



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

## MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

### RAPPORT DE CERTIFICATION

## CENTRE HOSPITALIER DE CREST

Quartier mazorel

Bp 510

26400 CREST



Validé par la HAS en Février 2024

---

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 – Février 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	23
Annexe 3. Programme de visite	27

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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 CREST	
Adresse	Quartier mazorel Bp 510 26400 CREST FRANCE
Département / Région	Drôme / Auvergne-Rhône-Alpes
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	260000054	CENTRE HOSPITALIER DE CREST	Quartier mazorel Bp 510 26400 CREST FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

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

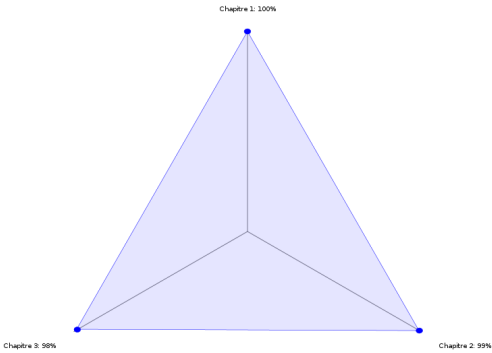


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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
Tout l'établissement
Urgences

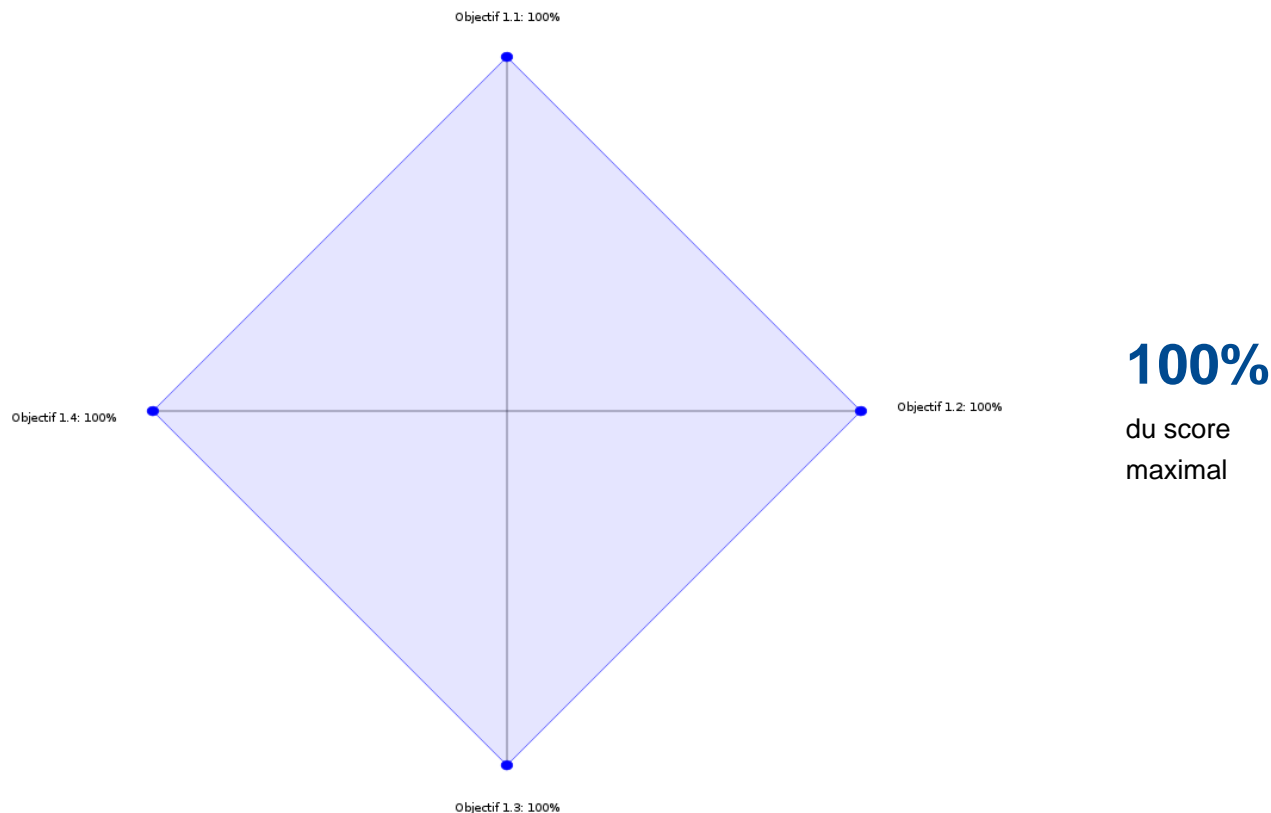
Au regard du profil de l'établissement, [118](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



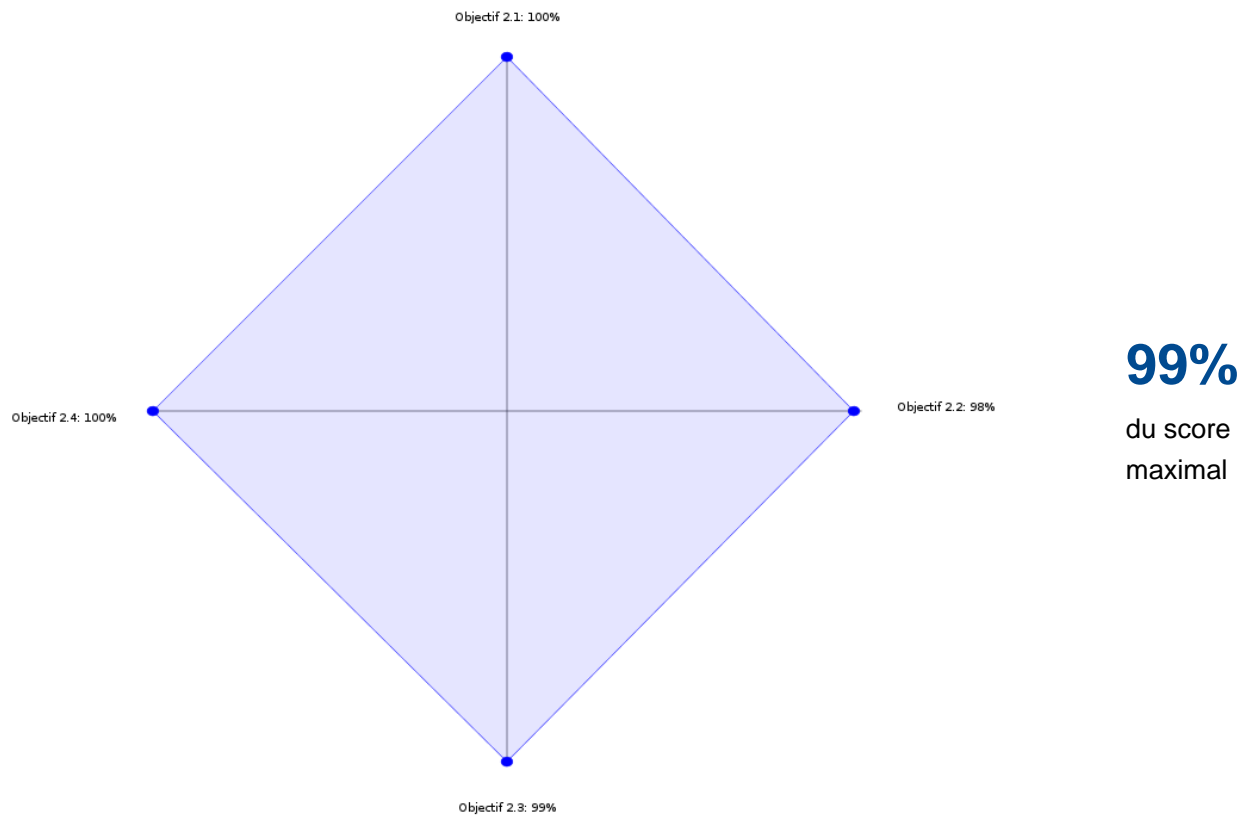
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Les patients pris en charge au centre hospitalier (CH) de Crest et dans la structure d'hospitalisation à domicile (HAD) qui en dépend sont informés tout au long de leur parcours de soins. La qualité de l'information délivrée dans les différents secteurs d'hospitalisation (médecine, soins palliatifs, unité de chirurgie ambulatoire (UCA), hôpital de jour (HDJ) et HAD) permet l'implication du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (avant l'hospitalisation, pendant, et en préparation de la sortie), et son consentement libre et éclairé, notamment aux différentes modalités d'hospitalisation proposées. Ainsi, un passeport ambulatoire est remis au patient lors de la consultation anesthésique préopératoire ; et les particularités d'une hospitalisation en HAD sont expliquées aux patients et à leur entourage lors d'une visite de préadmission, puis à l'admission, et consignées par écrit dans un classeur spécifique. Les informations nécessaires pour contacter une astreinte infirmière de l'HAD 24h/24, 7j/7, sont en première page de ce classeur et mobilisés par les patients si besoin. La qualité de l'information délivrée

au patient est identique en cas de transfusion de produits sanguins labiles (en hospitalisation complète, en HDJ ou en HAD), de pose de dispositif médical implantable (UCA) ou de précautions complémentaires d'hygiène. Les patients mineurs, accueillis aux urgences, à l'UCA et en HAD, bénéficient d'une information adaptée à leur âge ; des supports écrits spécifiques existent et sont mobilisés. Si l'établissement ne dispose pas d'une maternité, il participe tout de même au suivi de grossesse et à la prise en charge post-partum par son Centre de Péri-Parentalité, au sein duquel les futurs parents sont invités à réaliser un projet de naissance personnalisé dès le début de grossesse. Les modalités de recueil des informations concernant la personne de confiance par l'équipe soignante permettent de bien différencier son rôle de celui de la personne à prévenir (information recueillie lors de l'accueil administratif), voire de celui de la personne accompagnante pour la sortie de l'UCA. Un travail spécifique a été réalisé concernant le recueil des directives anticipées, avec un affichage propre à l'établissement, une information dans le livret d'accueil, et si besoin la mobilisation de cartes « Jalmav » pour faciliter le recueil de ces directives auprès du patient. Les patients en situation palliative peuvent bénéficier d'une prise en charge dans l'établissement comme à domicile par le biais de l'équipe mobile de soins palliatifs qui intervient sur une large zone géographique. Cette équipe mobile, ou celle d'autres établissements du territoire couvert par l'HAD, peuvent être mobilisées si besoin par l'HAD. Les informations concernant les représentants des usagers sont facilement lisibles sur les affichages (la politique d'affichage a fait l'objet d'un groupe de travail mobilisant l'expérience patient) et dans le livret d'accueil. Ils sont présents dans les services de façon mensuelle. Le respect de l'intimité et de la dignité des patient, et du secret professionnel, est effectif dans les pratiques, sur tous les secteurs. La majeure partie des locaux le permet : nombreuses chambres seules, chambres doubles spacieuses avec paravents. Au bloc, malgré l'exiguïté des locaux, des aménagements ont été réalisés récemment pour permettre le respect de l'intimité, et la programmation du bloc prend en compte cet aspect, notamment lors des journées au cours desquelles des patients mineurs sont accueillis. Aux urgences, les locaux ne garantissent pas toujours la dignité des patients (exiguïté) : des projets de réhabilitation sont en cours ; dans l'attente, les professionnels ont mis en place des protocoles qui permettent de limiter les situations de promiscuité. Aucun patient rencontré lors de la visite n'avait été contentonné au cours de sa prise en charge ; lorsque la situation médicale le nécessite, la mesure de contention est prescrite de manière détaillée, associée aux mesures de surveillance nécessaires, et réévaluée régulièrement. Dans les secteurs accueillant des mineurs, l'environnement et la prise en charge sont adaptés : à l'UCA, les programmes ont été réfléchis pour garantir une présence médicale anesthésique renforcée les jours où des mineurs sont accueillis ; un parent peut accompagner le patient au bloc, et peut même, si besoin, être présent en salle de réveil ; différents aménagements sont mis en place pour limiter l'appréhension liée à l'intervention et à l'environnement. Une attention particulière est portée au maintien de l'autonomie des personnes âgées ou porteuse de handicap, et plus généralement de tous les patients : recueil de données rempli à l'entrée et consultable par les différents professionnels, diagramme de soins permettant l'évolutivité de l'aide apportée pour les besoins élémentaires. En consultations externes, une salle est aménagée pour l'accueil des patients en situation de handicap, et une prise en charge personnalisée leur est proposée. Dans le secteur de soins palliatifs, l'adaptabilité des prises en charge soignantes permettent un maintien de l'autonomie du patient, selon ses capacités et ses volontés. La prise en charge de la douleur est effective sur les différents secteurs. Dans le service de soins palliatif, elle s'appuie sur des méthodes médicamenteuses dont certaines spécifiques et sur des méthodes non médicamenteuses. En HAD, la réévaluation de la douleur se base sur les échanges avec les soignants libéraux intervenant au domicile et sur la traçabilité des administrations de traitement ; elle permet une adaptation rapide des traitements antalgiques. Les proches et aidants peuvent s'impliquer dans la prise en charge dans les différents secteurs. Dans l'unité de soins palliatifs, une pièce est aménagée pour permettre aux patients et à leurs proches de manger ensemble, ou y effectuer des activités de loisirs. L'accès à des extérieurs aménagés est également possible. Les horaires de visite sont adaptés selon les besoins dans les différents secteurs d'hospitalisation. En HAD, les proches sont informés des modalités spécifiques de prise en charge en amont de l'admission ; les prises en charge prennent en compte leurs contraintes dans la mesure du possible, avec notamment une attention particulière au maintien de l'activité professionnelle et sociale des aidants. Le choix des modalités de prise en charge (ambulatoire avec les consultations et l'équipe mobile de soins palliatifs, HAD, HDJ, UCA, hospitalisation conventionnelle) prend en compte les indications médicales mais également les éléments

sociaux et les conditions de vie des patients, notamment pour les patients porteurs de handicap. Les différents secteurs bénéficient de la présence d'assistants sociaux qui participent aux réunions régulières et peuvent être sollicités au fil de l'eau. La prise en charge de patients mineurs en HAD permet ainsi, lorsque c'est possible, une reprise plus précoce de la scolarité du patient et de l'activité professionnelle pour les parents. Toujours en HAD, la prise en charge en périnatalité s'attache à préserver les liens avec les acteurs soignants et sociaux de proximité, dont la PMI (protection maternelle infantile). Les conditions de vie sont prises en compte dans la préparation de la sortie en service de médecine, dès l'entrée du patient puis tout au long de la prise en charge, avec des assistantes sociales associées précocement et puis autant que besoin.

# 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%

Les décisions de prise en charge et leur pertinence sont discutées en équipe pluri-professionnelle tant en hospitalisation conventionnelle qu'en HAD. Pour les prises en charge standard, les protocoles sont travaillés avec les autres établissements du GHT. Pour les prises en charge plus complexes, les équipes du CH de Crest participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires déployées sur le GHT. Cette organisation dans le GHT conduit à une harmonisation des pratiques et un recours facilité au recours si besoin, et inversement à un rapprochement du lieu de vie lorsque la prise en charge le permet. Ainsi, des chimiothérapies sont réalisées en HDJ ou en HAD, en partenariat avec le CH de Valence mais également avec des centres de référence plus éloignés. La pertinence de la modalité de prise en charge est également régulièrement discutée en équipe pluri-professionnelle, notamment en HAD (réunions hebdomadaires passant en revue l'ensemble des prises en charge en cours, en moyenne 150 concomitantes). L'évaluation de la pertinence de l'antibiothérapie est effective, tout

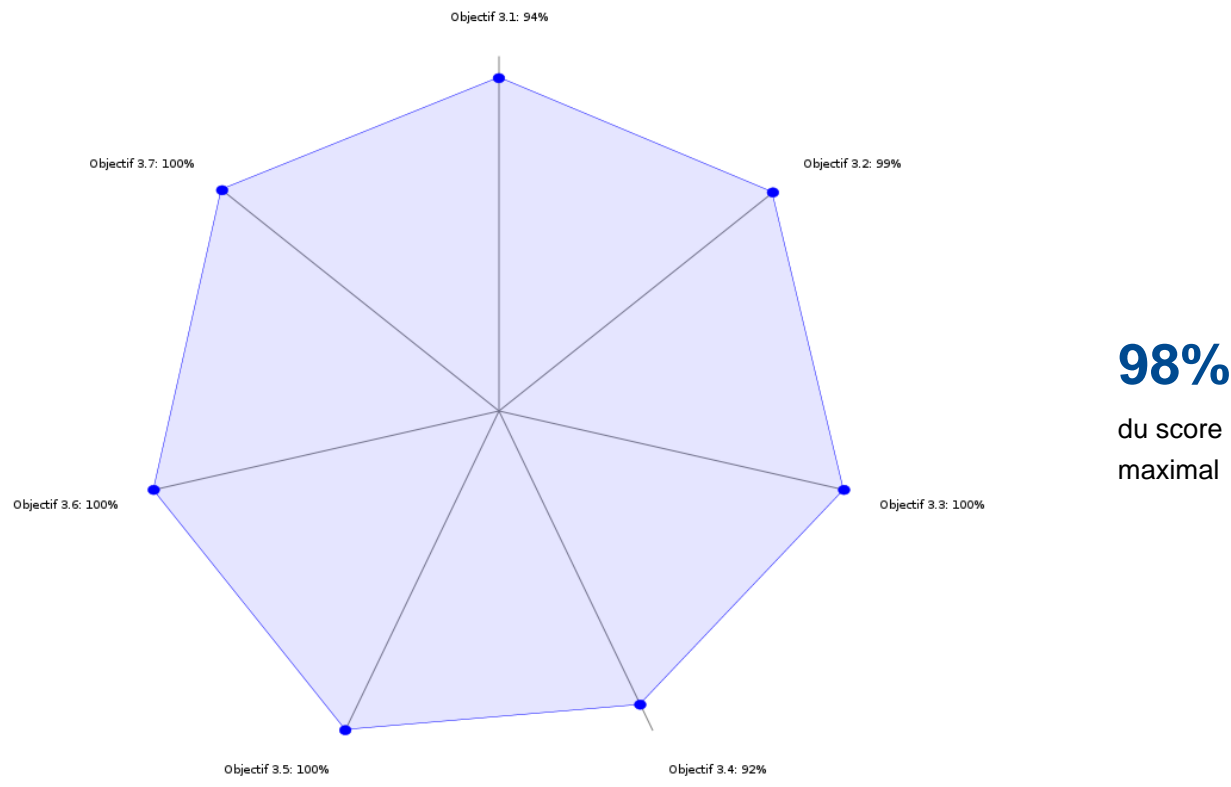
comme celle de la transfusion de produits sanguins labiles dans les différents secteurs. Les équipes se coordonnent de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de la prise en charge des patients, et pour la mise en œuvre du projet de soins. Dans tous les secteurs, le dossier patient informatisé (DPI), commun à l'ensemble des établissements du GHT, permet de partager les informations utiles entre les professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux concernés. Pour les dernières activités qui ne sont pas encore incluses dans ce dossier (prescriptions de chimiothérapie, fiches anesthésiques et prescriptions à l'UCA, dossier des urgences, transfusion), le dossier est accessible en lecture pour tous les professionnels, et les documents sont scannés au fur et à mesure des prises en charge ; les déploiements d'outils informatisés et leur intégration dans le DPI sont prévus prochainement. En UCA, la transmission d'informations entre le bloc, la salle de réveil et le secteur d'hospitalisation, se fait par une fiche papier ; l'inclusion de ces éléments dans le DPI est prévue avant fin 2023. Ce DPI est accessible aux professionnels de l'HAD, qui utilisent un dossier informatisé spécifique et adapté à l'activité. Un travail est en cours pour rendre accessible ce dossier aux soignants intervenant au domicile (phase d'expérimentation en cours avec quelques soignants libéraux). Un classeur présent chez le patient contient toutes les informations utiles à la prise en charge pour les différents professionnels se succédant, pour le patient et pour ses proches. Il contient notamment les coordonnées des intervenant, et les coordonnées d'une astreinte infirmière effective qui peut être contactée et se déplace au domicile si besoin 24h/24 7j/7. Une astreinte médicale téléphonique est effective également. Aux urgences, les prises en charge sont priorisées et différenciées dès l'accueil par un infirmier d'accueil et d'orientation ; l'accès aux données concernant les prises en charge antérieures dans les établissements du GHT est effectif dans le DPI commun. Des plages spécifiques d'échographie et de consultations spécialisées sont réservées pour les patients des urgences et les patients hospitalisés en secteur conventionnel. Le recours à la télésanté pour une expertise de cardiologie est possible si besoin. Pour tous les secteurs, le recours à l'expertise est organisé avec l'établissement de référence du GHT si l'expertise n'existe pas dans l'établissement. La programmation du bloc opératoire est organisée, tenant compte des différentes disciplines se succédant (de nombreux praticiens ayant des postes partagés avec d'autres établissements sur le GHT) mais également de la typologie des patients accueillis (notamment mineurs). Le conseil de bloc se réunit régulièrement. Les secteurs interventionnels utilisent des check-list adaptées, des audits sont réalisés. Les prises en charge palliatives s'appuient sur la démarche pluri-professionnelle de l'équipe spécialisée, en hospitalisation complète comme à domicile (équipe mobile). Une lettre de liaison contenant les informations utiles à la continuité de la prise en charge, et notamment un bilan thérapeutique pour les traitements médicamenteux, est systématiquement réalisée. Suite à une évaluation des pratiques professionnelles, les organisations ont été revues pour permettre une remise en mains propres au patient à sa sortie, et un envoi au médecin traitant en même temps, dans tous les secteurs du centre hospitalier (UCA, hospitalisation conventionnelle). Cet envoi au médecin traitant dès la fin de la prise en charge est effectif également en HAD, sauf pour les prises en charge concernant la péri-parentalité. Les professionnels préviennent ce risque en appelant systématiquement les acteurs qui vont assurer le suivi à domicile (sage-femme et médecin traitant), et un travail est en cours pour un envoi à J0. Le dossier médical partagé est systématiquement et automatiquement alimenté lors de l'envoi de cette lettre de liaison au médecin traitant. En UCA, une organisation est en place pour compléter les carnets de santé des patients mineurs, mais elle n'est pas effective pour l'ensemble des prises en charge. Sur le centre hospitalier comme sur l'HAD, la démarche de conciliation médicamenteuse est bien avancée : les situations pour lesquelles elle est pertinente sont identifiées, et les patients concernés (patients âgés à risque iatrogène en hospitalisation conventionnelle, chimiothérapies au domicile en HAD) bénéficient d'une conciliation médicamenteuse effective à hauteur de ce que permettent les ressources humaines. Au centre hospitalier comme en HAD, les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont connues des professionnels et appliquées. Les correspondants des différentes vigilances sanitaires sont désignés et connus, les professionnels savent comment les contacter. L'établissement a la particularité d'avoir 2 pharmacies à usage interne : une au centre hospitalier, et une pour l'HAD. Sur les 2 sites, les risques liés à la prise en charge médicamenteuse sont maîtrisés. L'ensemble des prescriptions, au centre hospitalier comme en HAD, est informatisé ; la traçabilité des administrations en HAD reste sur un support papier mais suit le plan de soins imprimé suite aux prescriptions informatisées ; un travail a été réalisé en prenant en compte l'expérience patient

pour améliorer cette traçabilité, et le projet est à terme d'avoir une traçabilité au travers d'une validation informatique des administrations dans le DPI (application mobile) : une première expérimentation est en cours avec plusieurs intervenants libéraux. En UCA, la prise ou non des traitements habituels est définie lors de la consultation anesthésique, et tracée sur la fiche papier. Cependant, pour les 2 patients rencontrés, la consigne n'était pas appliquée et l'équipe soignante non informée. Suite à ces observations en visite, une fiche « évènement indésirable » a été réalisée, conduisant à une analyse par la pharmacie et l'équipe de l'UCA, et à la mise en place d'actions correctives organisationnelles et sur les documents de traçabilité au cours de la visite. L'analyse pharmaceutique concerne tous les patients, les prescripteurs en tiennent compte. L'accès au dossier pharmaceutique (DP) n'est pas effectif sur l'établissement, mais les pharmaciens peuvent accéder aux données du DPI commun au GHT pour réaliser leur analyse. Le circuit des médicaments à risque est bien identifié : les listes sont spécifiques à chaque secteur, les risques connus des soignants ; des fiches réflexes par médicament sont disponibles dans les unités de soins. Le stockage de ces médicaments est sécurisé dans les différents secteurs visités et notamment en HAD. Néanmoins, lors du 1er jour de la visite, les modalités de stockage aux urgences ne permettaient pas une sécurisation effective. Cette organisation avait été décidée pour permettre l'accessibilité des traitements en urgence, suite à une situation de clé cassée dans une serrure. Suite à l'observation en visite, la situation a été analysée et une nouvelle organisation du stockage a été mise en place. Lors des observations suivantes, la sécurisation du stockage était effective. Les chimiothérapies, réalisées en HAD ou en HDJ, sont reconstituées dans l'établissement support du GHT ; le circuit de prescription, dispensation, distribution et d'élimination des déchets est maîtrisé. La maîtrise des risques liés aux transfusions de produits sanguins labiles est également effective, au centre hospitalier comme en HAD, qui réalise régulièrement des transfusions programmées au domicile. Tous les infirmiers qui réalisent les actes transfusionnels ont été formés spécifiquement en interne. Le risque infectieux est maîtrisé dans les différents secteurs : l'environnement est propre au centre hospitalier, et une attention particulière est portée en HAD quant aux conditions d'hygiène au domicile, et au circuit d'évacuation des déchets de soins ; l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière est bien identifiée, et réalise des formations et audits réguliers auprès des différentes équipes. L'accès à la vaccination pour les professionnels est organisé, les taux de vaccination sont connus des équipes. Pour le secteur interventionnel, les protocoles d'antibioprophylaxie sont adaptés à l'activité, connus des professionnels, et régulièrement évalués ; la désinfection des endoscopes est réalisée par des professionnels formés, dans un circuit organisé et évalué. En chirurgie ambulatoire, la validation de la sortie s'appuie sur un score spécifique et l'accord du praticien. Des solutions de repli en cas de nécessité de conversion en hospitalisation complète font l'objet de protocoles, et sont effectives, tant sur le centre hospitalier de Crest que sur l'établissement support du GHT si la prise en charge le nécessite (patient mineur, complication chirurgicale notamment). Les transports internes à l'établissement sont effectués par les aides-soignants, qui sont formés aux risques inhérents à cette activité, dans le cadre d'une organisation anticipée. Des évaluations régulières des pratiques sont organisées, permettant une dynamique d'amélioration continue. Les équipes participent régulièrement à des EPP (évaluation des pratiques professionnelles) au sein de l'établissement, mais également au sein du GHT, comme pour la prise en charge de la péri-parentalité ou des patients ayant une chimiothérapie. Des groupes de travail mobilisant l'expérience patient sont effectifs tant sur le centre hospitalier (sur l'affichage) que sur l'HAD (sur la sécurisation du circuit du médicament notamment), et les actions préconisées ont été mises en place. L'analyse des IQSS (indicateurs qualité sécurité des soins) a notamment permis un travail spécifique sur les délais de remise de la lettre de liaison à la sortie, avec, là encore, des modifications organisationnelles effectives. Des audits de réalisation de la check list opératoire sont réalisés. Un travail spécifique et régulier est mise en œuvre avec le laboratoire privé qui réalise les bilans biologiques, y compris en urgence 24h/24 et 7j/7 pour le centre hospitalier ; en HAD, la mise en place du Bioserveur dans les différents laboratoires du territoire couvert a permis de faciliter l'accès aux résultats. En radiologie, les actions d'amélioration se sont concentrées sur le planning des différents radiologues qui sont amenés à intervenir, aboutissant à une stabilisation de l'organisation malgré la multiplicité des acteurs. L'accès sécurisé au plateau technique d'imagerie sur l'établissement de référence du GHT est organisé pour les soins programmés comme pour les urgences. Les modalités de déclaration des évènements indésirables sont bien connues des professionnels. L'analyse des situations priorisées en fonction de leur criticité



ou de leur récurrence se fait selon la méthodologie ALARM ; les actions correctives qui en découlent alimentent le plan d'action qualité sécurité des soins, et leur mise en œuvre est suivie.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	94%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	92%
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	100%

Le CH de CREST fait partie du GHT Drôme Ardèche, qui est issu de la fusion de 2 GHT en janvier 2023, et dont l'établissement support est le centre hospitalier de Valence. Les organisations communes et partagées au sein du GHT sont effectives dans de nombreux domaines : parcours de soins coordonnés, par exemple en oncologie ou en péri-parentalité ; postes médicaux partagés pour tous les praticiens des urgences, et pour la majorité des intervenants dans les secteurs interventionnels ; DPI commun notamment. Le territoire couvert par l'HAD est très

vaste, couvrant une grande partie de la Drôme, l'Ardèche et une partie de l'Isère. Au sein de ce territoire, des liens privilégiés sont effectifs avec les professionnels libéraux et avec les CPTS constituées. A Crest, le centre hospitalier participe à la dynamique actuelle de constitution de la CPTS. Une attention spécifique est portée afin de fluidifier les soins non programmés, que ce soit pour limiter les passages évitables aux urgences pour les patients âgés, ou suivis en HAD ou par l'équipe mobile de soins palliatifs, ou pour faciliter les hospitalisations post-urgences directement dans l'unité de médecine depuis le CH de Valence. Les modalités de contact des différents secteurs sont connues des professionnels et patients. Les professionnels de l'établissement disposent d'une messagerie sécurisée de santé, mais son utilisation n'est pas effective dans tous les secteurs, notamment en radiologie ou en HAD pour les demandes de prise en charge provenant des professionnels libéraux. Des projets de recherche clinique sont réalisés, dont certains dans le cadre du GHT ; cependant, le temps nécessaire à cette activité n'est pas identifié ni organisé. L'établissement apporte néanmoins une aide méthodologique aux équipes qui s'y engagent. L'établissement favorise l'engagement des patients. L'expression des patients est recueillie à travers le questionnaire de satisfaction, dont les résultats, présentés aux instances, sont connus des équipes de soins. Les plaintes et réclamations sont présentées aux différentes instances, auxquelles les représentants des usagers sont associés. Ces derniers assurent une présence mensuelle dans les services de soins, et sont présents sur le marché de la commune afin de sensibiliser les citoyens à leurs rôles et missions. Ils ont été associés à la démarche de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, qui se traduit par la mise en place effective de groupes de travail, de formations et d'une affiche spécifique. Les bonnes pratiques de repérage et de signalement de la maltraitance sont connues des équipes de soins, et les situations signalées sont prises en compte. La présence et l'implication des associations de patients sont favorisées, notamment en soins palliatifs ou pour la prise en charge des patients mineurs en UCA. L'établissement a mis en place une promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients, notamment pour les nouveaux arrivants : livret d'accueil, journée d'intégration avec formations, ateliers, vidéo. L'identification des différentes catégories de professionnels repose sur des couleurs distinctes de lanières porte-carte professionnelle : cette modalité est expliquée sur des affichages dans les unités et dans les chambres des patients, et permet une distinction facile d'après les patients rencontrés. L'établissement est accessible aux personnes atteintes de handicap, et propose un accueil personnalisé si besoin. Cependant, même s'il est conforme aux normes architecturales, l'accès aux urgences la nuit nécessite d'appuyer sur une sonnette dont l'accessibilité peut être difficile en cas de handicap visuel ou moteur. Une caméra permet aux professionnels du service de voir les patients présents devant la porte, et une signalisation plus visible pour signaler la sonnette a été mise en place en cours de visite suite à l'observation. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables : une Permanence d'Accès aux Soins de Santé existe ; une convention avec un pédodontiste libéral organise des soins dentaires sous anesthésie générale permettent la prise en charge de patients mineurs porteurs de handicap mental. La gouvernance a mis en place une politique qualité en lien avec le terrain et s'implique directement dans la mise en œuvre du programme qualité et sécurité des soins (PAQSS). Le PAQSS découle d'une démarche continue d'analyse et de priorisation, et est décliné par secteur d'activité, connu des professionnels. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre et suivies, l'évaluation de leurs effets n'est pas encore effectuée. Des « quart d'heures » qualité mensuels sont organisés auprès des équipes de soins, y compris des équipes de nuit. La culture qualité de l'établissement a été évaluée. L'encadrement bénéficie de soutien s'il en fait la demande ; des formations spécifiques au management sont en cours, effectives pour les cadres des secteurs médico-sociaux et programmées pour les cadres des secteurs sanitaires. Le travail en équipe est promu par la gouvernance, notamment au travers du travail pluri-professionnel sur les différents plannings afin de synchroniser les temps médicaux, comprenant différents intervenants dont certains sont en temps partagé avec d'autres établissements, et paramédicaux. Néanmoins, l'ensemble des professionnels rencontrés ne sont pas sensibilisés au travail en équipe au travers d'actions spécifiques ou de maintien des compétences. A contrario, des démarches spécifiques de promotion du travail en équipe sont débutées en HAD (engagement dans PACTE). La qualification et les compétences des professionnels sont suivies. Il existe un plan de formation dont les besoins sont identifiés. La démarche éthique repose notamment sur un comité d'éthique mis en place au sein du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), connu des professionnels et des RU. La politique

« Qualité de Vie au Travail » est définie sur les différents secteurs. Elle a notamment permis la mise en place de solutions architecturales ou organisationnelles permettant d'améliorer les conditions de travail. Une attention spécifique est portée sur les horaires et planning, en HAD (prise en compte de la pénibilité liée aux astreintes) ou en radiologie notamment. Les professionnels des différents secteurs ont accès à une prise en charge psychologique en cas de difficultés ou de besoin exprimé. Les modalités de recours en cas de difficultés interpersonnelles ou de conflit sont connues. L'établissement dispose d'un plan blanc et des plans de gestion des différents risques auxquels il est exposé. Les risques numériques sont notamment pris en compte, connus par les différents professionnels, et un exercice simulant une cyber-attaque a récemment été réalisé. La réactivité des équipes et de l'encadrement en cas de panne informatique a pu être constatée en visite. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée : formation des agents, numéro d'appel unique, harmonisation des chariots d'urgence. Des exercices de mise en œuvre ont récemment été réalisés avec les équipes médico-soignantes. La démarche environnementale est bien ancrée, sur le centre hospitalier comme à l'HAD : référents identifiés, garage à vélos, produits biologiques et/ou locaux pour la réalisation des repas, tri sélectif par exemple. La dynamique d'amélioration continue des pratiques est effective sur l'ensemble des secteurs de l'établissement. Elle s'appuie sur les recommandations de bonne pratiques, sur le recueil de l'expérience et de la satisfaction des usagers, sur les éventuelles plaintes et réclamations, sur l'analyse des événements indésirables, et sur les IQSS avec des audits internes intermédiaires aux campagnes nationales. Des groupes de travail, dont certains incluent les représentants des usagers ou des patients, sont mis en place pour proposer des actions d'amélioration. Sur certaines thématiques, dont le déploiement du DPI, ces groupes de travail sont organisés à l'échelle du GHT, et les professionnels du CH de Crest y participent activement. La mise en œuvre des actions d'amélioration est effective. Les filières de soins non programmés et des urgences font l'objet d'une attention particulière, avec une organisation réfléchie au sein du GHT.

# Table des Annexes

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

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	260000054	CENTRE HOSPITALIER DE CREST	Quartier mazorel Bp 510 26400 CREST FRANCE
Établissement principal	260000146	CENTRE HOSPITALIER DE CREST	Quartier mazorel Bp 510 26400 CREST FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	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	Oui
Autorisation de SMR en HAD	Non
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	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	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	945
Nombre de passages aux urgences générales	11,905
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	38
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	1
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	4
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	230
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	5
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	1
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	2
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
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	1
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	130

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur			
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Parcours traceur		Maternité Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
7	Traceur ciblé			Antibiotique injectable ou PO
8	Traceur ciblé			Chimiothérapie
9	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif

10	Traceur ciblé			Non applicable
11	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable ou PO
12	Audit système			
13	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
14	Audit système			
15	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
16	Audit système			
17	Patient traceur		Maternité Hospitalisation à domicile Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Traceur ciblé			Urgences générales
	Patient		Médecine	

20	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Traceur ciblé			Antibiotique injectable ou PO
29	Traceur ciblé			Gestion des PSL
30	Traceur ciblé			Per opératoire et antibioprophylaxie
31	Audit système			
32	Traceur ciblé			Chimiothérapie
33	Traceur ciblé			Endoscopie

34	Traceur ciblé			PECM en HAD
35	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
36	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
37	Audit système			
38	Audit système			
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Traceur ciblé			Transport intra-hospitalier des patients
46	Audit système			
47	Audit système			
48	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable ou PO

50	Traceur ciblé			Chimiothérapie en HAD
51	Audit système			
52	Traceur ciblé			EI
53	Parcours traceur		Maternité Ambulatoire Hospitalisation à domicile Adulte Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Traceur ciblé			transfusion en HAD
55	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif



---

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

---

