



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER JEAN LECLAIRE

Le pouget
CS 80201
24200 Sarlat La Caneda



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.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER JEAN LECLAIRE	
Adresse	Le pouget CS 80201 24200 Sarlat La Caneda FRANCE
Département / Région	Dordogne / Nouvelle-Aquitaine
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	240000448	CENTRE HOSPITALIER JEAN LECLAIRE	Le pouget CS 80201 24200 Sarlat-La-Caneda FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

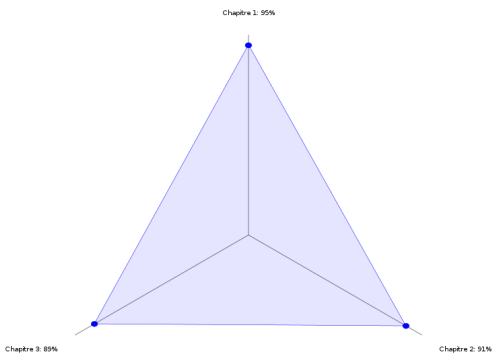
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

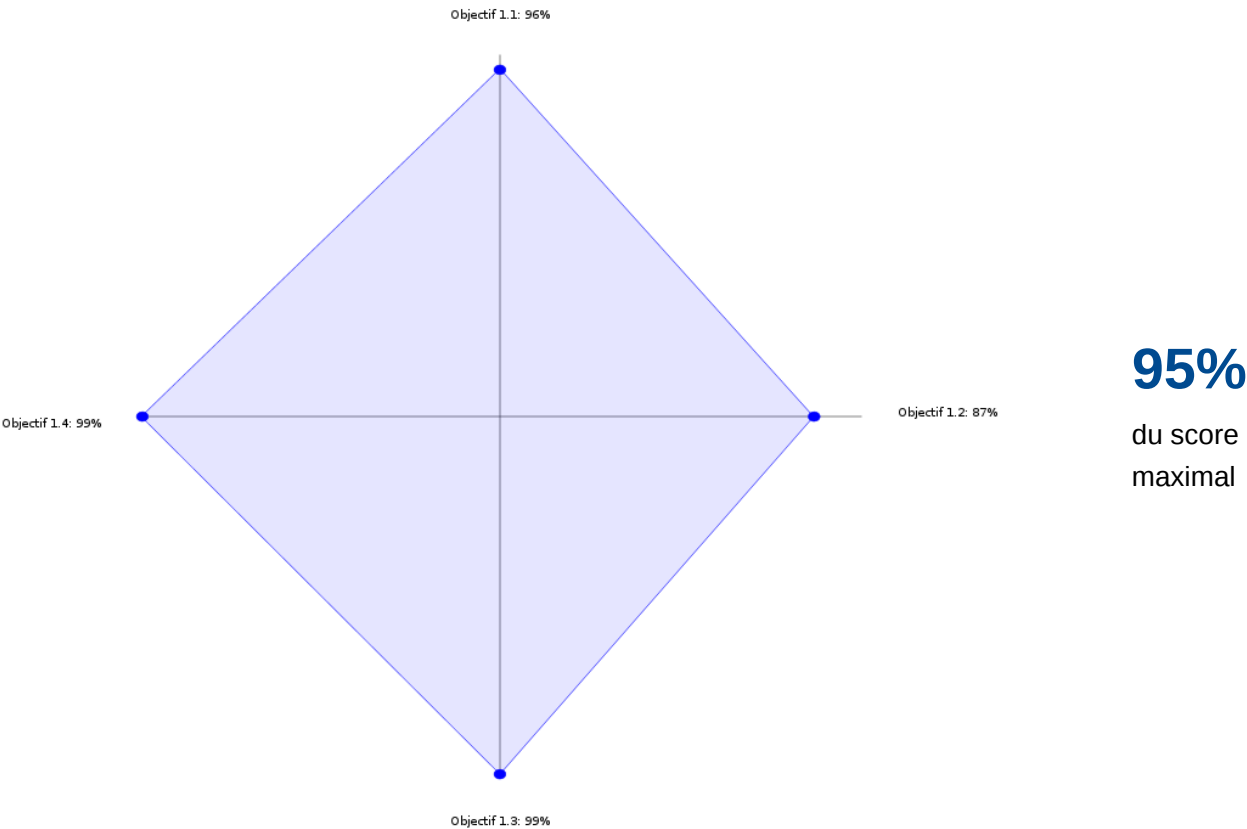
Au regard du profil de l'établissement, [132](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

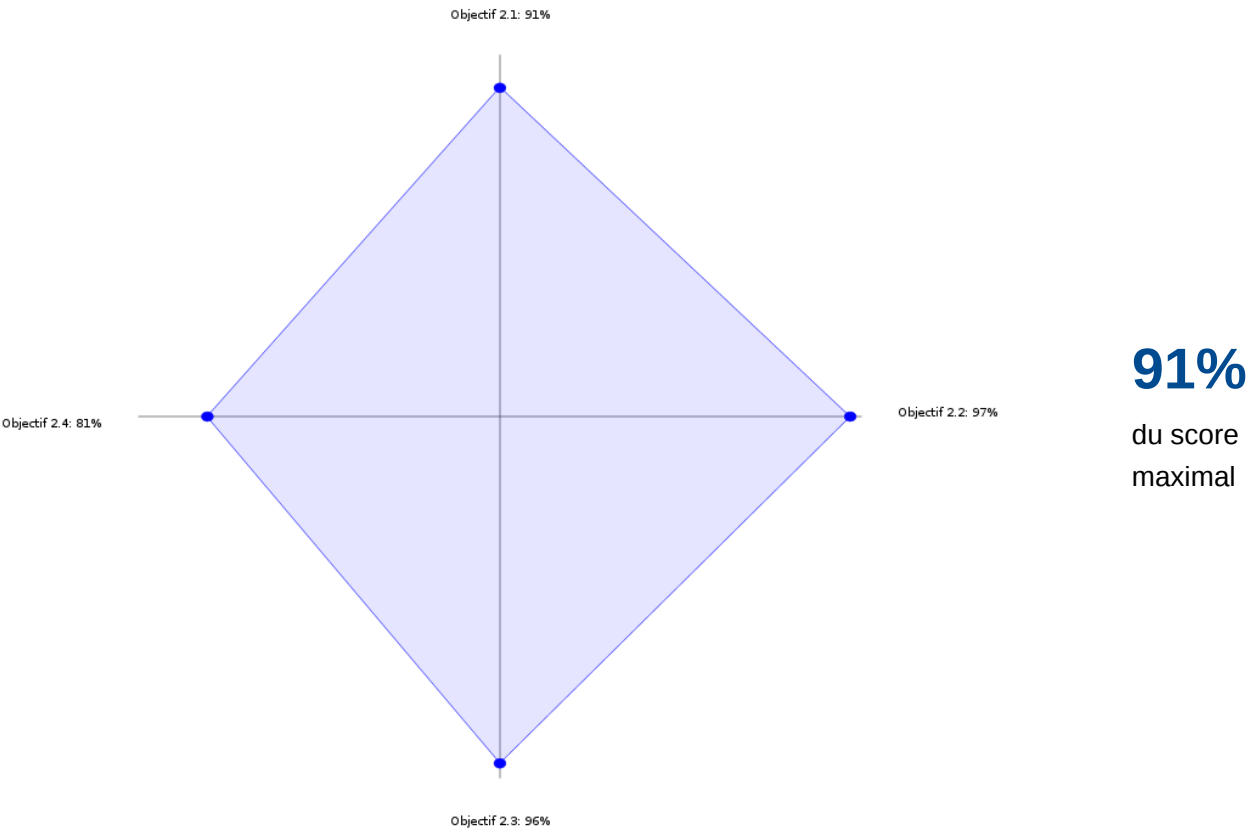


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	96%
1.2	Le patient est respecté.	87%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	99%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Le patient est informé sur ses droits et recours et peut exercer des choix éclairés. Il reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé, ses soins, son traitement et la durée prévisionnelle de séjour : les affichages des chartes du patient sont nombreux et facilement accessibles. Le patient est impliqué s'il le souhaite dans l'évaluation bénéfice/risque pour toute décision majeure pour sa prise en charge ; il exprime son consentement sur son projet de soins et ses modalités ; les moyens de communication sont adaptés au patient afin qu'il puisse comprendre et adhérer aux objectifs de prise en charge. L'enfant ou l'adolescent reçoit également une information adaptée ; son avis sur son projet de soins est recherché par les équipes. Des messages de santé publique sont affichés dans certains services et le plus souvent expliqués si nécessaire au patient de manière à renforcer sa capacité à agir et réduire les risques. Le patient bénéficie d'actions visant à

devenir acteur de sa prise en charge et de son projet de soins. La prise en compte de ses attentes, de ses préférences et de son expérience est favorisée par les professionnels. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse. Les professionnels informent le patient de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance ; cette désignation est tracée systématiquement dans le dossier. En prévision de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi pour ses médicaments, notamment en cas de changement de traitement habituel. Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour (ophtalmologie) et des consignes de suivi. Il est également informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés. En ambulatoire (chirurgie et médecine), il est informé des modalités spécifiques de sa prise en charge en pré, péri et post hospitalisation. En HAD, le patient et/ ou ses proches savent qui contacter à tout moment ; un professionnel infirmier peut répondre en cas de besoin à tout moment. Le patient est informé de son droit à rédiger ses directives anticipées ; néanmoins certains professionnels rencontrés ont des difficultés à expliquer ce droit ; par ailleurs la configuration du dossier patient informatisé ne permet pas de trouver aisément ses directives anticipées quand elles existent. Le patient en situation de fin de vie a la possibilité de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs ; l'expression de cette volonté est recherchée par l'équipe du service en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs. Les contacts des représentants des usagers sont facilement accessibles ; néanmoins, en dépit des affichages et informations écrites (livret d'accueil par exemple), certains patients rencontrés en connaissant pas les modalités de contact de ces représentants. Le patient est invité à faire part de son expérience à exprimer sa satisfaction par e-satis ou des questionnaires particuliers présents dans plusieurs services (maternité, hôpital de jour, HAD, etc). Néanmoins le patient est peu informé des modalités pour déclarer un évènement indésirable associé aux soins. Malgré des locaux vétustes et inadaptés aux normes standard de confort, le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité (pratiques respectueuses observées et reconnues par les patients rencontrés); cependant la configuration des locaux en psychiatrie et aux urgences rend difficile ce respect (locaux exigus aux urgences, chambres d'isolement non conformes en psychiatrie) ; un projet architectural concernant tout l'établissement est en cours de validation avec l'ARS (principe de restructuration en site occupé acté). Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté à leur sécurité et leur protection, y compris dans les très rares cas où il est hospitalisé dans un service d'adultes ; cependant, en chirurgie ambulatoire (rares cas de prises en charges d'enfants), les professionnels ne sont pas tous formés à la prise en charge des enfants et adolescents. Le patient vivant avec un handicap ou le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Le respect de la confidentialité des informations est garanti au patient. Le recours à la contention mécanique, très limité, relève d'une décision médicale partout dans l'établissement à l'exception d'un service (prescriptions de barrière au lit). Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires et son autonomie à les réaliser est évaluée. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper et soulager sa douleur tout au long de sa prise en charge ; les prescriptions si besoin sont complètes ; l'équipe mobile de soins palliatifs est très présente dans les services. Les proches et/ ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins, avec l'accord du patient. Le projet d'hospitalisation en HAD et de ses modalités spécifiques est explicité. La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visite lorsque la situation l'exige (possibilité de rester la nuit, salle des familles en LISP). Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge : accompagnement social du patient en situation de précarité, prise en compte des besoins et préférences exprimés par le patient vivant avec un handicap, préoccupation sociales et éducatives pour le patient atteint de maladie chronique, accompagnement de son inclusion sociale pour le patient atteint de troubles psychiques, prises en compte des conditions de vie habituelles pour la sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



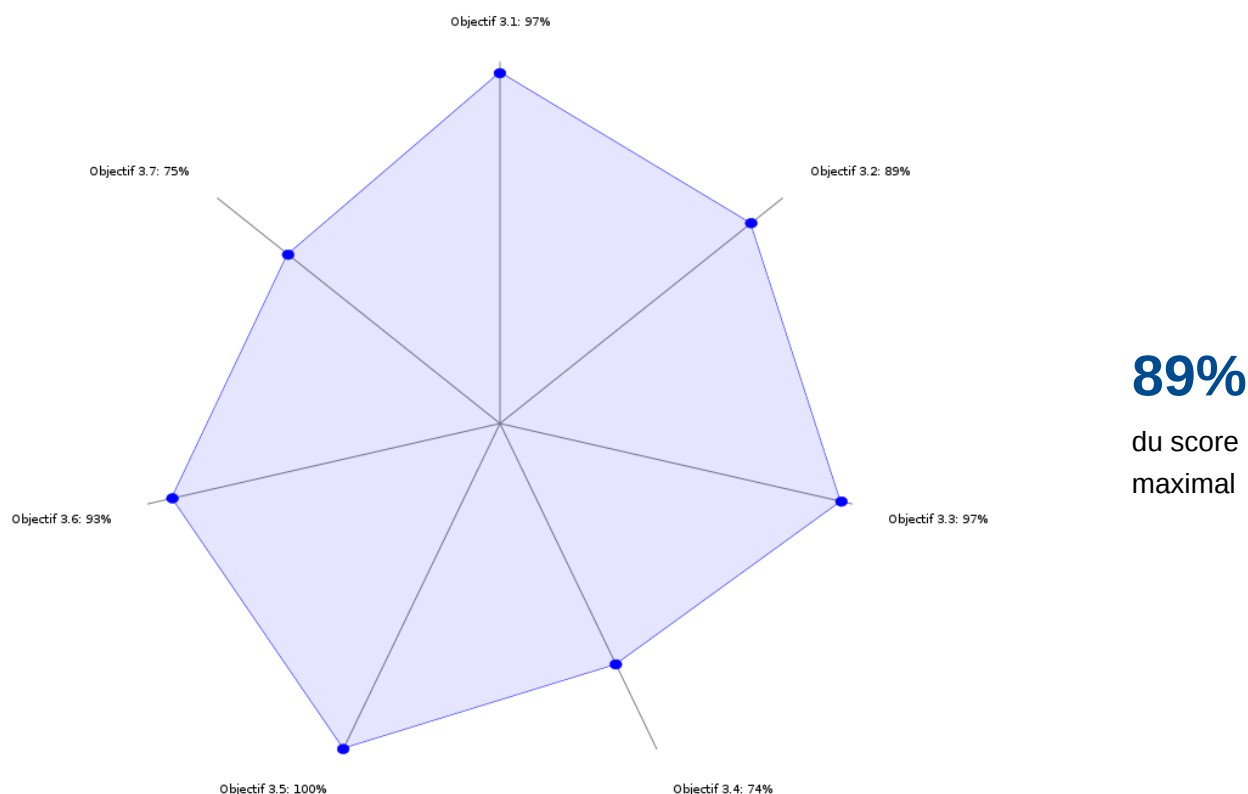
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	91%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	81%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée ; pour les prises en charges complexes, la trace de l'analyse bénéfice/risque ainsi que celle de la concertation d'équipe est effective et retrouvée dans le dossier patient. La pertinence de l'orientation du patient par le SMUR est argumentée avec l'équipe d'aval. La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est également argumentée et réévalué par les équipes. La prescription d'une HAD est envisagée dès l'admission du patient, les liens entre services cliniques d'hospitalisation traditionnelle et l'HAD étant constants. La pertinence du recours à des mesures de restrictions de liberté est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe ; les mesures sont expliquées au patient. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluées entre la 24ème et la 72ème heure. L'analyse bénéfice/risque de la transfusion des produits sanguins labiles est réalisée et tracée ; par contre il n'y

a pas d'analyse de pertinence des actes transfusionnels régulièrement réalisée (analyse en cours au moment de la visite). La coordination des équipes est forte autour de la prise en charge des patients, de façon pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Le dossier pré hospitalier du SMUR est complet et permet la poursuite de la prise en charge (l'équipe SMUR en priorité continue la prise en charge aux urgences). L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans des circuits et délais adaptés. Cependant les délais d'attente ne sont pas mesurés ni communiqués aux patients. L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné dans l'établissement. Le dossier du patient est complet, accessible, renseigné en temps utile et les informations sont données au patient en amont de son hospitalisation et à la sortie. Les équipes construisent le projet de soins en lien avec le patient et les équipes mobiles qui interviennent à la demande (soins palliatifs, gériatrie, hygiène). La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation de certains traitements médicamenteux (situations les plus à risque et secteurs identifiés). Les équipes se coordonnent dans les rares cas où le patient est orienté dans une unité non adaptée faute de disponibilités. Les professionnels peuvent faire appel à un réseau d'expertise ou de recours (exemple : antibiothérapie, secteur de neurologie). Les acteurs de la programmation opératoire (uniquement de la chirurgie ambulatoire dans quelques spécialités) se coordonnent et tiennent compte des priorités. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent les informations utiles relatives au patient en amont et en aval de l'intervention. Au bloc chirurgical, au bloc obstétrical et en endoscopie, la check List sécurité du patient est utilisée de manière efficace. Les professionnels intervenant à domicile (professionnels de l'HAD et professionnels de ville) partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent. En HAD la capacité d'intervention soignante à domicile est en permanence assurée ; la ré hospitalisation du patient en urgence est assurée. Le carnet de santé, le dossier du patient sont mis à jour en temps utile. Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie (soit aux urgences générales, soit par un somaticien en psychiatrie), dans les 24h d'une hospitalisation complète. En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques de patients repérés par un service hospitalier ou un professionnel de ville; une infirmière de pratique avancée ajoute un lien entre services de psychiatrie et médecine de ville. Cependant les délais d'entrée en soins n'est pas suivi ni évalué. Pour les patients en fin de vie, une démarche palliative coordonnée, pluridisciplinaire et pluri professionnelle est mise en œuvre ; les professionnels bénéficient de ressources d'accompagnement en cas de besoin). Une lettre de liaison à la sortie, complète, est remise au patient avec explications et adressée au médecin traitant. La quasi-totalité des risques sont maîtrisés : bonnes pratiques d'identification du patient, vigilances sanitaires organisées, très majoritairement connues des professionnels. Par ailleurs les bonnes pratiques de prescription, dispensation et administration des médicaments sont très majoritairement observées, de même que la maîtrise du circuit des produits de santé en HAD, l'utilisation des médicaments à risque avec un circuit sécurisé (identification de ces médicaments de la pharmacie jusqu'à l'administration au patient). L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisées conformément aux bonnes pratiques (exemples : armoires à pharmacie sécurisées informatiquement, absence de périmés, stocks adaptés). Le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable est maîtrisé. La sécurité transfusionnelle est assurée (protocole, trace dans le dossier, suivi de destruction). Le risque infectieux est maîtrisé : forte implication de l'EOH et des correspondants hygiène dans les services, nombreuses évaluations concernant l'hygiène des mains, les précautions standard et complémentaires, bonnes pratiques d'antibioprophylaxie, maîtrise du risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables (secteur d'endoscopie) et aux dispositifs invasifs. De même, le risque infectieux des équipes des secteurs interventionnels est maîtrisé en respectant les bonnes pratiques per opératoires. Le risque de dépendance iatrogénique est appréhendé. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales. Si les équipes de soins en psychiatrie ont prévu les modalités d'intervention et de prise en charge pour prendre en charge les moments de violence, il n'a pas été trouvé trace de plan de prévention partagé et élaboré avec les patients qui connaissent des épisodes de violence. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants ; toutefois les équipes n'informent pas systématiquement le patient des doses qu'il a reçu et des risques pour sa santé. Les

risques liés à l'hémorragie du post partum immédiat sont maîtrisés (procédure d'urgence et matériel adaptés, trace systématique des modalités de délivrance). L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée sur la base d'un score. Le transport des patients en intra hospitalier est maîtrisé (organisation adaptée aux besoins, professionnels formés). La plupart des équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques ; certaines équipes ne sont pas en capacité de présenter un plan d'actions et une mesure de ces effets. Les équipes recueillent et analysent la satisfaction des patients et mettent en place des actions d'amélioration pour l'expérience patient ; pour autant les représentants des usagers ne participent pas à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience patient et à la mise en place d'actions d'amélioration. Par ailleurs, si certains indicateurs spécifiques à certains services (exemple en maternité : taux de césarienne, de péridurale, etc) sont régulièrement suivis, les indicateurs nationaux ne font pas toujours l'objet de revues régulières par les équipes. Les événements indésirables associés aux soins sont analysés ; les EIG font très majoritairement l'objet d'une analyse approfondie avec la méthode ALARM et font l'objet d'un plan d'actions. Dans le service de surveillance continue (seul service de soins critiques accueillant essentiellement des patients de cardiologie et de pneumologie), il n'y a pas de registre de refus d'admission et les ré hospitalisations à 48/72 heures ne sont pas suivies. La check List est analysée dans tous les secteurs interventionnels, en particulier le GO/NO GO au bloc, et permet la mise en œuvre de plans d'actions. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens biologiques sont mises en place (évaluation de la qualité des prescriptions et de la qualité des prélèvements) ; il en est de même en imagerie (qualité des prescriptions). L'établissement ne réalise pas de prélèvement ou de greffes d'organes mais les informations sur le don d'organes sont disponibles et les équipes de coordination de prélèvement sollicitées le cas échéant.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	97%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	89%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	74%
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	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	75%

L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours : ROR actualisé, travail avec la médecine de ville en dépit de l'absence de CPTS, politique « d'aller vers » les établissements médico-sociaux, liens forts avec le CH de Périgueux, établissement pilote du GHT avec lequel l'établissement est en direction commune et a tissé des liens forts à travers plusieurs fédérations médicales (urgences, obstétrique et cardiologie) et des équipes

territoriales (urgences, antibiothérapie). Il participe à la coordination des parcours sur le territoire (consultations avancées du CH de Périgueux) ou hors territoire dans le cadre d'activités de recours (CHU de Bordeaux et de Limoges). L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale et participe activement aux travaux sur les parcours ; néanmoins les professionnels rencontrés en psychiatrie ne sont pas informés des orientations définies et des actions à entreprendre. L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre services ambulatoires de psychiatrie et la médecine de ville. Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide (exemples : AVC, téléAVC infarctus en lien avec le CH de Périgueux). Il contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales (intervention de l'équipe mobile de gériatrie, admissions directes dans les services). Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter aisément l'établissement (exemples : messagerie sécurisée, numéros d'appel direct). L'établissement promeut la recherche clinique en lien avec les autres acteurs du territoire en repérant les professionnels susceptibles de s'y investir. L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec e-satis et l'élaboration de questionnaires spécifiques dans certains services (exemples : chirurgie ambulatoire, maternité) ; cependant il n'y a pas de questionnaires spécifiques sur le résultat sur leur santé du point de vue du patient (PROMS) ; par ailleurs, l'exploitation des résultats d'e-satis n'est pas encore restitués aux équipes soignantes. L'établissement a une communication centrée sur le patient (formations des professionnels, analyse des plaintes et réclamations, etc). Il veille à la bientraitance par la diffusion de ses valeurs et l'évaluation des risques impactant la bientraitance. Il participe au repérage et à la prise en charge des maltraitements éventuelles subies par les patients. L'établissement lutte également contre la maltraitance (écoute patients, circuits d'alerte). L'établissement assure l'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap malgré la vétusté et l'ancienneté de la plupart des locaux (rampes d'accès, ascenseurs sonores et indications en braille). Il favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables (exemple : dispositif PASS actif). Il est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier. L'établissement, non porteur de missions de recherche clinique, favorise l'accès aux innovations pour les patients. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement et dans la CDU ; cependant, les avis de la CDU sont peu formalisés et pas forcément intégrés au PAQSS de l'établissement ; les représentants des usagers sont informés des plaintes et réclamations, des EIAS, des résultats des questionnaires de satisfaction sans pour autant participer à leur exploitation et à leur analyse. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins ; la direction, les instances (en premier lieu la CME) sont moteur pour divulguer et promouvoir la qualité/sécurité des soins ; pour autant les professionnels rencontrés ne sont pas toujours en mesure de citer des actions du PAQSS en lien avec leurs activités. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins avec une évaluation régulière de la culture sécurité des professionnels. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge ; elle est particulièrement attentive à l'équilibre entre professionnels permanents et professionnels de remplacement. En effet l'établissement rencontre de grandes difficultés de recrutement et de stabilisation des équipes à la fois médicales et para médicales, y compris dans des disciplines socle ; de fait plusieurs services connaissent des périodes de fermeture de lits pour maintenir les effectifs nécessaires à la prise en charge ; par ailleurs l'établissement s'est engagé dans une politique d'attractivité et de fidélisation avec une variabilité des conditions d'exercice ainsi que dans des organisations nouvelles (exemples : SMUR para médical, accès régulé aux urgences, infirmière de pratiques avancées en psychiatrie, téléradiologie). Les responsables d'équipe bénéficient de formations en management. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe (exemple : synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, temps d'échanges). La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe ; un service de médecine est entré dans la démarche PACTE. Les connaissances et compétences des équipes sont assurées et évaluées ; cependant il n'y a pas de programmes intégrés d'acquisition et de maintien de compétences. Les professionnels identifient les questionnements éthiques et sont aidés dans leur analyse ; pour autant il n'y a pas pour le moment d'état des lieux réalisés et partagé ; un comité d'éthique sera réuni pour la première fois au

premier trimestre 2023. La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail avec plusieurs axes (inclusion et maintien dans l'emploi, santé au travail, équilibre vie professionnelle et épanouissement personnel). La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits avec soutien psychologique si demandé. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (plans, cellule de crise rapidement réunie). Les risques numériques sont maîtrisés ; les professionnels sont mobilisés sur les mesures de prévention. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée (plan de sécurisation actif partagé avec les forces de l'ordre). Les risques environnements et enjeux du développement durable sont maîtrisés (politique comportant plusieurs volets avec un comité de pilotage et un référent. Le plan d'actions n'est pas activé à ce jour, même si de nombreuses initiatives débutent autour de la gestion des énergies, des flux et des déchets. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (matériels vérifiés, numéro unique d'appel, formation aux gestes d'urgence) ; il n'y a pas d'exercice de simulation réalisé. La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques ; la CME est investie dans ce domaine ; pour autant il n'y a pas de revues de pertinence des admissions et des séjours évaluant les indicateurs d'alerte (exemple : séjours longs, ré hospitalisation à 24heure). L'établissement prend en compte le point de vue du patient à travers l'exploitation des questionnaires de satisfaction ; cependant le programme d'actions qualité n'intègre pas les contributions des usagers ou de leurs représentants et les équipes ne connaissent pas les actions mises en œuvre après analyse des questionnaires. L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins. Cependant si les indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux sont régulièrement recueillis et que l'établissement suit également des indicateurs locaux spécifiques aux activités (exemple: analyse du partogramme en maternité ou analyse des chutes dans les services), il est constaté que des revues régulières sont réalisées à l'échelle de l'établissement, mais qu'il n'y a pas d'analyse partagée avec les équipes de plusieurs services et de suivi des résultats par celles-ci de soins, malgré la forte implication du service qualité et l'affichage des indicateurs dans les services. Conscient du risque lié à ce manque de suivi partagé, l'établissement a prévu un plan d'actions à déployer dès les prochains mois. De même il analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables liés aux soins avec pour les E.I.G. des analyses approfondies, mais les EIG ne sont pas toujours déclarés sur le portail de signalement. L'établissement améliore l'organisation en aval des urgences pour permettre la fluidité des parcours des patients. L'accréditation des médecins est promue dans l'établissement.

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	240000448	CENTRE HOSPITALIER JEAN LECLAIRE	Le pouget CS 80201 24200 Sarlat-La-Caneda FRANCE
Établissement principal	240000687	CENTRE HOSPITALIER JEAN LECLAIRE	Le pouget CS 80201 24200 Sarlat La Caneda FRANCE
Établissement géographique	240008557	SERVICE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE SARLAT	LE POUGET CS 80201 24200 Sarlat-La-Caneda 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	Oui
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)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
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)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Oui
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Oui
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	Oui
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	Oui
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	2,241
Nombre de passages aux urgences générales	15,096
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	73
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	15
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	3
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	5
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	244
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	15
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	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	39

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	39
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	10
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	10
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	1
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	6,832
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	6,832
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	1
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	4
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	30

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Engagement patient		
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Soins critiques Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Psychiatrie et santé mentale Urgences Hospitalisation complète	
7	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
8	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences générales adultes

9	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risque
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Traitement des endoscopes
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Urgences Médecine Pas de situation particulière	
17	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap	

18			Patient en situation de précarité Maladie chronique SAMU-SMUR Soins de longue durée Urgences Médecine Hospitalisation complète	
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
21	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
23	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie en salle de naissance
24	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences générales pédiatriques
25	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire (Bloc général hors salle de naissance)
27	Audit système	Dynamique d'amélioration		

28	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
29	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
30	Audit système	Maîtrise des risques		
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
32	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
33	Parcours traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient atteint d'un cancer Patient âgé Médecine Programmé	
34	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 SAMU-SMUR Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Hospitalisation complète	
35	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
36	Parcours traceur		Tout l'établissement Maternité Urgences Adulte	

			Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
37	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
38	Audit système	Leadership		
39	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
42	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
43	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

44	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de longue durée Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
46	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
47	Audit système	Coordination territoriale		
48	Audit système	QVT & Travail en équipe		
49	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intersites
50	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
51	Audit système	Représentants des usagers		
	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire	

52			Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
53	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport assis/couché

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

