole de surveillance est formalisé et suivi. Bien qu'une chambre d'isolement soit identifiée,

les contentions et mesures restrictives ne sont pas fréquentes dans le service. Un examen somatique à l'entrée du patient est réalisé par un médecin somaticien qui est en poste à temps plein dans la structure de santé mentale. En psychiatrie infantile juvénile, les enfants sont suivis par leurs référents à la sortie en "postcure". Les parents sont associés à l'élaboration du projet de soins, ils apportent toutes les autorisations nécessaires (sorties extérieures, ateliers.). L'équipe a mis en place une organisation permettant d'accueillir les enfants malgré la crise sanitaire. Deux projets initiés "pièces jaunes" ont permis d'acquérir une aire de jeux extérieure ainsi qu'une salle "SNOEZELEN" Quel que soit le service, et tout au long du parcours, les équipes se coordonnent pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Des réunions quotidiennes sous forme de staff, transmissions sont réalisées permettant une approche d'équipe et le réajustement du projet de soins en continu. En SSR une réunion pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire hebdomadaire permet d'ajuster le projet de soins des patients. La pertinence de l'admission en SSR est discutée lors de ces réunions. Dans tous les services, les professionnels réalisent un recueil de données des besoins des patients et identifient les risques iatrogènes. Une analyse bénéfique risque est effectuée afin de mettre en place un projet de soins adapté au patient et partagé par celui-ci et sa famille. Ses préférences sont également prises en compte. Les équipes peuvent faire appel à des réseaux de recours ou d'expertise. Une équipe "plaies et cicatrisation" postée aux consultations est disponible pour apporter des conseils et une aide aux professionnels lors de pansements complexes ou si besoin. Une équipe mobile en soins palliatifs passe chaque semaine dans le service de SSR et autant que de besoin dans les autres services de l'établissement. Des expertises transversales sont également mobilisées : assistante sociale, kinésithérapeutes, diététicienne, médecin spécialistes. Pour exemple, les cardiologues sont sollicités pour la mise en place de traitement anticoagulant. Les risques inhérents aux prises en charge sont maîtrisés. Les équipes appliquent les précautions standard et complémentaires pour la prévention du risque infectieux. Les professionnels appliquent les bonnes pratiques de gestion des excréta. Les équipes maîtrisent le risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en termes de prescription, surveillance et traçabilité. Des formations sont organisées notamment dans la chambre des erreurs sur les picline, KT périphériques, midline, chambre implantable. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée avec des audits effectués sur la traçabilité et un taux de destruction des PSL connu. Le traitement des endoscopes est maîtrisé dans son ensemble par des équipes formées. Dans la majorité, les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Cependant, au décours de la visite nous avons constaté que dans certains cas le patient n'est pas invité à décliner son identité mais à la confirmer. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques et son évaluation sont tracées dans le dossier. Des référents en antibiothérapie sont disponibles. Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels, la check liste est mise en œuvre en présence des professionnels concernés. Une EPP est réalisée sur ce sujet. Les résultats de démontrent une traçabilité à 100% et le respect des 3 temps à 100%. Un taux d'exhaustivité de 96% sur l'antibioprophylaxie confirmé lors de la visite car l'item est coché en non applicable (2 dossiers) bien que dans le dossier des patients, l'antibiotique pré opératoire est administré et tracé. Un groupe de travail IADE, IBODE s'est constitué pour améliorer la check-list HAS, notamment sur l'identité du patient, des précisions ont été apportées en plus du critère identité du patient. Les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat sont maîtrisés ainsi que l'utilisation des rayonnements ionisants qui sont tracés dans le dossier patient. Les délais de transports sont adaptés au rythme de l'activité et au confort du patient. Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (professionnels formés, matériel fonctionnel, protections adéquates). La prise en charge médicamenteuse est partiellement maîtrisée dans son ensemble : les prescriptions, la dispensation, l'analyse pharmaceutique et l'administration des médicaments sont assurées dans le respect des bonnes pratiques. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque (liste affichée et connue, médicaments identifiés par un pictogramme et formation des professionnels). En revanche, les prescriptions du traitement personnel des patients de chirurgie font l'objet d'un dysfonctionnement qui peut générer un risque pour le patient. Lors de la consultation d'anesthésie, l'infirmière de consultation dispose d'un code spécifique pour se loguer au logiciel de prescriptions et retranscrit le traitement personnel du patient que l'anesthésiste a inscrit manuellement sur la

fiche d'anesthésie. Une procédure formalise cette organisation. Cette tâche réalisée par l'infirmière est intitulée : "proposition d'écriture". L'anesthésiste doit ensuite valider cette prescription médicale pour qu'elle soit visible dans le plan de soins. Cette organisation a été mise en place pour pallier le manque d'informatisation du dossier d'anesthésie qui aurait dû être mis en place, mais retardée par la crise sanitaire et le départ du responsable informatique. A l'annonce de ce constat, l'établissement a vite réagi. La gouvernance a organisé une réunion avec le président de la CME et les médecins anesthésistes. Un plan d'action a été décidé avec une mise en place immédiate : suppression des codes spécifiques aux paramédicaux, élaboration d'une nouvelle procédure relative aux modalités de prescriptions des médicaments en chirurgie, diffusion d'une note de service à destination des équipes médicales et paramédicales et priorisation du déploiement du dossier informatisé du dossier d'anesthésie. La conciliation médicamenteuse est initiée en gériatrie (court séjour gériatrique) pour les personnes âgées de plus de 75 ans venant du domicile ayant plus de 5 médicaments. En oncologie, la conciliation médicamenteuse est en place avec conjointement une "consultation pharmaceutique oncologique" pour les nouveaux patients sous immunothérapie. Elle est composée d'un pharmacien, IDE, IDE soins de support, diététicienne et patient. Elle consiste en l'information sur les traitements, les conseils, la réponse aux questionnement du patient et à l'identification des interactions médicamenteuses. Cette réunion est tracée dans le DPI. Le dossier patient est complet et accessible à tous les professionnels. Il existe encore un dossier « papier » mais la « cohabitation » de ces deux supports est organisée. Tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient sont tracés (antécédents, allergies traitements, motifs d'hospitalisation, projets de soins). Le service des urgences a également accès aux dossiers des hospitalisations précédentes. L'archivage des dossiers « papier » est organisé. Le dossier obstétrical standardisé (réseau Nord Pas de Calais) est gardé par la parturiente Les indicateurs d'activité sont suivis régulièrement dans l'ensemble des services. Temps d'attente aux urgences, indicateurs d'activité au bloc opératoire (taux de déprogrammation, temps d'occupation des salles...). De nombreux audits sont réalisés dans l'ensemble des secteurs cliniques et médico-techniques : Pulp friction centrés sur les patients, visite de risque pour les patients porteurs de sonde à demeure, ayant des dispositifs invasifs, hygiène des mains au bloc opératoire... Les indicateurs par service sont affichés dans les services et à disposition des équipes dans le classeur qualité. Les professionnels citent le nombre de consommation requise de l'utilisation du SHA pour leur service ainsi que leur indicateur de consommation. Les équipes sont destinataires des résultats des indicateurs qualité sécurité des soins nationaux et des actions institutionnelles engagées, elles participent à leur mise en œuvre dans leur service. Dans chaque service des professionnels référents sur les différentes thématiques de prise en charge sont identifiés. Ils sont les relais auprès des équipes concernant la diffusion des bonnes pratiques ou des décisions prises lors de réunions mensuelles. Ils sont mandatés pour définir avec leur équipe quelles sont les actions prioritaires à mettre en place. Les équipes déclarent et partagent les évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Ils sont analysés collectivement à un rythme hebdomadaire. Ils sont déclarés sur le portail de signalement des EIAS et analysés selon la méthode ALARM. Afin d'inciter les professionnels à la déclaration de façon positive, une charte nommée "Charte d'encouragement au signalement interne " est affichée dans les postes de soins. La lettre de liaison est systématiquement donnée au patient ou à ses proches le jour de la sortie, elle intègre le comparatif entre le traitement à l'entrée et le traitement à la sortie et le bilan thérapeutique des traitements tracés dans le dossier. En revanche, le courrier de sortie en chirurgie ambulatoire n'est pas détaillé, bien que la traçabilité de tous les actes réalisée pendant la journée soit totalement effective. Le carnet de santé de l'enfant n'est pas demandé lors de l'hospitalisation, seuls les praticiens libéraux l'utilisent lors des consultations dans leur cabinet de ville.

Chapitre 3 : L'établissement



Le centre hospitalier de Denain est partie prenante du GHT du Hainaut-Cambrésis associant 12 établissements de santé. Il participe aux projets territoriaux de parcours. Il participe activement à la création d'une CPTS et d'une maison médicale. Cette dernière sera hébergée dans l'établissement. L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale de son territoire, qui ne dispose pas d'établissement psychiatrique. Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs. Il existe des numéros spécifiques pour contacter des spécialistes. L'établissement a une communication centrée sur le patient : Charte de bientraitance, procédure de déclaration de maltraitance formalisée. Le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes. De nombreux membres de l'équipe sont formés à la bientraitance. Le sujet est abordé lors des réunions d'équipe. Les professionnels citent et utilisent les ressources et dispositifs nécessaires pour les patients vulnérables et atteints de handicap. Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance, notamment pour les personnes fragiles ou potentiellement exposées pour favoriser leur détection. Tous les professionnels rencontrés connaissent les recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance. Des démarches d'intégration de l'expertise des patients ont débuté dans différents domaines (éducation thérapeutique (ETP), soutien au patient, parcours patient, formation des professionnels...). 1 programme ETP labellisé : chirurgie bariatrique et un projet ETP HDJ en médecine pour les patients diabétiques. Une chambre pédagogique est mise en place en maternité. La gouvernance organise des réunions de partage d'expérience avec des patients (travaux de groupe). La satisfaction des patients est recueillie au travers des questionnaires de satisfaction et de l'enquête e-satis. Des initiatives sont développées au sein des services comme en maternité où un projet de

recueil de satisfaction spécifique aux parturientes est en cours d'initiation. Les Représentants des Usagers sont connus et reconnus dans l'établissement. Ils sont intégrés au fonctionnement de nombreuses instances CS, CDU, CLIN, CLAN, CLUD, comité d'éthique, CSIRMT et sont force de proposition. Le projet des usagers est articulé avec le projet médical et soignant. En hospitalisation de jour infantile en santé mentale, les accès extérieurs et circulation ne sont pas adaptés à toutes formes de handicap : pas de rampe, pas d'ascenseur dans une maison à plusieurs étages. Des travaux sont en cours dans l'enceinte de l'établissement ce qui complique les accès extérieurs, les circulations destinées aux patients, les locaux de consultations, d'hospitalisations, la signalétique, qui ne sont adaptés à toutes les formes de handicap. Les démarches d'accréditation en équipe médicale sont prises en charge par l'établissement. Elles concernent aujourd'hui les anesthésistes et c'est en cours pour les gynécologues obstétriciens. Elles seront rapidement étendues à d'autres secteurs d'activité. Pour les personnels non médicaux, dans le cadre des dernières lignes directrices de gestion, des travaux participatifs d'équipes sont en cours. Le président de CME, médecin anesthésiste est accrédité. Une convention a été effectuée entre l'établissement et la SFAR et est en cours de signature pour accréditer l'ensemble des anesthésistes. Deux publications ont été identifiées et valorisées pour les équipes contributrices en 2021. Il existe une convention de recherche sur les maladies rares avec le CH de Valenciennes. Les responsables ont bénéficié d'une formation au management. La nouvelle Présidente de CME est en cours de formation. Un outil régional de formation et d'appui aux cadres est en place. L'université de Valenciennes propose des formations aux Chefs de Pôle, aux chefs de service et aux cadres. La prise en charge des urgences vitales est organisée et maîtrisée : matériel, vérification, traçabilité, numéro d'appel des urgences vitales affiché et connu des professionnels. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence. La gouvernance impulse une culture sécurité des soins positive qui est ancrée dans l'établissement. L'appropriation de la culture sécurité par les professionnels est évaluée à un rythme annuel, des audits sur les vigilances sont régulièrement réalisés. Les professionnels sont force de propositions pour les actions d'amélioration de la qualité. Des référents sont identifiés pour chaque domaine et/ou thématique, ce qui permet de déterminer des actions spécifiques à chaque service et ainsi alimenter le PAQSS en continu. La communication entre les professionnels et la gouvernance est ascendante et descendante. Les professionnels expliquent qu'ils sont acteurs du développement de la qualité car ils sont impliqués tant au niveau de la mise en œuvre des actions que dans le suivi des résultats des différentes évaluations menées. Ils expriment avoir une gouvernance bienveillante qui leur permet d'adopter cette bienveillance à tous les niveaux entre les membres de l'équipe et envers les patients qu'ils prennent en charge et qu'ils sont « fiers de travailler à l'hôpital de Denain ». Le travail en équipe est développé : des réunions de type « Lean management » sont organisées. Dans chaque service, un référent IDE "réunion de service" est identifié. Il déclenche autant que de besoin des réunions sur des sujets que les professionnels souhaitent voir aborder : déterminer un plan d'action au regard d'une pratique, si conflit dans l'équipe ou problème, réflexion sur le travail en équipe, la qualité de vie au travail... Une démarche est également mise en place afin d'associer toutes les catégories de professionnels pour améliorer les conditions de travail : pour exemple démarche CLACT (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail). Une charte de développement durable a été mise en place fin 2021 avec 10 principes comme « j'imprime éco ». Un référent développement durable est nommé. Un comité santé et développement durable a été créé fin 2021 où participe la gouvernance mais aussi des représentants des services de soins, logistiques, l'EOH, la pharmacie. Un diagnostic « Primum non nocere » a été effectué en septembre 2021. Des actions concrètes ont été effectuées comme en maternité où les parents sont sensibilisés aux risques en lien avec les perturbateurs endocriniens. L'établissement a posé sa candidature et a été présélectionné pour le label THQSE (Très haute Qualité Sanitaire, sociale et environnementale). Il ressort de ce diagnostic que 54% des actions ont été mises en œuvre.

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	590782165	CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN	25 bis rue jean jaures 59723 Denain FRANCE
Établissement principal	590000592	CENTRE HOSPITALIER DE DENAIN	25 bis rue jean jaures Bp 225 59723 Denain FRANCE
Établissement géographique	590805339	CH DE DENAIN-HDJ ADULTE 59G33 / 59G34	89 -91 rue duquesnoy 59220 Denain FRANCE
Établissement géographique	590806071	CH DE DENAIN-CMP ENFANTS	3 rue du fort minique 59300 Valenciennes FRANCE
Établissement géographique	590806089	CH DE DENAIN-CMP ENFANT	74 rue jean jaures 59220 Denain FRANCE
Établissement géographique	590009528	CH DE DENAIN-HDJ ENFANTS UHM BENJAMIN BRITTEN	88 rue duquesnoy 59220 Denain FRANCE
Établissement géographique	590804324	CH DE DENAIN-SLD	25 bis rue jean jaures 59220 Denain 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	3,714
Nombre de passages aux urgences générales	29,414
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	123
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	57
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	25
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	9
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	16
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	4
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	1,437
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	35
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
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	60
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	42

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	42
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	30
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	15
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	45
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	2
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	2
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	11,000
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	9,901
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	20,901
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	7
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Maternité Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	

5	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique per os ou injectable
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	

11	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
12	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
14	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
15	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		transport intra-hospitalier
16	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
17	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Adulte</p>	

			Programmé	
18	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
19	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		endoscope
21	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte	

			Hospitalisation complète Programmé	
25	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
27	Audit système	Leadership		
28	Audit système	Coordination territoriale		
29	Audit système	Représentants des usagers		
30	Audit système	Entretien Professionnel		
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Audit système	QVT & Travail en équipe		
33	Audit système	Engagement patient		
34	Audit système	Entretien Professionnel		
35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours		Tout l'établissement Patient âgé Soins critiques Urgences	

37	traceur		Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
38	Audit système	Entretien Professionnel		
39	Audit système	Entretien Professionnel		
40	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os
41	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
42	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

45	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Adulte Pas de situation particulière Programmé	
46	Audit système	Dynamique d'amélioration		
47	Audit système	Maitrise des risques		
48	Audit système	Entretien Professionnel		
49	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Programmé	
50	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
51	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
52	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophlyaxie

53	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Injectable
54	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Médecine Hospitalisation complète	
55	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences
56	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions Complémentaires avec ou sans dispositif invasif

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

