



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
DU PAYS D'APT**

225 Route de marseille  
84400 Apt



Validé par la HAS en Septembre 2022

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Septembre 2022

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	20
Annexe 3. Programme de visite	24

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

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

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

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

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT	
Adresse	225 Route de marseille 84400 Apt FRANCE
Département / Région	Vaucluse / Provence-Alpes-Côte d'Azur
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	840000012	CH D'APT	225 Avenue de Marseille 84400 APT Cedex FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

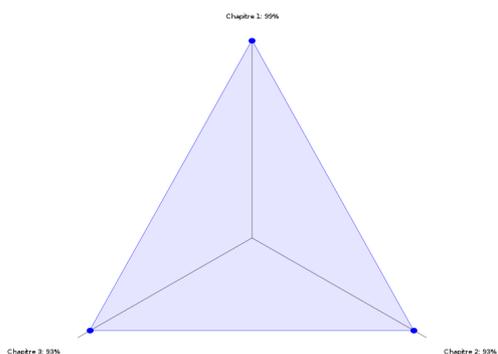
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

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

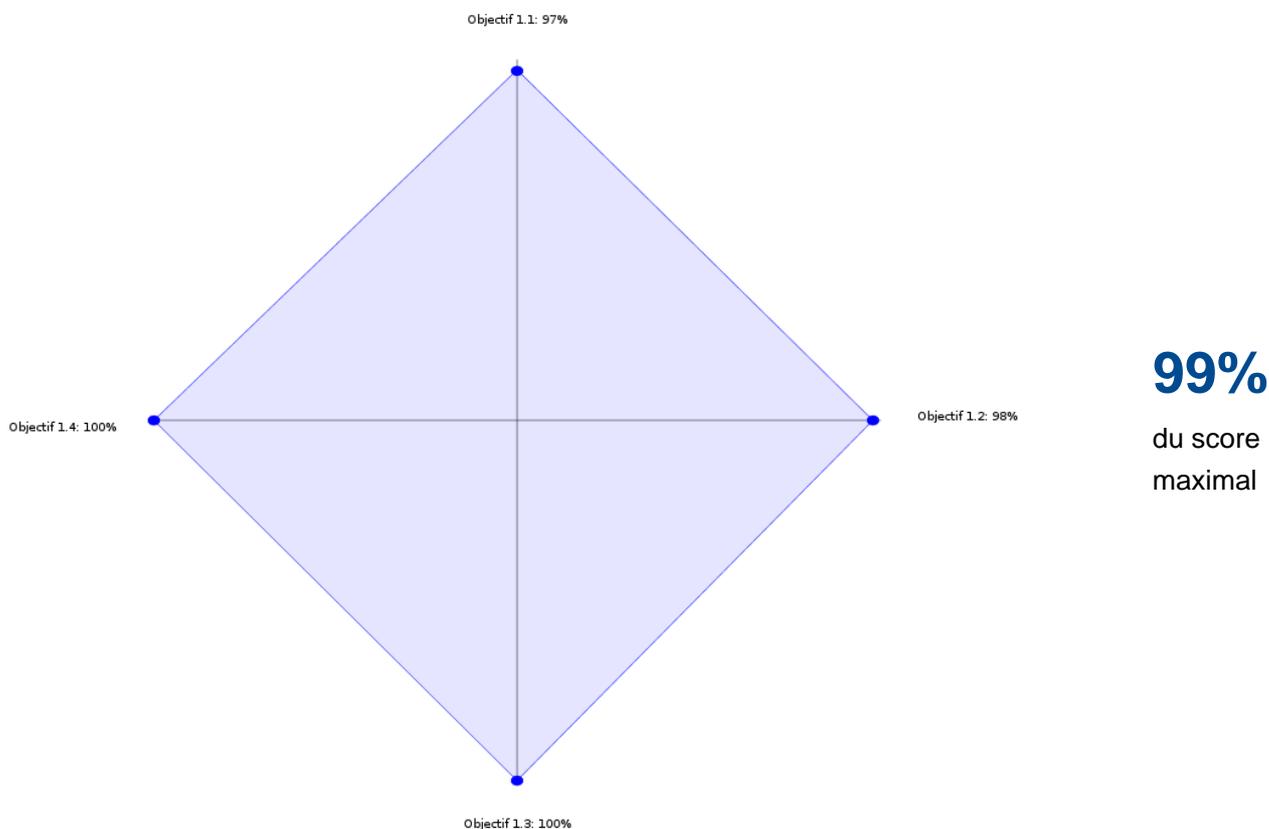
Au regard du profil de l'établissement, **114** critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

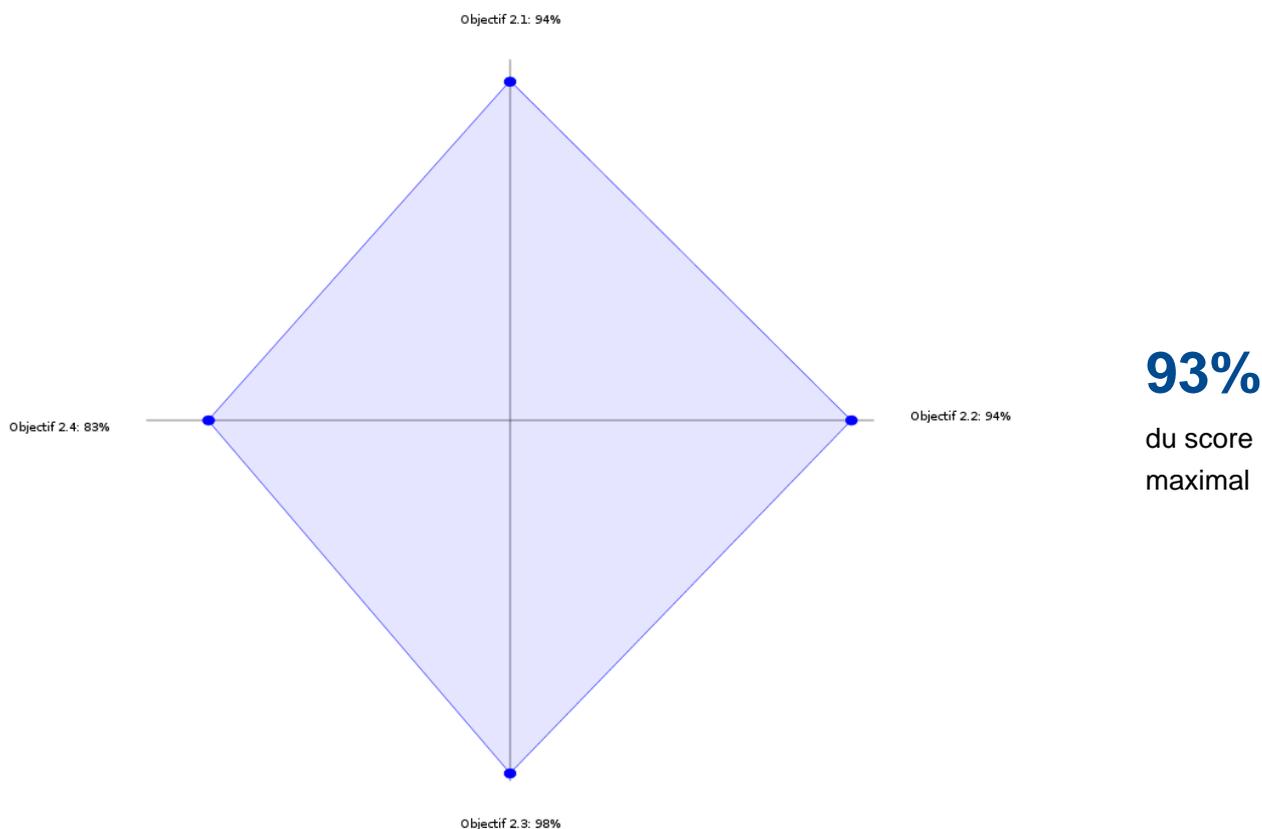


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé et son implication est recherchée. L'information fournie au patient est claire, constamment adaptée à son degré de discernement et concerne son état de santé et son diagnostic. S'il le souhaite, le patient est impliqué dans l'évaluation bénéfices/risques de toute décision majeure pour sa prise en charge. Il exprime son consentement sur son projet de soins et ses modalités. S'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, celui-ci est consulté et est invité à exprimer son opinion. Un effort particulier est réalisé pour que le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour promouvoir sa santé et réduire ses risques (tabac, nutrition, hygiène, etc). De nombreux supports de communication diffusent des messages de santé publique. S'il le souhaite, le patient est impliqué dans sa prise en charge, il bénéficie à cet effet d'actions d'information de la part des professionnels. Au centre périnatal de proximité, les futurs parents peuvent discuter

d'un projet de naissance dès le début de la grossesse. Le patient peut désigner une personne de confiance dès son admission, la trace dans son dossier est assurée. En prévision de sa sortie, les consignes de suivi sont données au patient pour les médicaments prescrits avec l'explication sur les changements de traitement. Le patient est informé de l'administration de produits sanguins labiles. En ambulatoire, il est informé des modalités avant, pendant et après son séjour de sa prise en charge. Par contre, il a été constaté que les équipes informaient peu le patient sur son droit à rédiger des directives anticipées et qu'elles avaient des difficultés pour aborder ce sujet ; lorsque le patient en a rédigé, celles-ci sont tracées dans son dossier. En situation de fin de vie, le patient a la possibilité de faire valoir sa décision d'accéder aux soins palliatifs ; l'expression de la volonté du patient est recherchée par l'équipe en charge directe en lien avec les professionnels de l'équipe mobile de soins palliatifs. Enfin le patient est informé sur les représentants des usagers et associations de bénévoles sur différents supports (livret d'accueil, affichage, écran dans les chambres et les espaces communs). Il est invité à exprimer sa satisfaction. (Questionnaires, enquêtes, e-satis). Le patient est respecté sous différents registres : intégrité de la personne, intimité et dignité, respect de sa vie privée, confidentialité des informations le concernant, liberté d'aller et de venir, respect de ses opinions et croyances. Le patient atteint de handicap bénéficie du maintien de son autonomie, le patient âgé également tout au long de son séjour. Même dans les périodes de tension, le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires pendant toute sa prise en charge. L'anticipation et le soulagement de la douleur font partie des pratiques courantes des soignants, avec une attention particulière pour les patients vivant avec un handicap. Les proches et/ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient ; leur présence est facilitée en dehors des heures de visite lorsque la situation le nécessite. Les conditions de vie et de lien social sont prises en compte dans le cadre de la prise en charge du patient : accompagnement social et orientation vers les services adéquats, sollicitation du patient handicapé pour qu'il exprime ses besoins et préférences, activités visant à maintenir son autonomie en USLD, prise en compte des conditions de vie habituelles pour préparer la sortie (exemple : déplacement de l'ergothérapeute au domicile du patient en SSR pour préparer sa sortie).

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



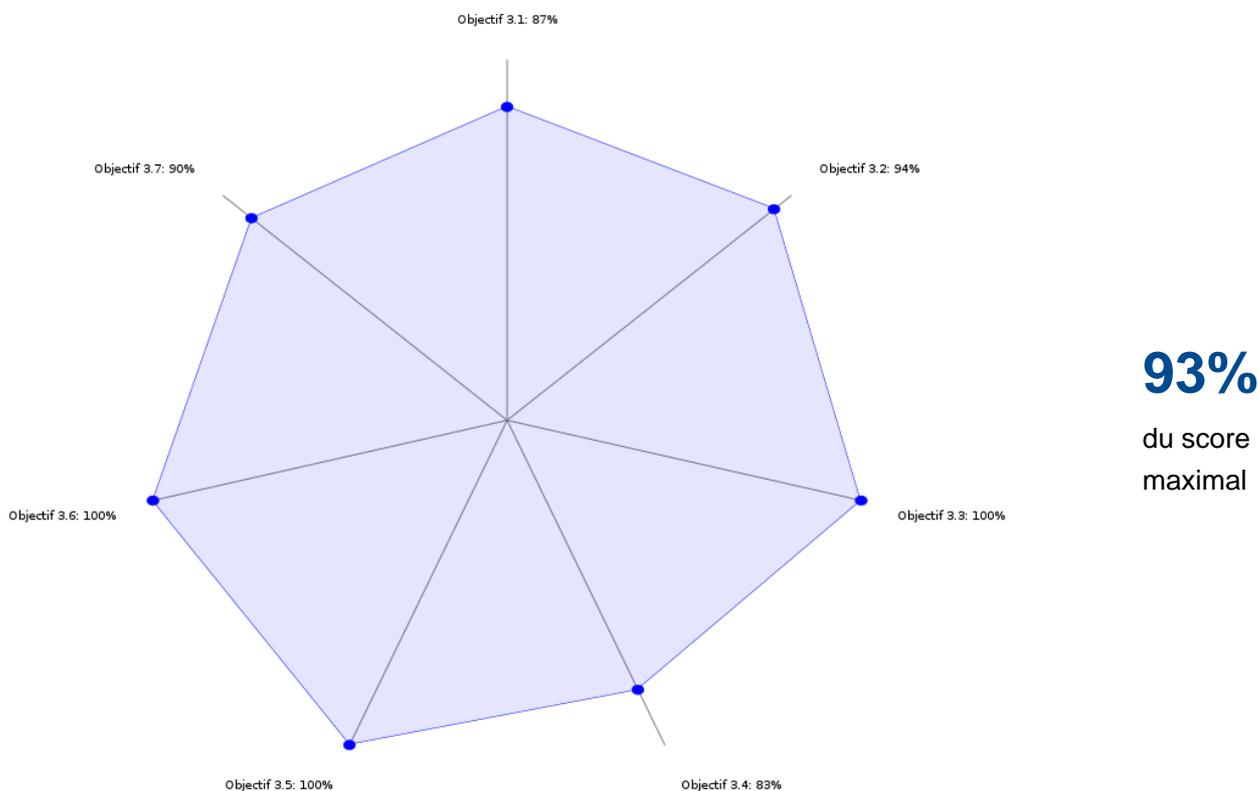
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	94%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	83%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe. Les décisions prises s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques et sont argumentées en concertation au sein de l'équipe (staffs réguliers dans tous les services). L'orientation au décours de la prise en charge par le SMUR est argumentée pour une prise en charge soit aux urgences soit en admission directe dans le service approprié. L'admission et le séjour en SSR est également argumentée et réévaluée au sein de l'équipe dès la première phase du séjour. La prescription en HAD est envisagée dès l'admission du patient dont le projet de soins en fait état. Les mesures restrictives de liberté sont réduites le plus possible ; de fait, il est constaté un faible nombre de mesures de ce type ; quand elle est prescrite, elle est argumentée, fait l'objet d'une analyse bénéfices/risques au sein de l'équipe et réévaluée très régulièrement. Toute prescription d'antibiotiques est

argumentée et réévaluée entre la 24<sup>ème</sup> et la 72<sup>ème</sup> heure. Par contre s'il a été constaté que l'analyse de la pertinence des actes transfusionnels était également réalisée, mais elle n'a pas toujours été retrouvée la trace de l'analyse bénéfices/risques dans le dossier du patient. La coordination des équipes de professionnels et d'accompagnement permet de garantir la qualité et la sécurité des soins tout au long de la prise en charge du patient. Le dossier médical préhospitalier du SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge. Les urgences sont organisées de telle sorte qu'une orientation dans les circuits adaptés et les délais compatibles avec sa prise en charge soit assurée. Les délais d'attente sont mesurés et analysés ; de fait le délai de passage moyen pour les consultants externes et pour les hospitalisés est très court. L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement. Le dossier du patient est complet et permet aux professionnels d'accéder en temps utile aux informations nécessaires en amont, pendant et en aval de son hospitalisation. Le projet de soins du patient est construit en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle en lien avec le patient et son entourage, avec une attention particulière à la prise en compte des préférences et des besoins du patient, régulièrement réévalués. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre sur les situations les plus à risques, l'établissement ayant identifié les profils de patients pour lesquels il s'engage dans le développement de cette conciliation. Dans les très rares cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité, les équipes médicale et paramédicales se coordonnent. L'équipe de soins peut faire appel si besoin à un réseau de recours et/ou d'expertise ; pour autant le recours à la télésanté est peu développé et les modalités de recours ne sont pas formalisées. Les urgences ont la priorité en matière de programmation opératoire. Le bloc opératoire et les services de soins se coordonnent en amont et en aval de l'intervention chirurgicale ou de l'endoscopie ; toutefois la qualité des informations transmises aux secteurs d'hospitalisation ne fait pas l'objet d'une analyse régulière. La check-list « sécurité du patient » est utilisée de manière efficace et systématique tant au bloc opératoire qu'en endoscopie. Pour les patients enfin de vie, une démarche palliative est discutée et coordonnée au sein de l'équipe et en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs. La lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant très majoritairement le jour de la sortie. Elle est conforme en tout point aux attendus réglementaires. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques, en particulier elles respectent les bonnes pratiques en matière d'identitovigilance, de pharmacovigilance, de gestion des médicaments à risques, d'hémovigilance, du risque infectieux, d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie. Elles maîtrisent également tout le processus d'endoscopie, de l'appel de la veille jusqu'à la désinfection des endoscopes. Les risques liés à la chimiothérapie sont aussi complètement maîtrisés, de la réception des poches reçues du CH voisin jusqu'à l'administration. La PUI dispose d'un système de reconditionnement unitaire facilitant la dispensation nominative ; elle a un lien fort avec les services de soins. Le transport interne est effectué par une équipe formée aux risques liés à la prise en charge du patient, au risque infectieux et à la matériovigilance. Il a été toutefois constaté en USLD que les bonnes pratiques de pose de sonde urinaire n'étaient pas toujours respectées. Par ailleurs l'information sur le risque lié aux rayonnements ionisants n'est pas vérifiée en lien avec le GCS d'imagerie. Qui réalise toutes les images en coupe. Par ailleurs, les équipes respectent les bonnes pratiques en matière de prescription et de dispensation des médicaments ; cependant la prescription de sortie ne mentionne pas toujours la dénomination des molécules en DCI. La mise en œuvre par les équipes de démarches d'évaluation de leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques est un enjeu à l'avenir pour l'établissement. Les équipes ont mis en place des actions fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité/sécurité des soins ainsi que sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins. De même la check list dans les secteurs interventionnels est analysée collectivement et font l'objet d'actions d'amélioration. La qualité des examens d'imagerie fait l'objet également d'actions d'amélioration. Cependant il est constaté une hétérogénéité, selon le secteur d'activité, des pratiques d'évaluation régulière ; en matière d'évaluation de pratiques avec une méthode approfondie (CREX, RMM), si certains secteurs (exemple : secteur interventionnel) ont en routine des évaluations permettant d'analyser en équipe les résultats cliniques, d'autres le font de façon beaucoup plus irrégulière. Par ailleurs, l'expérience patient étant peu développée, les actions d'amélioration sont peu faites sur cette base.

Enfin la qualité des prescriptions et les modalités de prélèvement, le suivi des délais de rendu des examens n'ont pas fait l'objet d'analyse entre l'établissement et le laboratoire prestataire, hormis un CREX sur un évènement ponctuel lié au fonctionnement d'un automate.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	87%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	90%

L'établissement développe une approche prospective de son offre de soins et définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Il participe aux projets territoriaux de parcours, soit avec des partenaires de son territoire de proximité (communes, professionnels de ville, établissements médico-sociaux), soit avec le territoire du GHT (établissement siège et établissement voisin). Sa politique « d'aller vers » lui

permet de développer des partenariats et des complémentarités fortes (exemple : chimiothérapie, laboratoire, imagerie, consultations avancées, téléconsultations dans les EHPAD). Il contribue au développement des CPTS dont il est membre actif. Il est actif dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale. L'établissement a développé les admissions directes dans les services, notamment pour éviter certains passages aux urgences des personnes âgées ou vulnérables. Une messagerie sécurisée est activée avec ses correspondants notamment de ville. La promotion de la recherche clinique, en proposant aux professionnels médicaux et paramédicaux désireux de s'investir dans la recherche, n'est pas développée. L'établissement favorise l'engagement des patients. Il promeut toutes les formes d'expression du patient. Les PREMS et les PROMS ne sont pas développés pour le moment même si l'établissement avait répondu à un appel à projet pour lequel il n'a pas été retenu. Il est constaté un dynamisme de la CDU et une volonté institutionnelle de promouvoir les initiatives de partenariat avec les patients ou leurs représentants. Il n'y a pas de programme d'ETP avec participation de patients, pas de participation de patients ou représentants aux évaluations de pratiques (RMM, CREX). L'établissement a une communication centrée sur le patient. Cette communication va en direction du patient lui-même mais aussi en direction des aidants, des professionnels (plan de formation). Il promeut et veille à la bientraitance, agit dans les situations de maltraitance et lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein. L'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap physique est possible partout dans l'établissement. Il n'en est pas de même pour les patients ou accompagnants avec un handicap visuel ou auditif. Les personnes vulnérables font l'objet d'une attention particulière avec dispositif PASS en place. L'accès du patient à son dossier est organisé et les délais de rendu du dossier conformes à la réglementation. Lorsqu'un patient est éligible à un essai clinique, l'établissement se met en capacité de le prendre en charge avec l'établissement développant l'essai. Les représentants des usagers et associations de patients sont impliqués dans la vie et les instances de l'établissement au-delà de la CDU. La gouvernance fait preuve de leadership. Elle fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins, soutient une culture de sécurité, pilote l'adéquation entre ressources humaines disponibles et qualité/sécurité des soins dans un contexte de difficultés importantes de recrutement. Les responsables d'équipe bénéficient de formations et/ou de coaching en management. L'établissement favorise le travail en équipe (staff réguliers, réunions de service) et le développement des compétences. Pour autant il n'y a pas encore de démarches spécifiques sur PACTE ou autre dispositif. Les compétences individuelles sont régulièrement évaluées, il n'en est pas de même pour les compétences collectives, les programmes intégrés d'acquisition et de maintien de compétences n'étant inexistantes. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance sur la base de questionnaires réguliers de satisfaction des professionnels. Les difficultés interpersonnelles font l'objet d'une gestion facilitatrice. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté : tensions et situations sanitaires exceptionnelles, risques numériques, atteintes aux biens et aux personnes, risques environnementaux et enjeux du développement durable. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (dispositif, formation des professionnels, matériels vérifiés, etc). L'établissement a mis en place un plan de sécurisation de l'établissement en lien avec la gendarmerie. Si l'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins avec le pilotage des revues de pertinence, l'analyse et l'exploitation des IQSS à l'échelle institutionnelle, l'analyse et l'exploitation des EIG, l'analyse des besoins en lits d'aval des urgences favorisant les admissions directes dans les services (enjeu majeur du projet médico-soignant), il possède une marge d'amélioration sur certaines actions possibles concernant la gestion des séjours longs (l'acquisition d'un logiciel de gestion des lits commun à tous les établissements du GHT est prévu et reste à développer) et la prise en compte du point de vue du patient et de son expérience dans son PAQSS.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	840000012	CH D'APT	225 Avenue de Marseille 84400 APT Cedex FRANCE
Établissement géographique	840019228	CH AVIGNON ANTENNE - SMUR D'APT	305 rue raoul follereau 84902 AVIGNON FRANCE
Établissement principal	840000343	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT	225 Route de marseille 84400 Apt FRANCE
Établissement géographique	840018337	CH D'AVIGNON HENRI DUFFAUT CHIRURGIE	225 Route de Marseille 84400 APT FRANCE
Établissement géographique	840007579	SERVICE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER D'APT	225 Route de Marseille 84400 Apt FRANCE
Établissement géographique	840019228	CH AVIGNON ANTENNE - SMUR D'APT	305 rue raoul follereau 84902 AVIGNON FRANCE
Établissement principal	840000343	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT	225 Route de marseille 84400 Apt FRANCE
Établissement géographique	840018337	CH D'AVIGNON HENRI DUFFAUT CHIRURGIE	225 Route de Marseille 84400 APT FRANCE
Établissement géographique	840007579	SERVICE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER D'APT	225 Route de Marseille 84400 Apt FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	1,754
Nombre de passages aux urgences générales	16,411
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	39
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	18
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	2
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	1,094
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	3
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	40
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)	3
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Urgences Adulte Hospitalisation complète	
3	Audit système	QVT & Travail en équipe		
4	Audit système	Dynamique d'amélioration		
5	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maternité Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences et SMUR

8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
10	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Programmé	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de longue durée Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
			Tout l'établissement Maternité	

13	Parcours traceur		Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique SAMU-SMUR Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires
17	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie + per opératoire
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration
	Traceur	Prévention des infections		Désinfection des

21	ciblé	associées aux soins		endoscopes
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
25	Audit système	Maitrise des risques		
26	Audit système	Engagement patient		
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
28	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
29	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NON APPLICABLE
30	Audit système	Coordination territoriale		
31	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Brancardage
32	Audit système	Leadership		
33	Audit système	Représentants des usagers		
34	Patient traceur			

35	Patient traceur			
36	Audit système	Entretien Professionnel		

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

