



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE WATTRELOS**

30, rue du docteur alexander fleming

Bp 105

59393 Wattrelos



Validé par la HAS en Mai 2023

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE WATTRELOS	
Adresse	30, rue du docteur alexander fleming Bp 105 59393 Wattrelos Cedex 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	590782439	CENTRE HOSPITALIER DE WATTRELOS	30, rue du docteur alexander fleming Bp 105 59393 Wattrelos Cedex

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

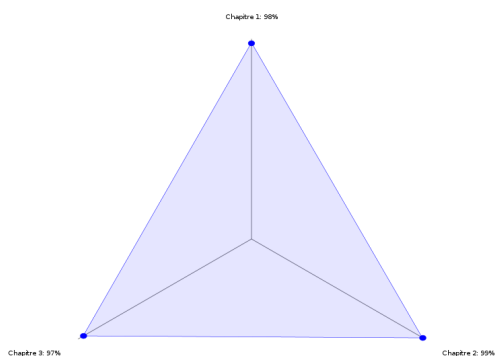
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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 suite et réadaptation
Tout l'établissement

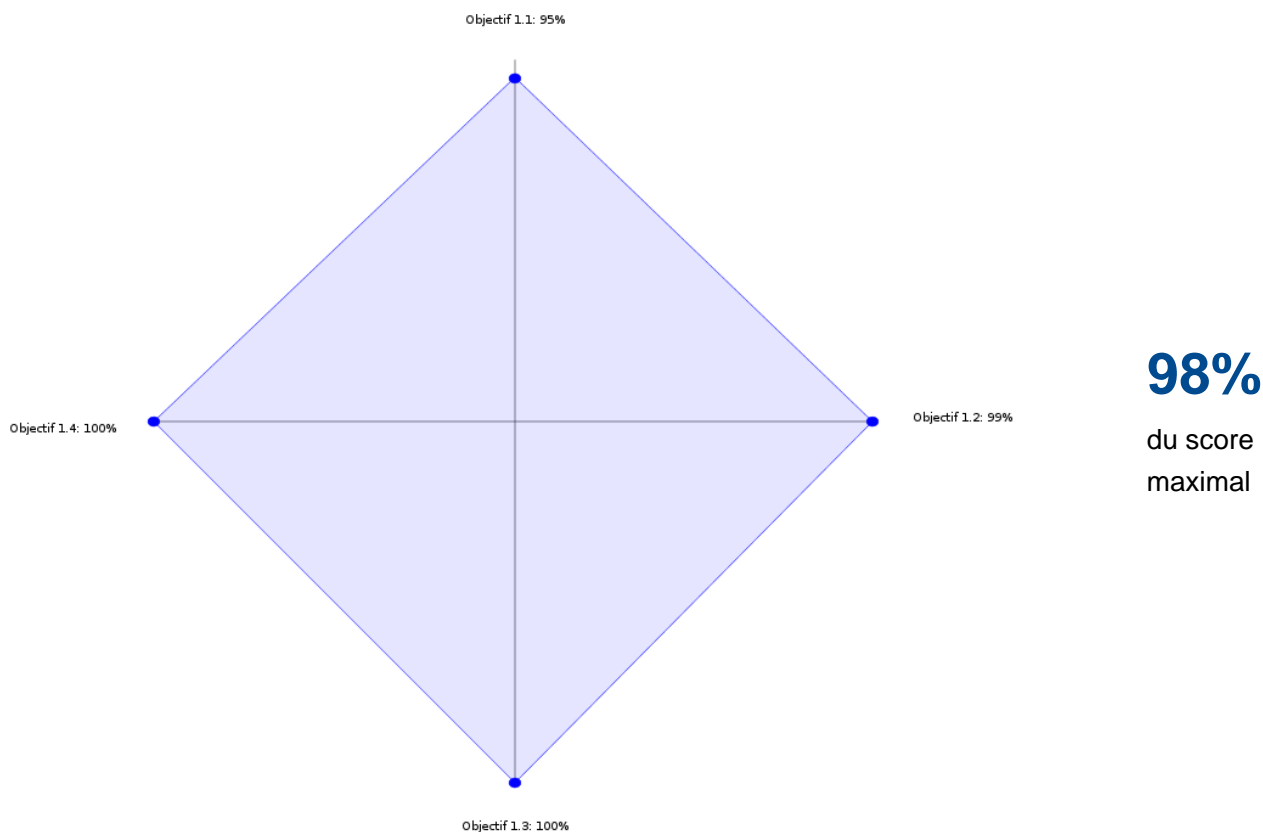
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

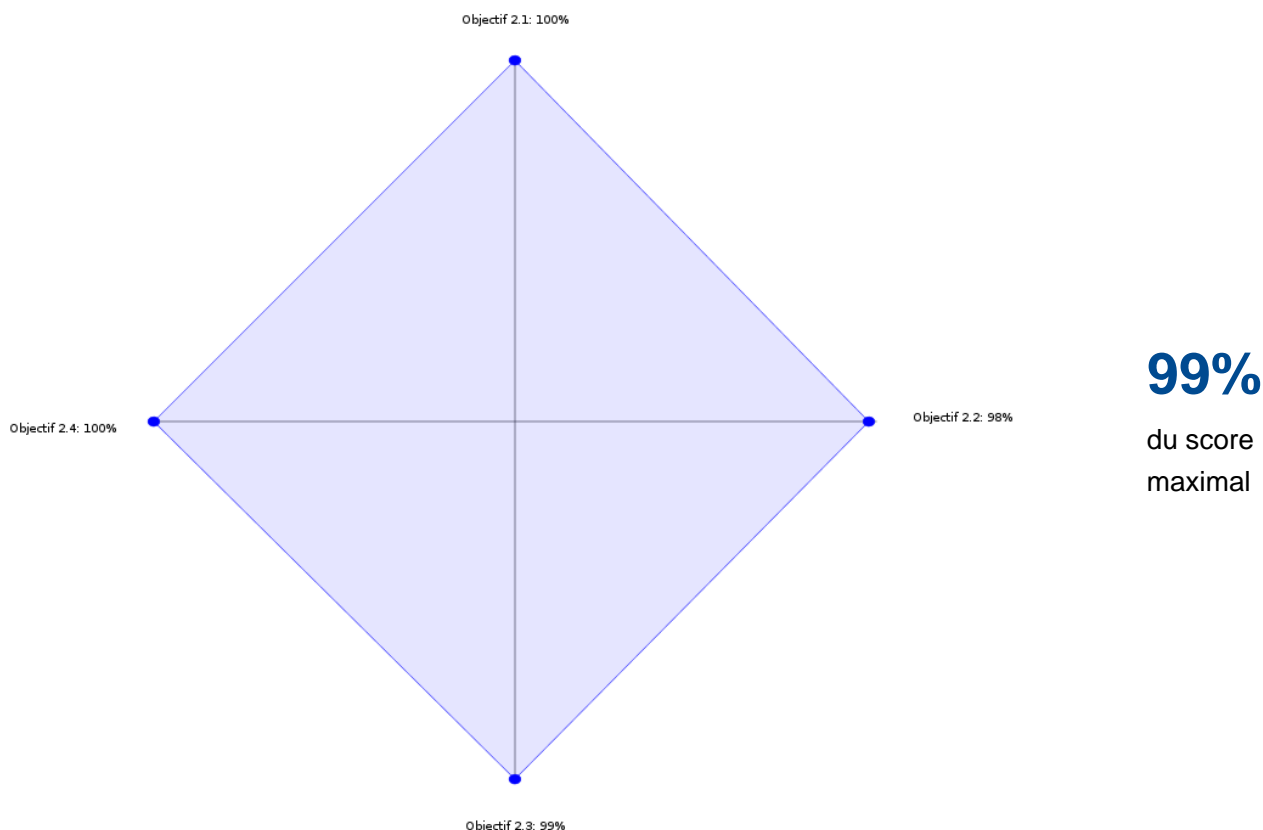


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Au Centre Hospitalier de WATTRELOS, toutes les informations nécessaires et utiles au patient tout au long de son séjour lui sont transmises via le livret d'accueil. Cependant, les modalités de déclarations des EIAS (événements indésirables associés à ses soins) n'y sont pas mentionnées. L'établissement a exprimé pendant la visite, sa volonté d'intégrer cette information très prochainement dans le livret d'accueil. On retrouve affiché à l'entrée du service et dans le livret d'accueil, la charte de la personne hospitalisée et la charte de laïcité. Toutefois, il n'est pas retrouvé d'information sur les prises en charge spécifiques comme la charte Romain JACOB. En hospitalisation complète et en hôpital de jour, le patient est, dans la mesure de ses fonctions cognitives, acteur de son projet de soins et de vie personnalisé, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et dans le cas contraire, l'entourage ou les aidants sont sollicités dans le cadre de l'histoire et les conditions de vie du

patient. L'entourage est pleinement associé aux décisions avec l'accord du patient si la pathologie du patient le permet. Dès lors qu'un patient évolue vers sa fin de vie, en accord avec sa volonté, l'équipe soignante se rapproche des ressources internes et des équipes spécialisées en soins palliatifs. Lors de la visite, il a pu être constaté la traçabilité du recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir. Le patient est systématiquement informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées. Certains patients ne connaissent pas la CDU et les représentants des usagers ignorant leurs missions et les modalités pour les contacter malgré la remise du livret d'accueil et un affichage spécifique dans toutes les chambres. La satisfaction du patient est recherchée pendant le séjour, recueillie est mesurée dans le cadre des questionnaires de satisfaction. L'intimité et la dignité du patient sont garanties, l'établissement mettant en place des mesures visant à garantir, en toute circonstance, ces deux droits fondamentaux, tant sur le plan des locaux, de l'état des équipements mis à disposition que sur le plan des pratiques. Dans tout l'établissement, la confidentialité des informations et le secret professionnel sont respectés. Une équipe pluridisciplinaire entoure le patient et lui assure une prise en charge globale. L'évaluation systématique des capacités et aptitudes du patient âgé et/ou présentant un handicap concourt au maintien de l'autonomie du patient tout au long du séjour. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur. Des prescriptions anticipées sont en place de même qu'une démarche d'évaluation de la douleur avec des échelles adaptées aux capacités du patient. Cependant, il manque parfois la traçabilité de l'évaluation de la douleur en Hôpital de jour de médecine. L'établissement a réagi pendant la visite, en inscrivant dans l'ordre de jour de la prochaine CME (mars 2023), un point sur les modalités d'évaluation de la douleur en hôpital de jour. Depuis la visite, l'établissement déclare avoir mis en place une évaluation de la douleur en hôpital de jour de médecine et de SSR à l'appui d'une échelle. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de l'élaboration de son projet de soins et de vie personnalisé. Les besoins du patient vivant avec un handicap sont évalués et réévalués dans le cadre de la préparation du projet de vie. La sortie du patient s'organise en tenant compte de sa situation sociale, personnelle à domicile ainsi que des professionnels ressources sur le bassin de vie du patient. Cette sortie est organisée en collaboration avec les différents réseaux et partenaires de soins tels que le Réseau PARC SeP, Réadapt'A'Dom, association ANFIR pour les insuffisants respiratoires, club cœur-santé, les SSIAD, HAD, EHPAD, services sociaux public...

Chapitre 2 : Les équipes de soins



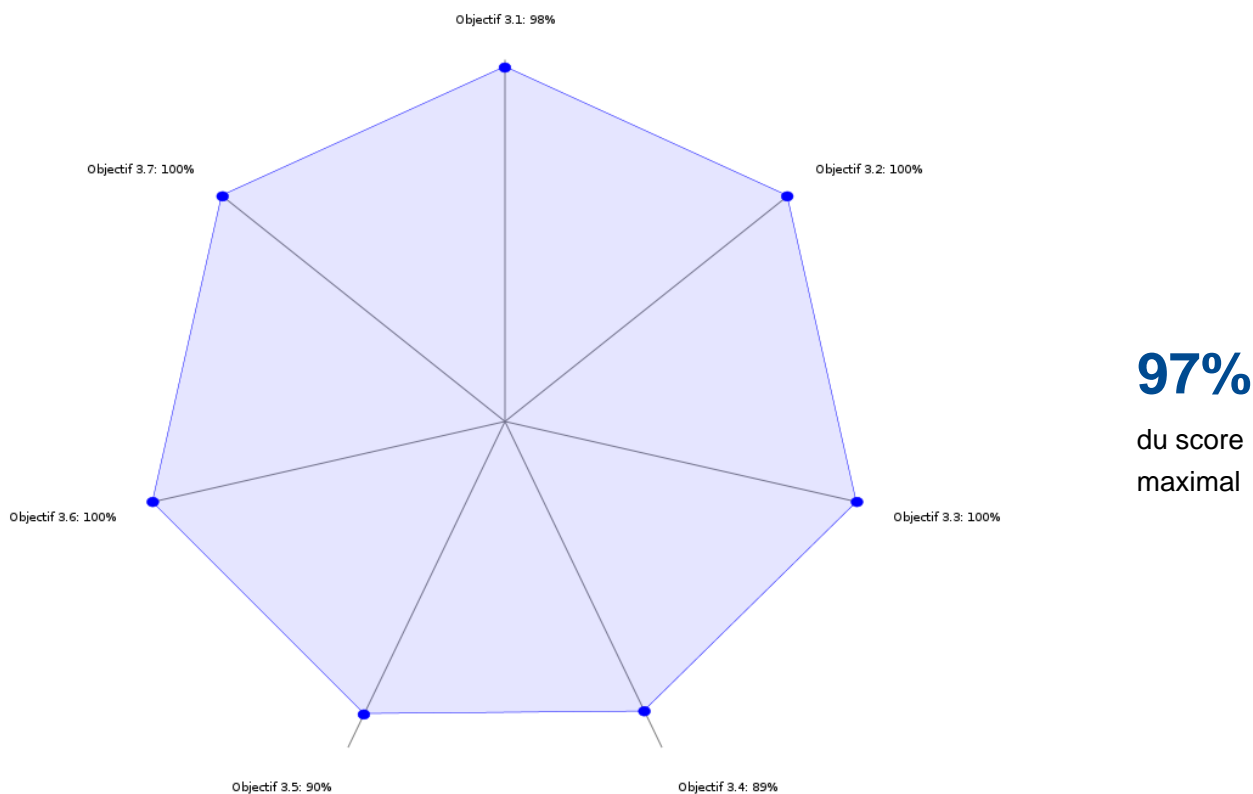
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent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

La pertinence des décisions de prise en charge, d'admission en SSR sont argumentées au sein du Centre Hospitalier de WATTRELOS. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée dans le dossier et réévaluée. Le bon usage des antibiotiques est facilité par la mise à disposition de guides d'antibiothérapie et le recours possible à un référent antibiotique interne ou externe. Une aide à la prescription existe dans le DPI qui reprend les données de l'application ANTIBIOGILAR (application sur smartphone) développée par le Centre Hospitalier Tourcoing. Les deux pharmaciens bénéficient d'une formation à l'antibiothérapie. Tous les médecins signent une charte d'engagement des médecins au juste usage des antibiotiques. La pertinence des actes transfusionnels est argumentée et une analyse des pratiques est régulièrement réalisée. La traçabilité de l'acte selon les règles de bonnes pratiques est effective. Les équipes sont coordonnées pour la prise en charge

médico-psycho-sociale du patient, de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de son parcours de soins et de vie personnalisé avec des temps de transmissions entre professionnels, ainsi que lors du staff hebdomadaire en présence du médecin référent, IDE, cadre de santé, aides-soignants, diététicienne, psychologue, neuro psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, assistante sociale ainsi que des rééducateurs. En lien avec les établissements du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure, les équipes de soins du Centre Hospitalier de WATTRELOS peuvent faire appel, si besoin, à un réseau d'équipes d'expertise, tels que les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur et les soins en oncologie. Un médecin, une IDE et trois aides-soignants ont obtenus un DU en soins palliatifs. L'équipe médicale a instauré des relations de partenariat et de complémentarité pour la prise en charge des patients de la filière gériatrique, de la filière neurologie, de la filière cardiologie, de la filière locomotrice et de la filière pneumologie permettant d'assurer une fluidité dans les parcours. Le dossier patient informatisé est complet. Il permet un accès en temps utile à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en soins et intègre toutes les informations utiles en amont et tout au long de sa prise en charge jusqu'à sa sortie. L'ensemble du processus de sortie est organisé. En hospitalisation complète médecine et SSR, la continuité des soins est assurée par la remise d'un courrier de liaison le jour de la sortie. Toutefois, en hôpital de jour, la remise de lettre de liaison est faite après la date de sortie des patients. La décision de sortie en HAD est envisagée au plus tôt et au moins une semaine avant la sortie pour l'organisation, avec l'accord du médecin traitant. L'équipe de l'HAD vient voir la patiente pour permettre d'évaluer les besoins en amont du transfert à domicile. Les lieux où s'effectuent l'identification des patients, ainsi que les acteurs impliqués dans l'identification, sont connus. L'ensemble des documents du dossier du patient sont identifiés. Tous les patients du service de médecine portent un bracelet d'identification. Toutefois, dans le service SSR et en Hôpital de jour, le bracelet d'identification est proposé d'une façon systématique, uniquement aux personnes ayant des troubles cognitifs. Pour les autres patients, le bracelet d'identification est proposé au patient, mais non imposé : l'acceptation ou pas est tracée dans le dossier. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. Le circuit du médicament est organisé dans sa globalité. Une liste de médicaments à risque, unique pour l'ensemble des unités a été établie, révisée et affichée dans les postes de soins. Les IDE sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque (Never Events). Le stockage des médicaments est sécurisé au sein de la PUI. Il existe un logiciel informatique de prescriptions médicamenteuses à disposition des médecins et des soignants, pour la prescription et traçabilité de l'administration. La fréquence de livraison est adaptée au besoin des services. Ce sont les préparateurs en pharmacie qui rangent les médicaments dans les armoires du service. La préparation des piluliers des patients est réalisée chaque jour par les IDE de nuit et vérifiés par l'IDE du matin avec la prescription dans le DPI avant distribution. L'administration des médicaments est tracée en temps réel, pour tous les patients, en médecine. En SSR, à l'entrée en hospitalisation complète, une réflexion est menée avec le médecin et l'équipe paramédicale pour tous les patients pouvant être autonomes. Un contrôle quotidien de l'autonomie du patient à gérer son traitement est assuré. Pour les patients jugés autonomes, les piluliers de la journée sont donnés par l'IDE le matin et gérés par les patients eux-mêmes. Pour ces patients la traçabilité de l'administration est globalisée pour la journée et réalisée par l'IDE du matin au moment de la distribution des piluliers de la journée. L'établissement a réagi pendant la visite en demandant aux IDE du matin et de l'après-midi, dans le cadre d'une nouvelle procédure, de tracer l'administration en fin de poste. Pour les patients jugés non autonomes ou confus, la traçabilité de l'administration est effective en temps réel. Lors des permissions, les piluliers sont donnés par l'IDE pour le week-end et le relai est assuré par la famille. Cette organisation est validée institutionnellement dans le but de promouvoir la réadaptation du patient. Toutes les prescriptions comportant un traitement anti-coagulant en forme orale, font l'objet d'une conciliation médicamenteuse. Les risques transversaux liés la prévention du risque infectieux sont maîtrisés au sein de tous les secteurs, les prérequis en hygiène des mains sont en place, les solutions hydro alcooliques sont disponibles, l'environnement du patient est propre, les précautions standards et complémentaires sont assurées. Il existe des correspondants hygiène qui participent aux travaux du CPIAS; ils assurent le relais des informations avec l'encadrement et réajustent les pratiques auprès des collègues. Les règles de bonnes pratiques de pose et de

surveillance des DMI ((abord vasculaire, sonde urinaire) sont respectées. Les dates de pose sont notifiées dans le dossier patient, la surveillance est systématiquement notée, ainsi que le maintien ou la date de retrait. L'équipe évalue ses pratiques d'hygiène. Des audits réguliers sont réalisés : port de gants, tri du linge, tri des déchets, gestion des excréta (Eva-Gex). Il n'y a plus actuellement d'IDE hygiéniste, mais des référents dans les secteurs qui participent au CLIN, avec un médecin hygiéniste à 20% et un médecin cardiologue président de CLIN. L'équipe passe par les référents, le cadre de santé en cas de difficultés, qui alerte le médecin hygiéniste et / ou le président du CLIN. L'équipe maîtrise les risques liés à la pratique des examens radiologiques. Le compte-rendu de l'imageur avec les doses reçues est intégré au dossier et fourni au patient. Le transport intra hospitalier du patient est organisé. Le transport se fait au plus près des horaires de rendez-vous pour les patients non autonomes. Le mode de transport, et aides techniques sont prescrits par le médecin, réajustés en cours de séjour en fonction des échanges pluridisciplinaires selon l'évolution des besoins du patient et adapté par les thérapeutes. Le planning est connu à l'avance par les professionnels, planifié à la semaine et remis à jour tous les jours à 17h. Le planning personnalisé des séances d'activité du patient est affiché en chambre. L'attribution du fauteuil pour le transport se fait au démarrage de l'hospitalisation. Il est toujours en chambre et y reste tout le long d séjour. Le brancardier a bénéficié d'une formation PRAP, AFGSU, incendie, ... Les informations sur l'hygiène sont remontées via les « flash info » hygiène et les référents hygiène qui font partie du CLIN. La satisfaction du patient ainsi que de sa famille est recueillie et analysée via des questionnaires. Il existe une culture de signalement des évènements indésirables et les analyses collectives nécessaires, à la suite d'évènements indésirables, sont mises en œuvre et donnent lieu à des actions d'amélioration connues des professionnels. Les équipes évaluent leurs pratiques et les résultats des audits sur les pratiques professionnelles sont partagés.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
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	90%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Les orientations stratégiques du Centre Hospitalier de WATTRELOS sont définies en cohérence avec son territoire. Des partenariats très forts sont noués avec les partenaires extérieurs, comme intérieurs au GHT Lille Métropole Flandre Intérieure dont l'établissement support est le CHU de Lille. L'établissement a participé aux travaux du GHT à la définition des axes stratégiques avec le principe : des hôpitaux unis pour proposer le

meilleur du soin, de l'innovation et de la recherche. Sur le territoire est mise en place des filières de soins, filière neurologie, cardiologie, pneumologie, gériatrie et locomoteur auxquelles l'établissement participe activement. Il y a des partenariats privilégiés avec le Centre Hospitalier de ROUBAIX, le Centre Hospitalier de TOURCOING, le Centre Hospitalier de WASQUEHAL et le CHU DE LILLE. L'établissement contribue au développement de la CPTS des 7 villes et travaille aussi avec l'HAD Santélyls présente sur le territoire. En lien avec les établissements du GHT, les équipes de soins peuvent faire appel, si besoin, à une expertise gériatrique au bénéfice de la personne âgée et permettant ainsi de fluidifier le parcours des personnes âgées et d'éviter les passages aux urgences en favorisant les hospitalisations programmées. L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique n'est pas opérationnel pendant la visite. Toutefois, l'établissement est engagé avec le GHT LMFI dans la démarche d'alimentation du DMP et des envois à la Messagerie Sécurisée de Santé Citoyenne. En accord avec le GHT et l'ARS le DMP sera alimenté via la plateforme d'intermédiation de GHT sur un connecteur en Y alimentant à la fois la plateforme régionale Predice et le DMP. Le centre hospitalier sera en mesure d'alimenter le DMP à compter du 15 mars 2023. Tout au long de son séjour, l'expression des besoins du patient est recherchée (e-Satis, questionnaires de satisfaction...). L'établissement est engagé dans la démarche e-Satis. Les professionnels connaissent le principe mais ne connaissent pas les résultats liés à ce dispositif. Des patients experts interviennent en collaboration avec l'équipe soignante, dans la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique labélisés, spécifique aux patients présentant une insuffisance cardiaque, une maladie cardio-vasculaire ou une insuffisance respiratoire. Le but de ces programmes ETP est d'améliorer les compétences des patients à fin qu'ils vivent mieux avec leurs pathologies chroniques. Une politique de lutte contre la maltraitance et en faveur de la bientraitance, des actions de formation entre autres à la maltraitance ordinaire sont en place au sein de l'établissement. Le respect et l'écoute des patients et de leurs familles sont promus et partagés au sein des équipes. L'accès aux soins aux personnes vulnérables et/ou présentant un handicap est assuré quel que soit leur état. Les représentants des usagers sont associés à la vie de l'établissement, leur implication est effective dans les instances tel que le CLIN et le comité éthique. Ils ont participé activement à l'élaboration du livret d'accueil patient, dont la rédaction des directives anticipées. En matière de leadership, il a été observé une forte proximité et légitimité de l'encadrement vis-à-vis des soignants. En matière de gestion des ressources humaines, l'établissement veille à l'adéquation des ressources en vue de préserver la qualité de la prise en charge des patients. Des formations en management sont dispensées auprès de l'encadrement. Des réunions régulières associent l'encadrement, les médecins et la direction. Les réunions d'encadrement sont l'occasion d'échanges de pratiques. Le plan de formation, mis au service de l'acquisition et du maintien des compétences, est opérationnel. Le management assure la qualité de la prise en charge des patients grâce au développement du travail en équipe. Un travail de synchronisation des temps médicaux a été réalisé, pour améliorer le travail en équipe, avec un horaire fixe - chaque secteur a son médecin. L'établissement s'est engagé en décembre 2022 dans un PACTE (Programme d'amélioration continue du travail en équipe) porté la CSIRMT, dont l'objectif, à la suite d'un diagnostic effectué entre avril et septembre 2022, est d'améliorer la qualité de la prise en charge par un renforcement de la coordination d'équipe. Un deuxième diagnostic est programmé pour le premier semestre 2023. Cependant, il manque l'appropriation du programme par les équipes sur le terrain. L'espace-comité éthique organise régulièrement des réunions à thème, en invitant des intervenants. Les professionnels connaissent leurs référents éthiques lors de difficultés de prise en charge. La politique qualité de vie au travail de l'établissement est effective. Un soutien psychologique auprès des équipes est possible. Une Commission de Santé Qualité de Vie au Travail est en activité depuis 2017 et qui a comme objectif de prévenir les situations à risque physiques et psychologiques et de favoriser le maintien dans l'emploi des agents pour lesquels une restriction d'aptitude ou une inaptitude au poste a été déclarée. Plusieurs actions ont été mise en œuvre tels que l'installation d'un monte escalier pour les personnes à mobilité réduite, le dispositif RECOPRO en lien avec l'ANFH et le CLRP de Lille favorisant la reconversion professionnelle ou le maintien dans un emploi en interne ou en externe et la gestion des recrutements par anticipation des départs et/ou des besoins en formation ou montée en compétences, des projets de l'établissement. La gestion des conflits interpersonnels ou autres conflits est

organisée. L'encadrement est attentif à résoudre si cela est possible au premier niveau ces conflits. Le recours à des intervenants externes est possible. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles sont effectives. La crise sanitaire a amené l'établissement à organiser très régulièrement des cellules de crise. Le plan blanc est actualisé. La gouvernance a inscrit sa politique de développement durable dans son projet d'établissement. Les risques environnementaux sont connus et gérés. Les urgences vitales sont gérées. Un numéro unique pour les urgences vitales est en place, et parallèlement une liste de médecin d'astreinte pour les urgences non vitales. Des chariots d'urgence, 1 par service, équipés d'un défibrillateur, sont en place, accessibles H24 et vérifiés à minima tous les mois. Des formations régulières aux gestes d'urgences sont mises en place et des exercices de mise en situation sont réalisés avec les soignants par un médecin anesthésiste réanimateur. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Des audits réguliers et croisés sont organisés pour améliorer les pratiques. Les événements indésirables sont analysés avec les équipes et partagés. Les IQSS sont exploités et analysés.

Table des Annexes

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

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	590782439	CENTRE HOSPITALIER DE WATTRELOS	30, rue du docteur alexander fleming Bp 105 59393 Wattrelos Cedex
Établissement principal	590000691	CENTRE HOSPITALIER DE WATTRELOS	30, rue du docteur alexander fleming Bp 105 59393 Wattrelos Cedex FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
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	Oui
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	37
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	4
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	43
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	23
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	14
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
2	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		précautions standards
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
6	Audit système	Dynamique d'amélioration		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	QVT & Travail en équipe		
13	Audit système	Leadership		
	Audit	Coordination territoriale		

14	systeme			
15	Audit systeme	Maitrise des risques		
16	Audit systeme	Représentants des usagers		
17	Audit systeme	Engagement patient		
18	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		MAR per os ou injectable
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		précautions complémentaires
23	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine	

			Hospitalisation complète Programmé	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
25	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient > plateau de rééducation
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		MAR per os ou injectable
28	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Programmé	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

30	traceur		Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
31	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

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

