



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DEPARTEMENTAL DE
BISCHWILLER**

17 rue de strasbourg
Bp 90 007
67241 Bischwiller



Validé par la HAS en Mars 2024

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 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	25
Annexe 3. Programme de visite	29

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE BISCHWILLER	
Adresse	17 rue de strasbourg Bp 90 007 67241 Bischwiller CEDEX FRANCE
Département / Région	Bas-Rhin / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	670780584	CENTRE HOSPITALIERS DEPARTEMENTAUX DE BISCHWILLER	17 route de strasbourg Bp 90007 67241 Bischwiller FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

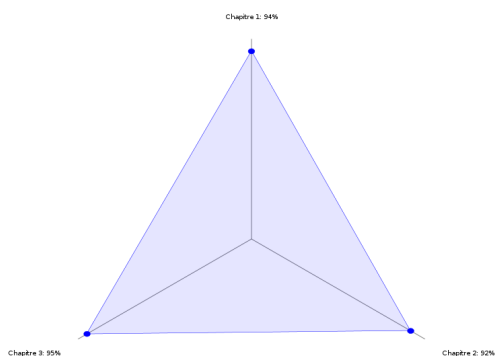
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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 longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

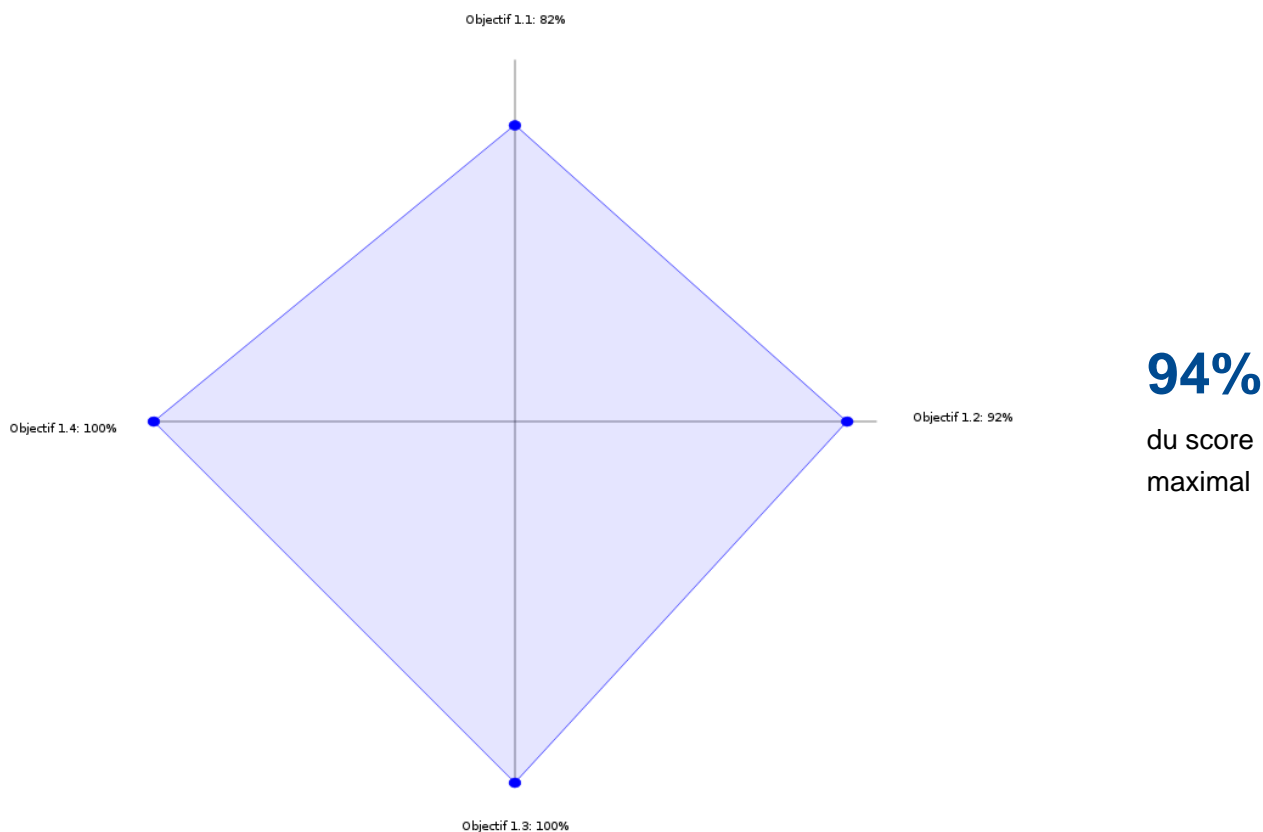
Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



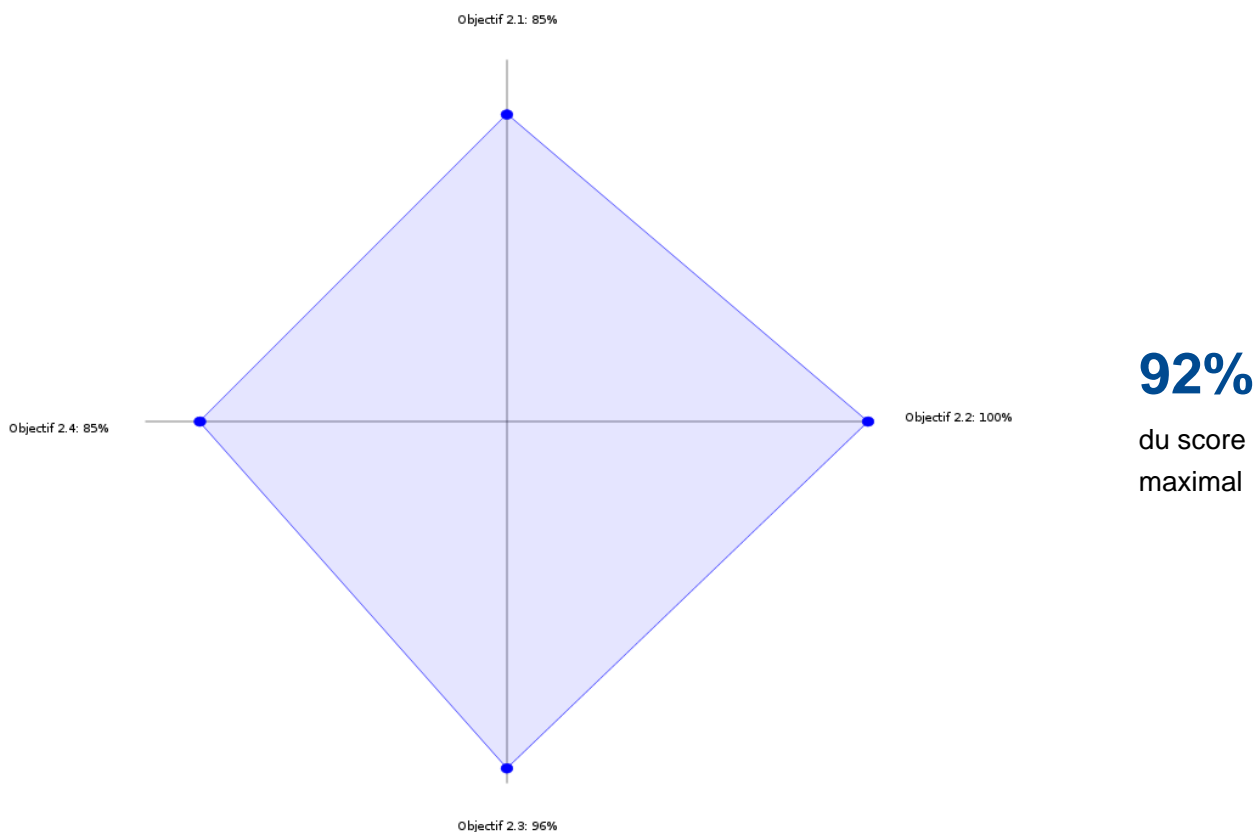
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	82%
1.2	Le patient est respecté.	92%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont délivrés tout au long du séjour de l'admission à la sortie. Les dispositifs d'information écrits sont spécifiques selon la nature de la spécialité médicale et remis au patient selon ses besoins (livret d'accueil du Pôle médecine et réadaptation, du Pôle hébergement et soins gériatriques, livret « Venir en hôpital de jour » rédigé en Octobre 2023...). Lors des investigations terrain, dans la totalité des services, il a été retrouvé un affichage relatif à la charte de la personne hospitalisée, la charte Romain Jacob et la charte Bienveillance. Les patients sont invités à exprimer leur consentement libre et éclairé et sont impliqués dans la réflexion bénéfiques/risques tant pour les décisions thérapeutiques que pour les prescriptions. En fonction de l'état cognitif du patient, la communication est adaptée afin de recueillir le consentement. En matière de prévention, le patient reçoit des professionnels des

informations en santé publique en fonction de sa prise en charge (contrat engagement de lutte contre la douleur, plaquettes d'information laissées à disposition des proches et aidants portant sur l'équipe mobile de soins palliatifs gériatriques, sur la plateforme d'accompagnement et de répit dénommée Le Trèfle, flyers de prévention primaire relatifs au tabac, violences, calendrier des vaccinations...). Lors d'une admission en urgence notamment en Court séjour gériatrique, les patients rencontrés ont mentionné ne pas être systématiquement informés des délais de prise en charge. La traçabilité de délivrance d'informations sur les principaux facteurs de risque du patient a été retrouvée dans les dossiers patients investigués. L'implication du patient est recherchée au décours de sa prise en charge malgré le fait que certains patients rencontrés ont mentionné ne pas se sentir acteurs de leurs prises en charge. Le patient est informé quant à la possibilité de désigner une personne de confiance et une personne à prévenir au travers du livret d'accueil. Le recueil effectif de la personne à prévenir est réalisé au bureau des admissions. L'équipe de soins accompagne le patient lors d'une volonté de désigner la personne de confiance. Les patients sont informés des produits sanguins labiles qui leur sont administrés. En ambulatoire, un livret d'accueil spécifique dénommé « Venir en Hôpital de jour » avec des informations spécifiques sur les modalités de prise en charge a été récemment formalisé. Néanmoins, certains patients interrogés hospitalisés en ambulatoire ont indiqué ne pas avoir reçu d'informations quant à leur prise en charge y compris quant à la possibilité de signaler des événements indésirables graves associés aux soins. L'information quant à la formulation des directives anticipées est réalisée au travers du livret d'accueil et communiquée lors de l'hospitalisation par les équipes de soins en Unité de soins de longue durée (USLD) et en Unité de soins palliatifs gériatriques (USPG). En cas de formulation, celles-ci sont scannées dans le dossier. L'expression de la volonté du patient en fin de vie est recherchée en USLD et en Court séjour gériatrique (CSG) mais ne l'est pas en SMR. L'établissement a été réactif en visite en organisant la délivrance d'informations sur les directives anticipées en Soins médicaux et d'adaptation (SMR). Les patients rencontrés ont mentionné ne pas avoir connaissance systématiquement de cette possibilité de formuler leurs directives anticipées. Les prises en charge palliatives sont accessibles au patient avec une intervention de l'Equipe mobile soins palliatifs gériatriques portée par l'établissement (EMSPG). Les informations sur les représentants des usagers sont contenues dans le livret d'accueil de l'établissement avec un affichage de leurs coordonnées dans chacun des secteurs d'activité. Malgré cette diffusion d'informations, les patients rencontrés ont mentionné ne pas connaître systématiquement les associations de bénévoles ni même les représentants des usagers. Les patients sont sollicités afin d'exprimer leur satisfaction en fin de séjour. Un questionnaire de satisfaction version papier est à disposition en fin de séjour et remis par le bureau des admissions hormis en USLD étant donné la réalisation d'une campagne de satisfaction annuelle. Malgré l'existence de ces dispositifs, les patients rencontrés n'ont pas systématiquement connaissance des modalités d'expression de leur satisfaction ou expérience de séjour. Le livret d'accueil remis à l'admission comporte les informations relatives à la possibilité d'effectuer des réclamations ou plaintes ou de déclarer des événements indésirables associés aux soins. Toutefois, les patients rencontrés ne se sont pas tous appropriés ces informations. Dans l'ensemble des secteurs, les patients mentionnent que les conditions d'accueil et les pratiques garantissent la dignité et l'intimité pour tout acte ou déplacement. Les conditions architecturales notamment pour les chambres à deux lits impliquent le recours à des rideaux séparateurs afin de préserver l'intimité des patients. Les pratiques professionnelles garantissent le respect de l'intimité avec une fermeture des portes de chambres dans les différents secteurs d'activité. Le maintien ou la restauration de l'autonomie du patient, particulièrement du sujet âgé, sont réalisées tout au long du séjour. Dès l'admission, une évaluation quant au degré d'autonomie est réalisée par les rééducateurs. Les règles de confidentialité sont respectées dans les service de soins. La prise en compte des besoins élémentaires des patients est effective notamment lors de l'admission avec un recueil effectué par l'aide-soignante qualifiée d'accueil. Les contentions font l'objet d'une pertinence de mise en place évoquée en collégialité avec une prescription initiale ne mentionnant pas d'indication quant à la durée. La pertinence du maintien de la contention ne fait pas l'objet d'une réévaluation tracée. L'établissement a réagi en visite en révisant la procédure de contention physique en y intégrant une périodicité de réévaluation a minima selon les visites médicales en CSG, SMR et USPG et selon la réflexion bénéfice-risque lors de la réunion

pluridisciplinaire en USLD. La prise en charge de la douleur fait l'objet d'évaluations selon des échelles adaptées aux troubles cognitifs des patients et des réévaluations tracées dans le dossier patient avec des protocoles de prise en charge formalisés. Cependant, lors d'un patient traceur, la prescription d'un antalgique « si besoin » n'était pas corrélée au niveau de douleur du patient. La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite et la disponibilité des locaux. En USPG, un studio est dédié aux proches qui le souhaitent. L'implication est favorisée lors du séjour avec une association de l'entourage familial au projet personnalisé de soins et en amont du projet de sortie. En USLD, une visite de préadmission permet de faire découvrir l'établissement au patient et à son entourage familial. Les situations plus complexes sont répertoriées dès l'admission afin de pouvoir anticiper la sortie. En USPG, l'association des proches va au-delà du séjour avec une possibilité pour la famille de bénéficier d'un accompagnement au deuil par la psychologue du service. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte. Les patients en situation de précarité sociale ont la possibilité d'accéder au service social tout au long de leur hospitalisation. Dès l'admission, une évaluation sociale est réalisée avec une transmission auprès de l'équipe d'assistantes de service social lors d'un transfert interne de services. Les assistantes de service social sont intégrées dans les staffs pluridisciplinaires, afin de repérer de façon précoce la nécessité de recours social pour les patients. La coordination sociale est effective pour le patient âgé notamment avec l'unité mobile de gériatrie portée par le CH Haguenau. En unité de Soins palliatifs, les associations Pierre Clément et JALMAL accompagnent les patients en fin de vie. En USLD, des ateliers d'animation sont en place et peuvent être personnalisés au patient. La préparation de la sortie est anticipée par l'équipe de soins pour prendre en compte les conditions de vie habituelles et anticiper quant aux besoins en matériels et de soins. Les ergothérapeutes anticipent les besoins en matériel au domicile. Les besoins et préférences spécifiques des personnes sont pris en compte et sont intégrés dans le projet thérapeutique.

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	85%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	85%

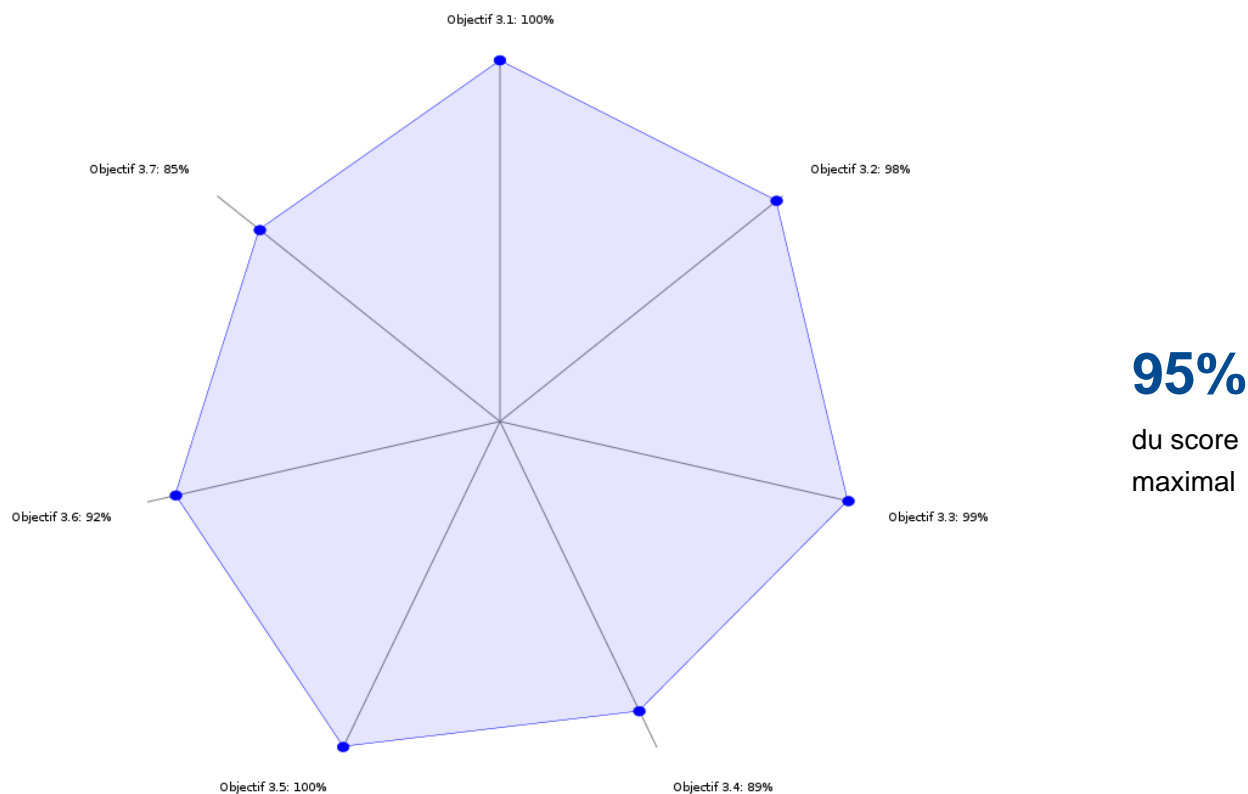
Pour l'ensemble des professionnels, la recherche de la pertinence des actes, des parcours et des prescriptions est un objectif commun poursuivi lors des temps de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire mais également en interservices (lors de transferts internes). En Unité de long séjour (USLD), il existe une commission des admissions pluridisciplinaire. Pour les Soins médicaux et de Réadaptation (SMR), les demandes d'admission font l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle. Les protocoles de prise en charge reprenant les recommandations de bonnes pratiques sont formalisés. En Unité de soins palliatifs gériatriques (USPG), les demandes d'admission sont débattues en équipe avec éventuellement l'EMSPG. En Court séjour gériatrique (CSG), l'équipe d'EMSPG participe au staff pluridisciplinaire. La collaboration avec l'HAD est réalisée. Toute prescription d'une antibiothérapie répond à une justification tracée dans le dossier patient. La

réévaluation de la pertinence d'une prescription d'antibiotiques est réalisée avec un système d'alerte dans le dossier-patient. Les praticiens prescripteurs peuvent également s'appuyer sur le praticien référent local en antibiothérapie, ainsi que sur le guide local d'antibiothérapie. Un guide spécifique sur les infections urinaires a été formalisé. Une diffusion des nouvelles recommandations de bonnes pratiques est réalisée par la référente locale. Les praticiens prescripteurs peuvent également s'appuyer sur le référent anti-infectieux de l'établissement, le pharmacien ou prendre conseil auprès des infectiologues des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour les situations complexes. Sont également à la disposition du praticien : le guide local d'antibiothérapie et la ressource e-popi (guide de traitement élaboré et mis à jour par le Collège des universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales). Si les médecins seniors n'ont pas à ce jour bénéficié de formations quant à l'utilisation de l'antibiothérapie, la référente en antibiothérapie a dispensé des formations aux internes et a partagé les nouvelles recommandations avec les prescripteurs. En cas de transfusion de produits sanguins, l'analyse bénéfice-risque est réalisée pour tout acte mais n'a pas fait l'objet d'évaluation de la pertinence des pratiques. L'établissement a élaboré un document de travail relatif à une enquête de pertinence sur les actes transfusionnels du premier semestre 2023. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins du patient, de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. L'ensemble des professionnels de santé concourant à la prise en charge partagent en temps réel le dossier patient en version informatique avec des droits d'accès identifiés et une traçabilité effective. Un référent du projet de soins est identifié par patient. Un dossier-patient en version papier recouvre les courriers médicaux, actes d'imagerie...Le recours à des spécialistes est effectif avec la possibilité de faire appel à des expertises par des praticiens du CH Haguenau ou extérieurs (EMPSG, psychiatrie, oncologie, douleur...). Dans les services, des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires hebdomadaires sont organisés permettant une réévaluation du projet des soins comprenant les différents intervenants (rééducateurs, IDE, AS, diététicienne, psychologue...) ou du projet de vie initial. En USLD, le suivi opérationnel de celui-ci est réalisé par un soignant référent. Lors des staffs, est évoquée la pertinence des parcours au sein de la filière gériatrique. Les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs peuvent être sollicitées par tous les services et interviennent hors les murs pour le suivi des patients au domicile ce qui permet un suivi efficace avec les services de soins. En CSG ou en USPG, l'EMSPG peut être amené à participer au staff avec une traçabilité effective dans le dossier-patient. Après la sortie, l'équipe mobile de gériatrie peut intervenir au domicile afin de s'assurer de l'état de santé du patient. Les courriers de liaison et de transferts (intitulés documents de liaison) sont complets et conformes, adressés aux correspondants via une messagerie sécurisée d'envoi des comptes rendus médicaux déployée récemment. Les courriers sont automatiquement intégrés dans le dossier médical partagé (DMP) du patient. La lettre de liaison est remise le jour de la sortie et comprend le bilan thérapeutique. L'organisation des soins à la sortie est systématiquement anticipée. Les professionnels s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont respectées et l'identification initiale du patient s'effectue systématiquement au bureau des admissions. Les professionnels connaissent les principes d'identitovigilance à respecter lors des soins et tous les documents du dossier patient sont identifiés. Les bracelets d'identification sont disponibles dans l'unité dès l'admission. Un agent d'accueil est présent dans les services de soins et est en charge de l'identitovigilance, recueil des besoins, installation... Les modalités de gestion des vigilances sanitaires sont définies et connues des équipes avec une identification de référents par typologie de vigilances. La coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales est effective (OMEDIT, CPIAS, structure régionale d'appui qualité...). En matière de prise en charge pharmaceutique, la dispensation des médicaments assurée par la PUI de l'établissement est sécurisée et adaptée aux besoins du service avec une délivrance nominative par un automate et globalisée pour le reste des thérapeutiques (complétée par une dotation pour besoins urgents dite armoire de garde accessible par le médecin de garde et dispositifs médicaux). Les prescriptions médicamenteuses sont tracées dans le dossier patient informatisé. L'analyse pharmaceutique est mise en œuvre pour l'ensemble des services. Celle-ci ne repose pas sur le dossier pharmaceutique non utilisé. Un audit sur l'analyse pharmaceutique est actuellement en cours. L'administration est tracée. L'identification du médicament pour les produits injectables est conforme aux recommandations

avec une vérification entre le produit, le patient et la prescription au moment de l'administration. Le motif de non-administration est tracé dans le dossier-patient. Un audit portant sur la traçabilité de la non-administration a été réalisé. Lors d'une prise en charge en HDJ gériatrique, la prise en charge médicamenteuse est conforme aux attendus réglementaires. Les professionnels ont été sensibilisés à la gestion des médicaments à risques avec des sessions réalisées en interne par l'équipe de pharmaciens durant l'été 2023. Des communications relatives aux médicaments à risque sont réalisées au travers de la « lettre interne pharmacie ». Les médicaments à risque sont identifiés avec un logo dans l'unité et les professionnels connaissent les risques spécifiques de chaque médicament. Une liste des médicaments à risque est formalisée et adaptée à chaque secteur d'activité avec une identification de ceux-ci dans le dossier patient informatisé. L'approvisionnement, les conditions de transport sont en conformité avec une absence de produits périmés. Des modalités d'emprunt avec d'autres établissements sont possibles dont le CH Haguenau, le CHU Strasbourg si besoin. Le stockage des produits thermosensibles est conforme aux bonnes pratiques avec un système d'alarme au sein de la PUI et un relevé électronique quotidien dans les services de soins. La conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie est mise en place. Les explications délivrées au patient vulnérable quant aux modifications de traitement entre l'entrée et la sortie ne sont pas systématiquement effectives et tracées dans le dossier. La traçabilité des transfusions est effective. La mesure du taux de destruction est effectuée. Une conduite à tenir en cas d'incident transfusionnel est formalisée. En matière de risque infectieux, l'EOH mène des actions de sensibilisation des professionnels notamment sur les opportunités d'hygiène des mains. Des audits portant sur l'entretien des chambres (Septembre 2022), la gestion des excréta (Mars 2023), les prérequis à l'hygiène des mains (premier semestre 2023), les précautions standards (Septembre 2021) ont été menés. Une évaluation des pratiques sur la prise en charge des infections urinaires en gériatrie a été réalisée en 2022 et a donné lieu à la conception d'un poster en 2023. Des référents en hygiène sont nommés dans les différents services et participent à la dynamique évaluative. Le suivi mensuel de la consommation de solution hydro-alcoolique est mis en place pour tous les secteurs d'activité. Les équipes rencontrées connaissent les consommations de solution hydro-alcoolique. Les pré-requis liés à l'hygiène sont appliqués (le Zéro bijou a été constaté dans l'ensemble des secteurs visités). La mise en place des précautions complémentaires est assurée avec notamment la mise à disposition de chambres dédiées à l'isolement. Cependant, la prescription médicale n'a pas été retrouvée dans la totalité des dossiers-patients investigués. En dehors de ces chambres d'isolement, les professionnels disposent d'EPI (équipement de protection individuelle). Les consignes de tri des déchets sont formalisées mais les consignes de tri ne sont pas systématiquement appliquées. En effet, lors des investigations terrain, il a été retrouvé en USPG et en USLD, une juxtaposition de DAOM, linge sale en USLD et également de DASRI dans le même chariot en USPG. D'autre part, en HDJ, la clef dévolue au local à déchets intermédiaire se trouvait à portée de main permettant une accessibilité au grand public. L'établissement a réagi en visite en sécurisant la clef du local à déchets intermédiaire. En HDJ, il a également été constaté un mélange du linge sale et des déchets dans le même chariot en raison du caractère exigü du local à déchets intermédiaire. Concernant les dispositifs invasifs, les professionnels disposent de protocoles (sondage urinaire réactualisé en Novembre 2023, entretien de la perfusion sous-cutanée en 2023...) intégrant une évaluation de la pertinence de leur maintien. Les professionnels évaluent leurs pratiques en matière de pose et surveillance des dispositifs invasifs avec une traçabilité ainsi que leur pertinence et sont formés. Les équipes recherchent et tracent les facteurs de risque de dépendance iatrogène des personnes âgées accueillies, notamment en ce qui concerne la chute, la dénutrition, les effets indésirables des médicaments... Les actions de prévention s'y afférant sont mises en place. Cependant, les patients rencontrés ont mentionné ne pas avoir reçu systématiquement l'information. Les campagnes de vaccination sont proposées aux professionnels avec un portage tripartite par le service des ressources humaines, la pharmacie et la médecine du travail et une accessibilité gratuite à la vaccination grippale et Covid est réalisée par cette dernière. Des actions de sensibilisation sont menées par l'EOH. Les responsables d'unité rencontrés connaissent le taux de couverture vaccinale. L'établissement analyse ses résultats de couverture vaccinale afin de déterminer des leviers d'action (déploiement d'une « politique d'aller-vers »). Lors de l'utilisation de

rayonnements ionisants, les doses reçues par le patient sont tracées dans son dossier. Les professionnels chargés du transport des patients respectent les règles de sécurité et de confort du patient, sont soucieux du respect de la dignité du patient et sont formés au transport. Cependant, lors des investigations terrain, la professionnelle rencontrée n'a pas été formée à l'AFGSU niveau 1 ainsi qu'aux précautions standards et complémentaires. Celle-ci a été formée à l'AFGSU fin Novembre 2023. Les patients rencontrés ont mentionné être au courant des délais de transport. L'analyse des résultats cliniques a été engagée chez les professionnels avec une dynamique évaluative ne permettant pas d'identifier à ce stade des plans d'actions afin d'en évaluer leurs effets. Des audits concernant la prise en charge médicamenteuse ont été engagés depuis 2019. D'autres évaluations se sont mises en place en 2023 et sont actuellement en cours (escarres, pertinence de la transfusion, audit des supports de traçabilité des vigilances ...). Les professionnels rencontrés n'ont pas systématiquement connaissance des EPP en cours. Les équipes contribuent au recueil et à l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient selon un questionnaire interne en version papier. Les représentants des usagers participent au recueil de l'expérience et ont d'ailleurs été partie prenante quant à l'élaboration de celui-ci. Les plaintes et réclamations font l'objet d'une procédure de recueil, suivi et traitement avec une association des RU. Les indicateurs qualité et sécurité des soins en recueil obligatoire 2023 ont été diffusés auprès des professionnels par secteur d'activité permettant une revue régulière de ces derniers ainsi qu'un plan d'actions. Le circuit de déclaration, traitement et analyse des événements indésirables est formalisé et opérationnel. En effet, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) font l'objet d'une déclaration en version informatisée disponible dans les unités de soins. Lors des investigations terrain, certains professionnels rééducateurs ont mentionné ne pas déclarer d'EIAS associés à leur secteur d'activité. La responsable qualité réceptionne les EI, en fait une pré-analyse, transmet un accusé de réception au déclarant et l'oriente vers le responsable en fonction de la thématique ou les cadres des services de soins concernés. L'analyse des EI est réalisée lors des revues des EI à fréquence bimensuelle dans lesquelles siègent la Responsable qualité et l'encadrement. Les avis des EI sont communiqués auprès de la Direction. Le retour aux équipes des EI est effectué par l'encadrement de proximité. Un tableau de synthèse des EI est diffusé par service de soins. Un dispositif d'incitation à la déclaration est effectif. La PUI a pour projet avec la Direction qualité de réaliser l'analyse des EI portant sur le médicament par service de soins. Dans le cadre d'événements indésirables graves ou récurrents, ceux-ci font l'objet d'un Comité de retour d'expérience (CREX) selon la méthode d'analyse Orion ou Alarm avec une participation des professionnels concernés. Le rapport du CREX est transmis aux cadres de service qui le diffusent auprès des professionnels lors des réunions de service ou des transmissions. L'analyse des événements indésirables permet d'identifier des actions d'amélioration dans le PAQSS (Programme d'actions qualité et sécurité des soins) par service et communiquées auprès des professionnels lors des réunions de service. Une Cellule des risques, sous-instance du COPIL Qualité, a en charge notamment le suivi du tableau des EI. Les actes de biologie médicale externalisés font l'objet d'une convention avec un laboratoire de ville qui prévoit l'évaluation quant aux délais de rendu d'examens et à la qualité des prescriptions et prélèvements ou de conformité des examens. Une revue de direction a eu lieu en Juin 2023 permettant d'analyser ces éléments (qualité des résultats, non-conformités, indicateurs qualité, formation...). Les conditions de réalisation des examens en radiologie conventionnelle sont conformes aux référentiels des sociétés savantes. Pour les autres actes d'imagerie, des concertations sont réalisées avec les imageurs suite aux interprétations.

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	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
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	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	85%

Le Centre Hospitalier de Bischwiller(CHDB)est un établissement public de santé en Direction commune depuis 2019 avec le Centre Hospitalier de Haguenau et le Centre Hospitalier de Wissembourg constituant ainsi la Coopération Hospitalière Nord Alsace(CHNA), établissement partie du Groupement Hospitalier de territoire Basse Alsace-Sud Moselle dont l'établissement support est le Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg.

Son inscription dans le territoire est fortement marquée par des partenariats publics (CHU Strasbourg au travers du PMP filière gériatrique, CH Haguenau notamment sur la filière gériatrique, DAC, MAIA, SSIAD...), privés (Cliniques environnantes), médico-social (EHPAD environnantes, FAM, FAS...) ou libéraux (CPTS Nord-Alsace avec un projet médical en cours de formalisation ou acteurs de ville dans le cadre de conventionnements). La Direction commune avec le CH Haguenau permet un appui sur les fonctions support de l'établissement. Le projet d'établissement s'inscrit dans un positionnement en tant que référent gérontologique du territoire en contribuant à la fluidité des parcours. L'établissement héberge dans ses locaux le GIPTA (Groupement d'intérêt public tutélaire d'Alsace). L'actualisation du ROR est alimentée quotidiennement par le service des admissions. L'établissement a mis en œuvre une « politique d'aller vers » concrétisée par le portage de l'équipe mobile soins palliatifs gériatrique de référence du territoire prodiguant des interventions en EHPAD ou au domicile. Le CHDB est également porteur de la plateforme d'accompagnement et de répit dénommée Le Trèfle permettant de contribuer à la fluidité des parcours. Un projet PANDA (Parcours admission non programmée personne âgée) est en cours avec la filière gériatrie du GHTet plus particulièrement le SAU (Service d'accueil urgences) du CH Haguenau afin de favoriser les circuits courts en lien avec le CSG de l'établissement et les EHPAD. Au-delà, une IDE d'astreinte dans les activités médico-sociales permet de prévenir des passages aux urgences de la personne âgée. L'établissement travaille en partenariat externe avec l'HAD Nord Alsace en tant que structure d'aval. Le suivi des délais de délivrance des lettres de liaison est effectif avec un rapport mensuel. L'anticipation des situations de tension saisonnière se traduit par une participation de l'établissement aux cellules d'Hôpital en tension (HET). L'établissement dispose également d'un Comité des risques climatiques pluridisciplinaires se réunissant à périodicité biannuelle. L'établissement est joignable en continu par le standard complété par un service de sécurité. Ce numéro d'appel unique est repris dans le livret d'accueil de l'établissement et son site internet. La messagerie sécurisée a été déployée récemment au sein du CHDB. Les contacts téléphoniques au niveau des équipes médicales peuvent se faire par contact direct avec les médecins traitants ou par le médecin de garde permettant de donner des avis gériatriques ou par les secrétariats médicaux de pôle. Les praticiens ou professionnels de soins sont aussi amenés à contacter directement les patients. Une aide-soignante d'accueil dédiée dans chaque secteur assure aussi le relais. L'alimentation du dossier médical et pharmaceutique (DMP) est promue dans l'établissement. Le CHDB peut s'appuyer sur l'Unité de recherche clinique du CH Haguenau qui a établi une convention cadre actée en Juin 2020 en CME permettant de soutenir les professionnels médicaux et paramédicaux dans leur projet de recherche clinique (7 programmes de recherche déployés). En matière de promotion de l'engagement patient, l'établissement recueille la satisfaction des patients au travers d'un questionnaire de satisfaction en version papier transmis dans le livret d'accueil à l'admission. Les analyses des retours des enquêtes de satisfaction internes sont réalisées lors des réunions de service. En USLD, une enquête annuelle est diffusée auprès des résidents et familles. L'expérience patient est recueillie au fil de l'eau. En USLD, la Commission de vie mensuelle permet notamment de recueillir l'expérience patient. En HDJ, des ateliers collectifs sont le fruit d'échanges autour du retour expérientiel patient. Afin d'améliorer les retours des enquêtes de satisfaction, les AS d'accueil affectées aux différents secteurs d'activité en assurent le suivi. Les représentants des usagers, associés à la vie institutionnelle, ont participé à l'élaboration du questionnaire en le testant en amont. Les PREM'S sont développées au travers des journées mains propres à fréquence biannuelle en collaboration avec l'EOH. Les démarches de mobilisation d'expertise patients ne sont pas engagées à ce jour, confirmées lors de la rencontre avec les RU. En visite, l'établissement a fait preuve de réactivité en formalisant un projet de convention d'une expertise « aidant » entre la plateforme de répit et l'Hôpital de jour de l'établissement. L'établissement assure la promotion de bonnes pratiques de communication entre les professionnels au travers de supports de communication institutionnels (flyers des services, journée d'accueil du nouvel arrivant...). Les actions de formation à la communication sont intégrées dans les plans de formation et concernent notamment des actions dénommées communication et professionnalisme, les troubles cognitifs du sujet âgé, la méthode Montessori, faire face à l'agressivité des familles, promotion de la bientraitance... Les plaintes et réclamations sont présentées en CME et en CDU et

sont connues par les professionnels rencontrés. Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle et nominativement. En matière de bientraitance, le CHDB a formalisé une politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance dans le projet médico-soignant. Une charte de bientraitance est remise à tout nouvel arrivant. Une cartographie réactualisée sur les risques de bientraitance a été travaillée par la Direction des soins en lien avec l'encadrement. Des référents bientraitance sont identifiés par service. Des formations inhérentes à la bientraitance sont réalisées chaque année. Le circuit de signalement des actes de maltraitance comprenant des recommandations de bonnes pratiques est formalisé et connu par les professionnels. Une fiche de signalement d'un cas de maltraitance ou suspicion de maltraitance est effective. Une requête en lien avec le codage PMSI de la maltraitance a été réalisée permettant d'enregistrer ces codes de vulnérabilité. L'accessibilité des locaux pour les personnes souffrant d'un handicap est assurée quelle que soit la forme du handicap (rampes, ascenseurs, braille...). Un référent handicap est nommé au sein du CHDB. L'accompagnement des personnes vulnérables est effectif de, par la présence d'assistantes sociales, associées dès l'admission du patient. En matière de vulnérabilité, des démarches de prévention et postvention sont formalisées face aux situations suicidaires. L'établissement a organisé les modalités d'accès au dossier médical et en suit les délais avec une communication en CDU. L'inclusion des patients dans des programmes de recherche est développée par l'établissement (recherches sur la consultation mémoire avec le CHU Strasbourg, enquête épidémiologique avec France Alzheimer). Les représentants des usagers se sentent impliqués. Du fait de leur nombre restreint, ils participent à des instances telles que le COPIL Qualité, Comité éthique depuis Septembre 2023 mais n'ont pas participé aux cellules de crise ou CREX. Cependant, les actions de sensibilisation auprès des patients ne sont pas effectives. Une présentation des plaintes, réclamations, éloges (livret d'or en USPG) et EI, résultats des enquêtes de satisfaction est réalisée en CDU. Le projet des usagers vient d'être formalisé en lien avec le projet médico-soignant et s'articule autour de six actions prioritaires. Le pilotage d'une dynamique collective de culture qualité et sécurité des soins est inscrite dans les lignes stratégiques du projet d'établissement. La politique qualité formalisée est déclinée en actions concrètes dans un plan d'actions qualité et sécurité des soins. La politique qualité est signée par la Direction et la Présidence de CME. Les revues des EI à fréquence trimestrielle permettent d'associer l'encadrement des soins, l'hygiène, la direction qualité à l'analyse des EI mais aussi à l'état d'avancement du PAQSS. La CME, l'encadrement et les professionnels sont pleinement associés avec des communications notamment via le journal qualité. Les professionnels rencontrés n'ont pas systématiquement connaissance des actions qualité contenues dans le PAQSS malgré le relais organisé par l'encadrement et la responsable qualité. De nombreux professionnels sont impliqués dans les projets qualité avec la nomination de référents par thématique (douleur, bientraitance, hygiène, identitévigilance, soins palliatifs...). La culture sécurité des soins a fait l'objet d'évaluations en 2021 au travers d'une enquête. Des quizzes pédagogiques sont également proposés. Cette année, les professionnels ont été associés en dehors de la semaine sécurité du patient à un jeu concours de production d'une affiche identifiée « faire des patients les acteurs de sa propre sécurité ». Les organigrammes et circuits de délégation sont connus par les professionnels rencontrés. L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité des soins est définie par les maquettes organisationnelles par pôle déterminées par la Direction des soins. De manière opérationnelle, l'adéquation des ressources humaines au capacitaire est déterminée par de la mobilité interne des ressources paramédicales associée à du recours aux saisonniers et une gestion de lits conditionnant des fermetures de capacitaire. Pour le nouvel arrivant, celui-ci peut bénéficier d'un accompagnement. Une journée d'accueil du nouvel arrivant est organisée tous les 3 mois et un livret d'accueil est en cours d'élaboration. Un projet de déploiement d'un outil numérique qualifié « Onboarding » permettra de communiquer sur les fondamentaux de l'établissement. Les responsables d'équipe peuvent bénéficier de formations en management ou en co-développement. Des séances de coaching individuel peuvent être proposées. Les responsables de service et la Direction partagent leur retour d'expérience lors des réunions (direction et encadrement à fréquence hebdomadaire, bureau de pôle, réunion encadrement global trimestrielle, CODIR direction commune). La cohésion d'équipe peut être partagée et travaillée par des intervenants extérieurs. L'établissement a mis en place une synchronisation des temps

médicaux et paramédicaux facilitant le travail en équipe (staffs pluridisciplinaires quotidiens, CREX...). Afin de permettre le travail en équipe, des solutions organisationnelles sont mises en place telles que les staffs pluri-professionnels, les temps de transmission pluriquotidiens. Dans le cadre de la mise en place de la direction commune en 2019, la direction s'est inscrite dans un travail de Team Building permettant un alignement des valeurs et de la politique donnée entre les établissements de la direction commune. Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (le programme CLACT a permis la mise en œuvre d'ateliers favorisant la gestion en équipe, un focus sur la gestion des émotions interprofessionnelle est inscrit dans le plan de formation). L'établissement ne s'est pas engagé à ce jour dans une démarche structurée du travail en équipe, type PACTE. En matière de développement des compétences, un plan de formation est élaboré chaque année. Des entretiens annuels d'évaluation permettent d'évaluer les compétences y compris pour les nouveaux arrivants avec la réalisation de points d'étape lors du tutorat. Un travail partenarial avec les IFSI et IFAS permet d'accompagner les tutorats. Des livrets de stage sont effectifs pour les étudiants. Les médecins bénéficient d'entretiens professionnels et un livret d'accueil leur est dédié. Des fiches de mission et de tâches sont formalisées par type de métier. Au niveau de l'éthique, les professionnels identifient les questionnements auxquels ils sont confrontés. L'établissement a mis en place une démarche structurée se concrétisant par un Comité éthique déployé depuis Septembre 2023 en collaboration avec le CH Haguenau, les représentants des usagers y sont associés. Des échanges ont lieu avec le Comité régional de réflexion éthique. En USPG et EMSPG, des actions de formation portant sur l'éthique sont proposées. Un professionnel est détenteur d'un DU Ethique. La gouvernance est inscrite dans la démarche qualité de vie au travail avec une formalisation d'une politique QVT et une identification des orientations prioritaires en association avec les partenaires sociaux. La démarche QVT est partagée entre les 3 établissements de la direction commune. Une enquête de satisfaction a été diffusée auprès des professionnels. Ces derniers sont soutenus dans leur activité quotidienne avec une possibilité de bénéficier d'un soutien psychologique par l'EMSPG, des groupes de paroles avec intervention d'un psychologue dans un secteur d'activité en lien avec la médecine du travail. Des actions concrètes en matière de QVT sont mises en place et reposent sur des groupes de sport, ateliers Vivre ma vie, proposition de Food-trucks, une salle de lutte contre le stress... La gestion des conflits est assurée par l'encadrement de proximité en première intention. En l'absence de résolution, le relais est assuré par la responsable RH en lien avec le service de médecine au travail. Des médiations pilotées par le service de médecine au travail ont déjà eu lieu. Face aux risques auxquels l'établissement est confronté, celui-ci a mis en place des moyens de maîtrise : cellule de crise rapidement activable, plan de situations sanitaires exceptionnelles intégrant le plan Orsan avec la réalisation de mises en situation réelles en Juin 2022 (incendie dans un EHPAD environnant) et au décours de la crise sanitaire COVID. Un exercice de mise en situation a été effectué en Octobre 2023. L'élaboration du plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles a fait l'objet d'une concertation avec les professionnels rencontrés qui connaissent les modalités de déclenchement de celui-ci (motifs) ainsi que la mise en œuvre. Des retours d'expérience de gestion de crise ont été menés en interne lors de la crise COVID. Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident numérique avec une déclaration auprès de l'ANSSI en fonction de leur gravité. Les professionnels ont mentionné un changement à périodicité régulière des mots de passe et logins. Ceux-ci ont été sensibilisés sur les risques numériques. Un exercice de cyberattaque a eu lieu en Novembre 2023. Un projet de déploiement de sessions d'E-learning sur les risques numériques à l'échelle du GHT est identifié. Le plan de sécurisation de l'établissement est formalisé avec une collaboration et prévention globale coordonnées avec la gendarmerie. La connaissance par les équipes des règles de sécurité est effective avec un recours en première intention aux agents de sécurité présents en continu avec des rondes sécurité-sûreté réalisées. Un diagnostic sur la sécurisation du site a été mené. Des procédures sur les sorties inopinées, la prévention et postvention du risque suicidaire sont effectives et connues par les professionnels rencontrés. De manière préventive, un travail avec les psychologues est déployé. Les accès notamment pour les secteurs protégés sont sécurisés (système de fermeture par badges, vidéoprotection). La sécurisation des objets personnels du patient dans des coffres n'est pas proposée dans tous les secteurs d'activité. En effet, en SMR, les patients n'ont pas accès aux clefs de placards de chambres

leur permettant de sécuriser leurs biens personnels. Les armoires sont pourvues d'un mini-coffre dont la clef peut être remise par le bureau des admissions. En USLD, le coffre-fort est centralisé au bureau des admissions ne permettant pas aux patients d'avoir une accessibilité à tout instant de ses biens qualifiés de personnel. Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène. Toutefois, en USPG, HDJ et USLD, un mélange de DAOM et linge sale dans le même chariot a été constaté au sein du local à déchets intermédiaire. En matière de développement durable, le CHDB a formalisé une politique articulée avec celle du CH Haguenau (déclinée dans le projet de soins et projet qualité) et a instauré une culture développement durable avec une représentativité de professionnels siégeant au COPIL développement durable du GHT. Le COPIL développement durable structure la démarche et suit les plans d'actions. Le diagnostic développement durable n'a pas été réalisé. Des actions concrètes sont identifiées : mobilité douce, installation sur le réseau de chaleur de la ville, écopâturage, mise en place d'une recyclerie, travaux sur les déchets...). La responsable qualité est nommée référente développement durable. La gestion de l'urgence vitale est organisée. Un numéro d'appel unique et direct, connu par les professionnels, est affiché dans tous les services. Les chariots d'urgence vitale sont en place dans les services scellés, contrôlés et tracés. Toutefois, en HDJ, il a été constaté lors des investigations terrain l'absence de matériel d'urgence au second étage destiné à accueillir des patients lors des consultations. L'établissement a pris note de cette remarque en visite avec une réflexion à mener. Les professionnels sont formés à la gestion de l'urgence vitale. Les exercices de mise en situation ont été mis en place en USPG et l'établissement a prévu un planning de déploiement jusque milieu d'année 2024. La gouvernance assure la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et plus particulièrement la CME. Ces recommandations de bonnes pratiques sont disponibles sur la gestion documentaire. L'établissement suit des tableaux de bord d'indicateurs, analysés avec les professionnels de terrain par secteur d'activité qui donnent lieu à des plans d'actions d'amélioration suivis. L'établissement recueille les IQSS nationaux qui sont présentés en CME, CSIRMT et COPIL Qualité et font l'objet d'une analyse collective. Les revues de pertinence et de séjour ne sont pas engagées mais l'établissement a pour projet de les mener. Les professionnels rencontrés n'ont pas tous connaissance des axes d'amélioration émis par la CDU. Les représentants des usagers mentionnent ne pas participer à l'élaboration du PAQSS. Les professionnels ont connaissance des EIAS qui sont analysés en équipe et notamment lors des CREX. Les indicateurs qualité et sécurité des soins et les événements indésirables sont présentés en CDU. En cas de dommage lié aux soins, l'équipe connaît les modalités d'information du patient. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Maitriser la gestion du tri des déchets dans certains secteurs Déployer les exercices de mise en situation de l'urgence vitale Maitriser la prescription de la contention mécanique et sa réévaluation (durée, traçabilité de réévaluation) Développer les revues de pertinence Définir des plans d'action issue des analyses des résultats cliniques Impliquer les représentants des usagers dans l'élaboration du PAQSS Développer des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences Informer le patient sur certains de ces droits

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	670780584	CENTRE HOSPITALIERS DEPARTEMENTAUX DE BISCHWILLER	17 route de strasbourg Bp 90007 67241 Bischwiller FRANCE
Établissement principal	670000306	CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DE BISCHWILLER	17 rue de strasbourg Bp 90 007 67241 Bischwiller CEDEX FRANCE
Établissement géographique	670794460	USLD - CHD DE BISCHWILLER	17 route de strasbourg - bp 90 007 Residence les jardins d'emerlude 67241 Bischwiller Cedex CEDEX FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	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	46
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	8
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	42
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	36
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	8
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	4
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	104
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Traceur ciblé			PSL
8	Traceur ciblé			patient assis > plateau technique
9	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Audit système			
11	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire	

12			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Traceur ciblé			Médicament antibiotique injectable ou per os
14	Audit système			
15	Traceur ciblé			EI
16	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Traceur ciblé			Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
20	Traceur ciblé			Médicament à risque per os ou injectable
	Patient traceur		Médecine Ambulatoire	

21			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Traceur ciblé			Médicament à risque per os ou injectable
25	Audit système			
26	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
27	Audit système			
28	Traceur ciblé			Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
29	Audit système			
	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire	

30			Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système			
32	Parcours traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
33	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
34	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire	

36			Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
----	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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

