



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER  
PIERRE DEZARNAULDS**

2 avenue jean villejean

BP 89

45500 Gien



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
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	28

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS	
Adresse	2 avenue jean villejean BP 89 45500 Gien 45503 FRANCE
Département / Région	Loiret / Centre-Val-de-Loire
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	450000096	CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS	2 avenue jean villejean BP 89 45500 Gien 45503 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 complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **117** critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Les professionnels médicaux et soignants des différentes unités du CH de Gien veillent à ce que le patient bénéficie des informations nécessaires sur les conditions de son séjour, son problème de santé, les examens paracliniques et les soins proposés. Cette information est adaptée à ses capacités cognitives et psychologiques, notamment en cas d'annonce difficile. Le patient peut également être associé à la réflexion bénéfice / risque et prendre les décisions relatives aux modalités de sa prise en charge. Sa participation et son consentement sont recherchés pour son projet de soins et son orientation secondaire. Ses préférences sont prises en compte. La personne de confiance désignée, ou les proches, peuvent y être associés, avec l'accord du patient. Pour ce qui est des mineurs admis aux urgences, urgences pédiatriques ou pédiatrie, l'information adaptée leur est donnée en fonction de leur âge et de leur compréhension. Elle est réalisée en complément de celle apportée aux parents, qui, par ailleurs, consentent aux soins de leur enfant (autorisation de soins signée). De même, l'avis des jeunes patients est sollicité sur leur projet de soins. La scolarisation par des professionnels de l'éducation nationale n'a pu être poursuivie dans le service de pédiatrie. Toutefois, selon l'âge de l'enfant, la durée de séjour envisagée ou une problématique particulière, la coordination est faite avec l'établissement d'enseignement du jeune patient pour limiter les temps de rupture de scolarité. Les chartes et informations spécifiques à l'activité des services sont affichées. Par ailleurs, des supports d'information en santé publique, adaptés, sont à disposition des patients. Certains de ces supports peuvent également être utilisés par les professionnels lors d'actions d'éducation pour la santé envers les patients, selon leurs besoins. L'information sur la possibilité de rédiger des directives anticipées est présente dans le livret d'accueil. La majorité des patients rencontrés disent ne pas en avoir été informés par les professionnels. L'information donnée aux patients n'est pas systématiquement tracée dans le dossier patient informatisé (DPI). Le patient dont l'état de santé le nécessite peut-être admis en soins palliatifs ; 6 lits identifiés de soins palliatifs sont répartis en Médecine et en service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). Sa volonté sur ce sujet est recherchée ; il peut être fait appel si besoin à la personne de confiance ou aux proches. En maternité, le projet de naissance est défini avec les parents qui le souhaitent dès le début de la grossesse. En tant que de besoin, le projet peut être travaillé en staff d'équipe et lors d'entretiens avec les futurs parents ; les situations de vulnérabilité, de fragilité sont prises en compte. Lors de la préparation de la sortie, le patient est informé de son traitement médicamenteux et des modifications éventuellement prescrites, afin de favoriser la compréhension de ce traitement, l'observance et la surveillance correspondante. L'information relative à l'administration de produits sanguins labiles est réalisée selon les modalités attendues. En hôpital de jour de médecine, la venue est coordonnée entre le médecin prescripteur, le cadre de santé et le patient. Le patient bénéficie ainsi des informations relatives à sa prise en charge (organisation, consignes, éléments à surveiller, coordonnées), en amont et en aval de sa venue. Les affichages destinés aux patients comportent les noms d'associations et les noms et coordonnées des représentants des usagers (RU). L'information est présente également dans le livret d'accueil. Malgré ce, plusieurs patients rencontrés ne connaissent pas l'existence des RU. La satisfaction du patient est évaluée par questionnaires papier et sur e-Satis ainsi que par l'écoute au quotidien des professionnels. Un patient rencontré ne savait pas comment faire part de sa satisfaction/son expérience et de son éventuel mécontentement. La moitié des patients rencontrés ne connaissait pas les modalités pour déclarer un évènement indésirable associé aux soins. Cette information est néanmoins présente dans le livret d'accueil et renforcée lors des actions annuelles de la semaine sécurité des patients ; il existe également un flyer d'information spécifique sur le sujet et le questionnaire de satisfaction permet de faire état d'un évènement indésirable. Les locaux et les matériels à disposition pour les chambres à 2 lits permettent le respect de l'intimité et de la dignité des patients. En tant que de besoin et notamment dans les situations difficiles, les

services de médecine et SMR permettent aux proches de rencontrer leur patient dans une pièce préservant leur intimité et la confidentialité des échanges. Les patients rencontrés font également état de pratiques professionnelles respectant la confidentialité. Les mineurs sont pris en charge dans un environnement adapté, qu'il s'agisse des urgences pédiatriques ou de l'unité de pédiatrie (chambres et mobiliers selon l'âge ; chambres mère-enfant ; salle de jeux) ou des urgences (salle d'attente dédiée ; jeux ; prise en charge et réorientation au plus court). Les professionnels de pédiatrie sont spécialisés (Puéricultrices DE ou Auxiliaires de Puériculture) ou bénéficient des formations nécessaires à la prise en charge des enfants et adolescents, de même que les infirmiers d'accueil et d'orientation (IOA) des urgences pédiatriques et des urgences générales. Les professionnels sont attentifs à évaluer les patients présentant une baisse d'autonomie (personne âgée et/ou handicapée) et à mettre en place les mesures d'aide et d'accompagnement adaptées, en pluriprofessionnalité, de manière que l'hospitalisation ne diminue pas le niveau d'autonomie de ces patients (mesures matérielles ou assistance d'un professionnel). Les procédures de prise en charge de la douleur (y compris par les infirmiers) et les outils d'auto et d'hétéro évaluation adaptés aux adultes et aux enfants sont à disposition des professionnels qui les utilisent. Le DPI a fait l'objet d'évolutions afin que la traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur soit facilitée et tracée à un endroit dédié. L'IQSS est suivi et communiqué aux équipes. L'audit mené en juin 2023 a montré une amélioration des résultats. Néanmoins, la réévaluation de la douleur de certains patients adultes n'a pas été réalisée et/ou tracée régulièrement dans le DPI. La prévention de la douleur liée aux soins fait l'objet d'une procédure spécifique chez l'adulte, notamment en cas de plaies. Chez l'enfant, les soins douloureux sont réalisés au regard de procédures adaptées à l'âge et à l'acte réalisé (Sucrose, Crème Lidocaine Prilocaine, Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote - MEOPA-, prescription médicale préalable d'antalgique). Dès le début du séjour l'évaluation des problématiques sociales et de précarité est assurée et permet la prise de contact avec les partenaires nécessaires, internes et externes. Une rencontre avec un psychologue peut être proposée en SMR. En maternité et en pédiatrie, le contexte médico-psycho-social et les conditions de vie sont pris en compte et les liens avec la protection maternelle et infantile (PMI), les services sociaux de secteur ou d'autres structures partenaires sont créés.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Das le cadre des parcours définis, les décisions de prise en charge sont argumentées au sein de l'équipe pluriprofessionnelle au quotidien et lors de staffs et prennent en compte les souhaits du patients et/ou de ses proches. La réflexion bénéfique/risque n'est toutefois pas toujours tracée dans le DPI. Le recueil de données à l'admission du patient permet une évaluation globale de sa situation médicale et psycho-sociale et des risques spécifiques qu'il présente (douleur, état nutritionnel, chute, état cognitif, risque d'escarre, risque suicidaire...). Les objectifs de soins sont ainsi définis. Les mineurs sont admis en service de pédiatrie. Depuis les urgences générales, ils sont orientés par les agents d'admission vers les urgences pédiatriques, qui fonctionnent en semaine de 9h30 à 17h. En dehors de ces heures, ils sont pris en charge aux urgences générales et orientés en pédiatrie lorsqu'une hospitalisation est décidée, réorientés par transfert (les transferts d'enfants sont assurés par le SMUR pédiatrique du CHUO) ou sortants. Une salle d'attente spécifique leur est dédiée aux urgences. Le recueil de données à l'entrée permet la définition des objectifs de soins, en lien avec les parents et le mineur, selon son âge. Il est fait appel en tant que de besoin aux ressources spécialisées ou complémentaires nécessaires. L'atteinte des objectifs de soins est évaluée au quotidien et lors des staffs d'équipe pluriprofessionnelle. En service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), l'admission est réalisée sur la base d'une demande dans le logiciel Trajectoire ou d'une demande de transfert du service de médecine. Cette demande est étudiée par le cadre de santé et avec le médecin en fonction de la situation. L'entrée est préparée afin d'anticiper les différents besoins du patient, en lien avec le patient et/ou son entourage mais aussi avec le service d'origine. Une entrée directe en SMR depuis les urgences est possible mais peu fréquente. Les entrées directes de patients en médecine sur demande d'un médecin de ville ou d'EHPAD sont en place également. L'équipe pluriprofessionnelle complète dès l'entrée le recueil de données notamment sur les facteurs de risques du patient : évaluation de la douleur avec échelles adaptées, risque d'escarres, bilan nutritionnel, bilan mémoire si besoin, risque de chute, évaluation de l'autonomie, bilan mobilité, grille AGGIR, évaluation cognitive, psychologique ou thymique, évaluation du risque suicidaire le cas échéant. Cela permet de mettre en œuvre les soins adaptés, qu'il s'agisse d'actes de rééducation ou de prise en charge en soins palliatifs dans les lits identifiés. Un staff pluridisciplinaire est programmé tous les 15 jours pour réaliser le bilan des dossiers des patients présents, les conclusions en sont tracées dans le DPI. La sortie est préparée en amont afin que la continuité des soins soit assurée (traitement médicamenteux, matériels nécessaires, documents de liaison et coordination avec les professionnels du territoire). Le patient en est informé et ses proches sont associés en tant que de besoin. Toutefois, il n'y a pas d'analyse de pertinence des séjours en SMR. Les patients peuvent être orientés en Hospitalisation à Domicile (HAD) à leur sortie. Le CH de Gien se coordonne durant le séjour avec 2 structures d'HAD dont l'un a une autorisation pour la transfusion. Il n'y a pas d'analyse des transferts en HAD entre le CH de Gien et ces structures. La prescription d'antibiotique est justifiée et la réévaluation est faite par le médecin qui dispose par ailleurs d'une alerte dans le logiciel de prescription. Le référent antibiotique est un médecin infectiologue du CHUO qui est facilement joignable. Il y a également la possibilité de solliciter un médecin infectiologue du CH de Gien. Les informations relatives aux bonnes pratiques d'antibiothérapie sont apportées lors des séances du COMEDIMS et par ses comptes-rendus. Les médecins disposent du Livret thérapeutique et d'Antibioclic. Il n'y a plus de formation spécifique sur les bonnes pratiques d'antibiothérapie pour les médecins et les médecins en formation. Toutefois, il y a des internes (1 par semestre) uniquement aux urgences où est à disposition un livret du médicament spécifique Urgences-SMUR qui comporte des fiches sur certains antibiotiques. Le comité des anti-infectieux, sous-commission du COMEDIMS, suit les consommations d'antibiotiques, les indicateurs du CAQES, les actions initiées. En accueil non programmé, la régulation est faite par le SAMU et l'orientation est définie selon les diverses filières existantes : réanimation, neurologie,

AVC, personnes âgées, orthopédie, cardiologie, chirurgie pédiatrique. Ces filières sont organisées avec le CHU d'Orléans et permettent une prise en charge spécifique sans perte de temps. En cas d'urgence vitale, il y a le départ réflexe d'une équipe SMUR déclenché par l'Assistant de Régulation Médicale et information du médecin régulateur. Les communications se font sur une ligne dédiée. Le dossier de régulation médicale comprend toutes les informations relatives au patient, il est clôturé au retour de l'équipe SMUR de Gien ou du CHUO. En SMUR, le patient est pris en charge par un effecteur médicalisé SMUR (équipage : 1 IDE formé à la conduite et 1 médecin) ; la continuité de la prise en charge est cordonnée avec le SAMU et le service des urgences. Le dossier de SMUR comprend tous les éléments administratifs, médicaux et thérapeutiques nécessaires à la continuité des soins aux urgences et aux contacts entre médecins ainsi que les noms et signatures du médecin et de l'équipe d'intervention. Aux urgences, le patient est accueilli et installé selon les nécessités de son état, son handicap, sa vulnérabilité et en veillant au respect de sa dignité et de son intimité (boxes individuels). Les personnes âgées sont installées directement dans un lit et le temps d'attente de prise en charge est limité. Les accompagnants sont pris en compte. Le tri des patients est assuré par les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IOA) formés, avec une échelle de tri. L'identité du patient est vérifiée et le dossier créé par le secrétariat ou l'IOA, le bracelet d'identification est posé. Le recueil de données est réalisé (antécédents, constantes, évaluation de la douleur...). L'évaluation médicale et paramédicale avec les observations médicales et l'évolution clinique du patient sont tracées dans le DPI. Le patient est informé des délais d'attente. Le point des lits disponibles est revu systématiquement en fin de matinée et en début d'après-midi mais revérifié systématiquement auprès des services d'aval lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. Les patients peuvent être admis en UHCD. Il existe un box spécifique pour les patients présentant des troubles psychiatriques. Un médecin rédige la conclusion de la prise en charge aux urgences et un compte-rendu. Les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient ont accès dans le DPI à toutes les informations nécessaires. Les documents papiers sont classés dans un support dédié, l'ensemble des pages est identifié avec les étiquettes du patient. Le projet de soins est élaboré en équipe, en lien avec le patient. Il est suivi dans l'atteinte des objectifs, au quotidien (transmissions écrites et orales) et en staffs réguliers. Il tient compte des apports des divers professionnels médico-soignants, de rééducation, psycho-sociaux. Les éléments d'évaluation et les évolutions du projet de soins sont tracés dans le DPI. Des compétences complémentaires spécifiques internes ou au niveau d'autres établissements sont sollicités en tant que de besoin. Le bloc opératoire installé sur le site Jeanne d'Arc appartient au CHU d'Orléans (CHUO) depuis 2022 et relié au CH de Gien par un tunnel spécifique. Le service de gynécologie-obstétrique du CH de Gien y dispose d'une salle spécifique pour les césariennes, disponible en permanence (Code Rouge). Pour les actes de chirurgie gynécologique, la programmation se fait avec le responsable du bloc du CHUO. La Charte de fonctionnement du bloc opératoire est en cours de réécriture. L'évaluation de la qualité des informations transmises n'est pas réalisée. En obstétrique, la check-list utilisée pour les césariennes n'est pas une check-list spécifique, adaptée. Cela ne permet pas de disposer de tous les éléments nécessaires et donc de l'évaluer dans sa réalisation et sa complétude. L'établissement a réajusté cela en cours de visite en mettant en place la check-list « césarienne », l'information de l'équipe et la programmation d'une évaluation à 3 mois. Les patients mineurs sont pris en charge en pédiatrie au CH de Gien jusqu'à 18 ans. En cas d'hospitalisation après l'âge de 18 ans au CH de Gien, le DPI est accessible aux médecins des services d'adultes. Sinon, à l'issue de la prise en charge en pédiatrie, il est remis aux parents un dossier complet permettant la continuité de la prise en charge en ville. Le carnet de santé est rempli lors de chaque consultation ou hospitalisation. Le CH de Gien dispose de 6 lits identifiés de soins palliatifs, en médecine et en SMR. La démarche palliative avec l'accompagnement des proches et des équipes est structurée. L'évaluation globale de la situation du patient est réalisée, y compris sociale. Les directives anticipées sont recherchées ou recueillies ainsi que la question de la limitation et de l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) ; cela est tracé dans les observations médicales du DPI. Les besoins du patient sont pris en compte et des interventions pluri professionnelles sont mises en œuvre pour lui permettre le meilleur confort possible (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, psychologue, CMP, équipe douleur, référent plaies et cicatrisation, représentant des cultes). Un proche peut être présent la nuit (1

lit couchette), les proches disposent d'un espace d'accueil. L'équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CHUO peut être sollicitée également. Une association intervient dans le service. Un staff hebdomadaire pluridisciplinaire permet de faire le bilan de tous les dossiers des patients, avec traçabilité des conclusions dans le DPI. Un staff permet de partager les situations d'accompagnement de fin de vie du patient, avec prise en compte de ses proches. La sortie est préparée en amont afin de définir les besoins du patient et son orientation (domicile, HAD, transfert). La lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant. Elle comprend tous les éléments relatifs au séjour hospitalier et à la continuité de la prise en charge. La remise au patient lors de sa sortie. Les ordonnances pour les traitements, les examens secondaires éventuels, les matériels nécessaires sont fournis. Le patient, notamment le patient vulnérable, bénéficie des informations permettant la connaissance, l'observance et la continuité de son traitement. La vérification de l'identité est faite au niveau des agents d'accueil pour les admissions en urgence ou au service des admissions. Les patients portent un bracelet d'identification qui permet la vérification de l'identité pour tout acte diagnostique ou thérapeutique. Cette information est précisée dans le livret d'accueil. La coordination des vigilances sanitaires est effective avec les structures régionales et nationales. Les vigilances sont suivies au sein du COVIRIS et font l'objet d'un bilan annuel présenté en CME : pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance, biovigilance, réactovigilance, infectiovigilance et dispositifs médicaux non stériles. Les professionnels disposent d'un livret de coordination des vigilances dans la base documentaire. Les correspondants et les conduites à tenir sont connus, en cas d'alertes descendantes (24h/24) ou de remontées d'événements. L'ensemble du circuit du médicament est sécurisé. La Pharmacie à Usage Hospitalier (PUI) est mutualisée avec le CHUO. Les organisations en place permettent de limiter les risques de rupture de stocks et de répondre aux besoins urgents de traitements (commande par voie informatique et récupération à la pharmacie par les infirmiers dans le bac dédié au service). Lorsque la pharmacie est fermée, le dépannage est possible entre unités, il y a également 2 lieux sécurisés de dotation pour besoins urgents permettant de récupérer des médicaments (1 au site Jeanne d'Arc). Il est possible aussi de se fournir au sein d'une officine de ville ou à la pharmacie du CHUO. L'astreinte pharmaceutique du CHUO peut intervenir également. Les armoires à pharmacie des unités comprennent les produits en dotation (revue annuellement a minima) et les commandes se font par voie électronique sur la base du système plein-vide, les codes-barres des produits manquants sont scannés. Les commandes sont livrées par professionnels formés dans des containers scellés. Les infirmiers attestent de la livraison. La chaîne du froid est respectée pour les transports comme pour le stockage (contrôle de la température des réfrigérateurs dédiés aux médicaments). Les prescriptions médicales sont réalisées informatiquement et l'ensemble du traitement fait l'objet d'une analyse pharmaceutique qui peut donner lieu à des messages des pharmaciens aux prescripteurs (appel téléphonique ou messagerie avec alerte sur le logiciel de prescription). Cette analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique du patient en raison d'un problème d'interface. L'établissement va changer de DPI dans le cadre de la fusion avec le CHU d'Orléans. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont respectées (salle de soins avec pharmacie : accès par badge ; sécurisation et hygiène des mobiliers de stockage ; vérification tracée des péremptions, vérification de la prescription : nom du patient, nom du produit, dose, voie d'administration, heure). Les modalités de préparation respectent les règles d'hygiène et le médicament est identifiable jusqu'à la prise. Les administrations sont tracées. Le médecin est informé des refus de traitement, tracés également. Une action de sensibilisation aux bonnes pratiques a été faite en ce qui concerne les solvants à utiliser pour les produits injectables et la durée de stabilité après reconstitution. Il y a un préparateur en pharmacie référent par pôle, facilitant les échanges d'information PUI/unités. Il existe une liste institutionnelle des médicaments à risques et cette liste est adaptée par pôle/unité et affichée. Les médicaments à risques sont indiqués dans les armoires avec un logo triangle. Des actions de sensibilisation sont menées auprès des professionnels. Par ailleurs, les précautions à prendre en termes de préparation, d'administration et de surveillance sont intégrées au logiciel et d'accès facile pour l'infirmier. La conciliation médicamenteuse se réengage après une période d'interruption. Une nouvelle grille de critères moins restrictive est en cours de finalisation. Les pharmaciens et des préparateurs en pharmacie ont été formés. Les supports nécessaires à la conciliation médicamenteuse

existent dans le DPI. La transfusion de produits sanguins labiles répond aux critères de pertinence et l'analyse bénéfice/risque est réalisée. L'information orale et écrite du patient est réalisée et son consentement est tracé sur un support dédié. Le CH de Gien dispose de 2 autorisations de dépôt de sang (dépôt urgences et dépôt relai). Le dépôt urgences, qui fait l'objet d'une convention de fonctionnement, est organisé selon des procédures permettant de garantir la sécurité des produits sanguins labiles, leur approvisionnement et leur traçabilité et d'assurer la continuité du service H24. Il est contrôlé annuellement par l'Etablissement Français du Sang -EFS-. Des réunions sont en place entre le Comité de Sécurité Transfusionnelle Hospitalier -CSTH-, l'EFS et l'ARS (3 réunions /an et 1 / GHT 45). Les professionnels ressources sont 1 Biologiste hémovigilant, Président du CSTH et 1 technicien du laboratoire référent du dépôt de sang. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée sur l'ensemble du processus : la prescription en lien avec l'EFS, les tests pré-transfusionnels, le transport sécurisé, la fiche de délivrance, le contrôle ultime au lit du patient, la surveillance clinique et de la survenue d'effets secondaires, les conduites à tenir. L'information orale et écrite du patient est réalisée et son consentement est tracé sur un support dédié. Le patient dispose des documents d'information et des ordonnances permettant son suivi post-transfusionnel. Toutes les étapes de l'acte transfusionnel sont tracées dans le dossier transfusionnel papier du patient, en lien avec le logiciel spécifique. Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques transfusionnelles, avec le CHU d'Orléans. Ils disposent des protocoles permettant de gérer un accident transfusionnel, des complications graves (OAP, TRALI et TACO). Le processus fait l'objet d'indicateurs de suivi, en lien avec l'EFS : les incidents transfusionnels receveurs, le taux de destruction, l'audit du dossier transfusionnel papier, l'audit de pertinence des actes transfusionnels, audit de conformité de la feuille de surveillance. En termes de risque infectieux associé aux soins, les professionnels disposent d'une équipe ressource mutualisée comprenant 1 PH, 2 IDE. Ils sont en lien avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) du CHUO et participent aux groupes de travail du GHT45 ainsi qu'au réseau CEPIAS. Le lien est fait au sein des unités avec les correspondants en hygiène qui bénéficient de réunions dédiées. Les problématiques rencontrées en hygiène (BMR...), les suspicions d'infections nosocomiales, les événements indésirables (EI) en lien avec l'hygiène sont travaillés en équipe avec la collaboration de l'EOH. L'EOH se met à disposition des équipes en cas de problématique en hygiène (BMR). Les professionnels sont sensibilisés aux bonnes pratiques d'hygiène et plus particulièrement les nouveaux recrutés ou les professionnels de remplacement. Une chambre des erreurs et un programme de formation correspondant aux divers risques sont mis en œuvre. Par ailleurs, un journal interne sur les actualités en hygiène est diffusé aux professionnels. Les patients, notamment en SMR, sont sensibilisés à l'hygiène des mains. La base documentaire comprend les protocoles relatifs aux cathéters veineux périphériques et centraux, aux sondages urinaires, à la gestion des excréta, au bionettoyage à la sortie du patient, à la prévention des AES. Des indicateurs sont suivis (ICSHA, prélèvements de surface, eau, air, BMR, légionelles, staphylocoques, consommation d'antibiotiques et biorésistance des antibiotiques...). Ces évaluations sont suivies de plans d'actions (bionettoyage, tri des déchets, cathéters veineux périphériques...). Les équipes connaissent leurs indicateurs (ICSHA et taux de couverture vaccinale anti grippale). En termes d'antibioprophylaxie liée aux actes invasifs, les professionnels disposent des protocoles adaptés aux différents actes avec notamment les procédures « antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle », correspondant aux recommandations Société Française d'Anesthésie Réanimation. Les outils d'aide à la prescription sont le Vidal, le livret thérapeutique, les sites Antibioclic® et ePOPI. La prescription médicale se fait dans le DPI avec traçabilité des allergies médicamenteuse dès la consultation de pré- anesthésie ou per-opératoire. Sa justification est tracée dans le DPI dans les observations médicales. Le DPI est interface avec le système d'information de biologie, les pharmaciens y ont accès. La check-list permet la vérification ultime de l'antibioprophylaxie ; les professionnels veillent au respect du timeout, du temps de pause de 30 minutes entre l'antibioprophylaxie et l'incision au bloc opératoire. L'évaluation des pratiques en matière d'antibioprophylaxie au décours de la Check-List au bloc opératoire avec un plan d'actions n'est pas réalisée. Les professionnels sont informés des enjeux de la vaccination (vaccinations obligatoires et recommandées) par la direction et le service de santé au travail et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière. La vaccination est facilitée pour les professionnels au sein des services. Les freins à la

vaccination sont recueillis et analysés. Le taux de couverture vaccinale antigrippale est suivi et connu des équipes. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'Hémorragie du Post-Partum Immédiat (HPPI). Le protocole est à disposition des équipes en salle de naissance ainsi que le matériel d'urgence vitale. Les traçabilités de la surveillance de la délivrance de la parturiente et du traitement sont assurées. En chirurgie gynécologique ambulatoire, la sortie de la patiente est faite sur autorisation médicale ou le cas échéant, sur la base du score de Chung, pour lequel les professionnels sont formés. La dose de rayons reçue par le patient au scanner n'est pas systématiquement indiquée sur les comptes-rendus et le patient ne peut donc en être informé. Un travail est en cours avec la société ayant installé le scanner afin que cela soit automatisé. Les professionnels des unités du CH de Gien ne sont pas informés des risques relatifs aux rayonnements ionisants et les conduites à tenir. Les brancardiers sont présents 24 h sur 24 (2 le jour et 1 la nuit). Ils assurent également des missions au sein de la chambre funéraire et de l'hélistation. Le processus transport est maîtrisé, tant en termes de modalités de demandes, de matériels adaptés et contrôlés, qu'en termes de formation (identitovigilance, communication, gestes et posture, hygiène, AFGSU). Les brancardiers sont attentifs à la priorisation des transports, l'information et l'accompagnement relationnel des patients. Les équipes sont attentives à la qualité des prises en charge des patients et à l'atteinte des objectifs de soins, toutefois des évaluations formalisées des résultats cliniques portant sur un échantillon de patients (type pertinence du séjour, des prescriptions...) avec mise en place, suivi et évaluation d'un plan d'actions ne sont pas réalisées. Le service de pédiatrie fait une étude de dossiers relative à la prise en charge de la douleur. Les équipes de soins des unités d'adultes et d'enfants proposent des actions d'amélioration en lien avec les réclamations des parents, recueillies durant le séjour ou suite aux résultats des questionnaires de satisfaction. Des audits patients traceurs sont également réalisés. Les Indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins institutionnels sont diffusés et connus des professionnels, les plans d'actions en lien sont déclinés le cas échéant au sein des services. Le service de pédiatrie suit le contenu du recueil de données à l'admission. Malgré une culture avérée du signalement des événements indésirables et la mise en œuvre d'analyses approfondies avec la méthode ORION, la mise en œuvre d'actions d'amélioration intégrées au PAQSS n'est pas systématique. Par ailleurs, il n'y a pas d'analyses spécifiques des situations d'hémorragies du post-partum et pas de suivi d'indicateurs spécifiques permettant d'engager les actions d'amélioration éventuellement nécessaires. En gynécologie, la check-list est utilisée pour les actes chirurgicaux en ambulatoire et en hospitalisation, toutefois, les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la check-list et des GO/NO GO ne sont pas exploités, les actions d'amélioration ne sont pas définies. Les examens de biologie médicale sont réalisés par un laboratoire privé, installé sur le site du CH de Gien. Les délais de rendu des résultats sont suivis. Les événements indésirables en lien avec la biologie sont traités en COVIRIS, avec le médecin biologiste. Les examens d'imagerie médicale sont réalisés par des radiologues privés. Le service est installé sur le site du CH de Gien. Dans le cadre de la prochaine installation d'une IRM, la convention de coopération est en cours de réactualisation avec les radiologues. Les délais de rendez-vous et de comptes-rendus sont suivis. Les événements indésirables en lien avec l'imagerie sont traités en COVIRIS et examiné en lien avec le responsable de la radiologie et les radiologues. Il n'y a pas de staff organisé, les contacts médecins-radiologues ont lieu en fonction des situations.



## Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier (CH) de Gien constitue une offre de soins avérée au sein de son territoire, offre en hospitalisation et consultations diversifiées, qui répond aux besoins de la population et limite l'impact des contraintes géographiques. L'établissement support du Groupement Hospitalier de territoire (GHT) du Loiret, le Centre Hospitalier Régional d'Orléans devenu récemment CH Universitaire (CHUO) est en effet à 1 heure de route et le CH de Montargis à 45 mn. La direction commune avec le CHUO est en cours de finalisation. Le CH de Gien a donc développé de nombreux partenariats, tant avec les établissements sanitaires (communauté hospitalière de territoire puis GHT 45, Site Jeanne d'Arc appartenant au CHUO, Soins Médicaux et de Réadaptation - SMR- de Briare et Sully sur Loire) qu'avec les structures médico-sociales (direction commune avec 2 EHPAD...) et les partenaires de ville (médecins et professionnels libéraux, associations d'Hospitalisation à Domicile -HAD-, le centre de planification familiale, le Centre Communal d'Action Sociale - CCAS - du Giennois...). Les parcours sont définis. En termes de coordination et de suivi, l'établissement collabore étroitement avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé - CPTS - (40% des patients n'ont pas de médecin traitant) , l'équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) de Montargis, les structures ambulatoires de santé mentale adultes et enfants et en tant que de besoin, le CH Georges Daumezon de Fleury-les-Aubrais lorsqu'une hospitalisation en psychiatrie est nécessaire, et particulièrement en cas de nécessité de mettre en œuvre des soins sans consentement. Un infirmier du Centre Médico-Psychologique -CMP- de Gien assure les évaluations en semaine de 9 h à 17 h, sinon le lien est fait avec le Centre Psychiatrique d'Accueil d'urgences -CPAU- du CH Georges Daumezon. Il y a également à Gien une clinique psychiatrique. Les praticiens du site Jeanne d'Arc y compris libéraux donnent des avis chirurgicaux au sein des urgences car il n'y a pas de permanence des soins en chirurgie. Les patients peuvent être admis en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée -UHCD- ou transférés. Les endoscopies sont réalisées sur le site Jeanne d'Arc. Les actes d'imagerie et de biologie, en programmées ou en urgence, sont réalisées au sein de structures privées installées dans les locaux du centre hospitalier. L'établissement travaille par ailleurs avec différents réseaux (périnatalité ; soins palliatifs ; addictologie ; imagerie avec le CHU de Tours). Le lien est effectif également avec le Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC) notamment dans le cadre de la gériatrie. La Maison Médicale de Garde, qui fonctionnait préalablement à la crise sanitaire COVID 19, est en cours de réouverture pour les samedis après-midi, dimanches et fériés de 8 h à 20 h (association de médecins du Giennois), avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS). En termes de télémedecine, l'établissement utilise à ce jour uniquement la téléexpertise pour les staffs de gynécologie avec Cosne-sur-Loire et le réseau de périnatalité ainsi que pour la gériatrie (staffs avec Orléans et Tours). Les équipements nécessaires au développement de la télémedecine (téléconsultations...) sont installés. Le contenu de la lettre de liaison à la sortie a été formalisé et est récupéré à partir du Dossier Patient Informatisé -DPI-. Le délai de remise de la lettre de liaison est suivi et des actions de communication sont menées et auprès des médecins. Le dernier audit « dossier du patient » réalisé en juillet 2023 montre une amélioration du résultat de la remise de la lettre de liaison le jour de la sortie du patient. Le parcours de prise en charge des patients de la filière SAMU du CHUO - SMUR - Urgences est organisé et structuré. Les protocoles d'organisation de la régulation médicale du CHUO sont définis en lien avec l'équipe SMUR du CH de Gien et mises à jour régulièrement. Les filières sont définies pour permettre les prises en charge spécialisées sans perte de temps (arrêt cardio-respiratoire, réanimation, urgences obstétricales, accident vasculaire cérébral) et en fonction des profils de patients (enfants, personnes âgées). Le dossier de régulation du SAMU est faxé aux urgences du CH de Gien sur un fax dédié. Les admissions directes de personnes âgées depuis les urgences peuvent se faire en SMR ; cela est possible également en médecine, sur la demande d'un médecin traitant ou d'EHPAD. L'équipe mobile de

gériatrie (1 médecin gériatre et 1 infirmier) est installée dans les locaux de l'UHCD, ce qui permet une évaluation spécifique des situations des patients âgés. La création d'un secteur de court séjour gériatrique est en cours dans le cadre du volet « parcours » projet d'établissement. Le parcours de prise en charge palliative des patients âgés est organisé, structuré et coordonné ; les rôles et missions des professionnels sont définis. La gouvernance suit les problématiques de sécurisation de la prise en charge au sein de la Commission bimensuelle des événements indésirables du GHT, relatives aux prises en charges et aux transferts. Qu'il s'agisse des usagers ou des professionnels libéraux et structures partenaires, l'établissement est facilement joignable (standard téléphonique, site internet récemment restructuré). Une messagerie sécurisée est en place, utilisée par les médecins, leur permettant les échanges d'informations nécessaires à la prise en charge des patients. Les lettres de liaison comportent les numéros de téléphone du secrétariat, du cadre de santé et du médecin de l'unité. La logique d'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est intégrée. Toutefois, cela n'est pas fonctionnel actuellement de part un problème d'interface avec le DPI. La direction commune avec le CHUO pourra faire levier au développement de la recherche clinique, notamment avec la venue d'internes dans d'autres unités que les urgences ; à ce jour, elle est peu développée. Il en est de même pour l'inclusion de patients dans des essais cliniques. Toutefois, un travail de recherche sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque de la personne âgée a été récemment conduit par un médecin du CH de Gien, sous la direction d'un autre praticien de l'établissement, dans le cadre d'un diplôme de capacité en gérontologie. Par ailleurs, l'établissement s'est engagé depuis 2022 dans un travail régional permettant le développement d'une base de données cliniques pour alimenter les bases de données de santé pour la recherche, faciliter, par exemple, avec l'intelligence artificielle, la détection anticipée des infections nosocomiales ou de détecter précocement des risques cardiovasculaires ou de diabète. La satisfaction des patients est recueillie par des questionnaires papier et sur e-Satis ; les taux de retours sont suivis. Il y a également au sein du service des urgences des enquêtes spécifiques 1 à 2 fois par an, telles que le suivi du temps de prise en charge, de l'enregistrement du patient à la sortie du service. L'utilisation de questionnaires PREMs, qui évaluent l'expérience des soins et des questionnaires PROMs, qui évaluent les résultats de soins, ou l'utilisation d'entretiens formalisés de recueil de l'expérience patient n'est pas engagée. Les résultats de ces questionnaires sont présentés et travaillés en Commission des Usagers (CDU) et restitués aux unités de soins qui engagent le cas échéant des actions d'amélioration. Un groupe de personnes diabétiques animé par le médecin endocrinologue de l'établissement dans lequel un patient diabétique intervient pour donner son expertise. Les plaintes et réclamations des patients sont suivies en CDU et traitées. La CME et la CSIRMT en sont également informées. En tant que de besoin, les patients sont reçus par les médiateur médical (médecin des urgences) et non médical (coordonnatrice générale des soins). Les professionnels bénéficient d'actions de formation au plan pluriannuel pour permettre une communication adaptée aux patients. Par exemple, les professionnels des admissions, ont été formés à l'accueil et à la gestion de l'agressivité. L'établissement conduit une politique bientraitance (diffusion d'une Charte Bientraitance et d'un questionnaire d'auto-évaluation) et de prévention de la maltraitance. Les sources de risques sont connues, en termes de compétences ou d'effectifs disponibles. Des actions de sensibilisation au repérage des maltraitements ont été menées, plus particulièrement encore en ce qui concerne les urgences (violences faites aux femmes), les personnes âgées et le pôle mère-enfant (maltraitance sur mineurs ; lien avec le tribunal de Montargis). Dans le PMSI, les codages correspondant aux cas de maltraitance sont suivis (bilan fait en 2022). Des actions de formation sont aussi inscrites au plan. Les professionnels disposent des personnes (assistante sociale et conseillère en économie sociale et familiale, en lien avec les cadres de santé) et des documents ressources pour alerter en cas de situation de maltraitance. Ces ressources sont connues des professionnels rencontrés en service d'adultes mais aussi en pédiatrie (formation spécifique ; lien avec les partenaires, la gendarmerie ; élaboration précise des « informations préoccupantes »). L'ensemble des locaux de l'établissement est accessible pour les handicaps moteurs mais aussi pour les personnes présentant des déficits visuels ou auditifs (ascenseurs avec messages sonores et avec informations en braille ; bandes au sol permettant de se diriger). Les professionnels soignants sont sensibilisés au repérage des problématiques de vulnérabilité pouvant nuire à l'accès aux soins ;

l'évaluation est réalisée avec l'appui de professionnels socio-éducatifs, qui exercent en lien avec les services extérieurs concernés. Les modalités d'accès au dossier sont organisées (courrier à la direction ou demande sur le site internet) et les délais de remise du dossier sont suivis et conformes aux attendus. Les représentants des usagers (RU) en sont informés en CDU. Les RU sont associés à la vie de l'établissement et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ils assistent au COVIRIS, au CLIN et y sont informés de l'avancée des plans d'actions. Ils sont informés en CDU des plaintes et réclamations, des EIAS, des résultats des questionnaires de satisfaction et des IQSS. Les RU donnent leur avis notamment sur les conditions d'accueil et d'information des usagers, avis qui sont pris en compte. Ils n'assurent pas à ce jour d'actions de sensibilisation auprès des patients. La mise en œuvre d'une permanence est en projet, ainsi que la rédaction du Projet des Usagers, au sein des travaux d'élaboration du nouveau projet d'établissement, dans le cadre de la direction commune avec le CHUO. Les objectifs de la politique qualité et sécurité des soins sont élaborés sur la base d'un ensemble de données (recommandations de bonnes pratiques, connaissance des risques liés aux activités de l'établissement, indicateurs et résultats d'audits, événements indésirables, plaintes et réclamations), sont définis et suivis avec la Commission Médicale d'Etablissement -CME-, la Commission du Service de Soins Infirmiers, de rééducations et Médecotechniques -CSIRMT- et les différents responsables de processus (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales -CLIN- ; Comité du médicament et des Dispositifs médicaux Stériles -COMEDIMS- ; Comité Vigilances et Risques - COVIRIS -). Un plan d'actions d'Amélioration de la Qualité et sécurité des Soins (PAQSS) est élaboré et suivi. Il ne comprend pas à ce jour toutes les actions menées. Certains professionnels participent à des actions qualité (référénts hygiène ; groupe plaies et cicatrisations...). La culture qualité et sécurité des soins a été évaluée en juin 2023, toutefois, les professionnels rencontrés lors des audits système n'en avaient pas connaissance (pas de diffusion en raison d'un taux de retour trop faible). Les professionnels de remplacement sont des professionnels intervenant régulièrement au CH de Gien, qui connaissent donc l'établissement, ses organisations et ses procédures. Ils bénéficient d'un accompagnement spécifique. En cas de manques d'effectifs ou de qualifications médicales et soignantes attendues sur un secteur, la gouvernance peut être conduite à diminuer le nombre de lits ouverts. L'Unité de Surveillance Continue est ainsi fermée depuis 1 an et demi. Au sein du service des urgences, un contrat d'engagement collectif a été conclu avec les infirmiers volontaires pour assurer la continuité de service. Les professionnels responsables bénéficient d'actions de formation managériale. En tant que de besoin et sur la base du volontariat, ils peuvent avoir accès à un coaching individuel. Les organisations en place permettent des échanges au sein des équipes pluriprofessionnelles, médicales et soignantes, tels que les transmissions écrites et orales et les staffs ou réunions d'équipe qui incluent des aspects organisationnels et de pratiques cliniques. Les cadres de santé s'y impliquent particulièrement, avec les médecins chefs de service. Une formation managériale collective de 3 jours (3 groupes) réalisée en 2021 incluait des objectifs relatifs aux missions d'un cadre : piloter, motiver, fédérer une équipe et permettait aux cadres de disposer de ressources pour évaluer leur posture et leur mode managérial. Les compétences des professionnels sont soutenues, dès le recrutement. Un entretien avec le cadre de santé permet de définir l'affectation la plus adaptée pour les paramédicaux mais aussi de mettre en place les formations nécessaires, au-delà de ce qui est prévu systématiquement (DPI, AFGSU, incendie, qualité et gestion des risques, hygiène, bientraitance...). Secondairement, les besoins en compétences sont définis suite aux entretiens individuels annuels et en lien avec les thématiques ministérielles ou des projets institutionnels particuliers. L'établissement dispose d'un plan de formation classique (actions priorisées) très diversifié mais a développé aussi le e-learning (avec l'OMEDIT par exemple), la simulation avec le CHUO ou en interne (salle installée) pour les soins d'urgence, ainsi qu'une Chambre des erreurs pérenne, activée sur diverses thématiques. Avant la crise sanitaire COVID 19, il existait une Commission Ethique propre au CH de Gien qui avait travaillé sur des questions plutôt gériatriques (soins palliatifs, liberté d'aller et venir, place de la famille) et avait diffusé des recommandations. Cette commission n'a pas été réactivée à ce jour. L'état des lieux des questions éthiques n'a pas été réalisé et les équipes, hors du SMR, ne disposent pas d'un cadre opérationnel pour travailler sur site les problématiques éthiques. Certains professionnels médicaux et non médicaux, prenant en charge les patients âgés, participent au Comité

d'Ethique Régional au CHUO. Un travail a ainsi été engagé sur la question de l'obstination déraisonnable dans les soins. Le projet Qualité de Vie au Travail (QVT) du précédent projet social a fait l'objet d'un bilan, les actions portaient principalement sur l'amélioration de l'attractivité, le développement professionnel continu, la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences, la santé au travail, la prévention des Risques Psycho-Sociaux. Le travail d'élaboration du nouveau projet d'établissement est engagé et le projet QVT se fera également, avec les professionnels, sur la base des résultats d'une enquête « baromètre social » qui est menée actuellement au niveau du territoire. La restitution est prévue courant novembre 2023 et va déboucher sur des groupes de travail par établissement. Si des professionnels rencontrent des difficultés dans leur travail, le premier niveau de soutien reste le service ou le pôle d'appartenance. Pour les situations de soins lourdes, la CUMP peut aussi être sollicitée ou le psychologue du service de médecine/soins palliatifs. Par ailleurs, il y a un service de santé au travail (1 médecin à 40 % et 1 infirmier de santé au travail à 40 %). Il n'y a pas à ce jour de possibilité de médiation externe respectant la confidentialité. Néanmoins, les professionnels de l'établissement peuvent avoir accès en continu à un psychologue (établissement assuré pour l'accès à une plateforme téléphonique). Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est défini et connu des professionnels (cellule de crise ; procédures de gestion des lits et ressources humaines ; locaux, équipements et matériels dédiés). Il est actualisé en lien avec le site « Jeanne d'Arc » avec notamment une cartographie des risques. Le Comité SSE est intégré au COVIRIS. Il est conforme au plan ORSAN. Un exercice NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique) a été réalisé en 2022, suivi d'un retour d'expérience. La prise en compte des risques numériques et de la sécurité du système d'information se fait en lien avec la direction des services numériques du CHUO (gestion des habilitations, nomination d'un responsable du système d'information, astreinte 24h/24, 7j/7, déclaration des incidents significatifs ou graves de sécurité auprès de l'Autorité Nationale de Sécurité des Systèmes d'Information). Les professionnels connaissent les mesures de prévention à respecter. L'établissement dispose d'un plan de sécurisation. Les secteurs protégés sont accessibles par badge professionnel. Les situations à risque sont identifiées et suivies (actes de malveillance, intrusions/fugues...). Les objets de valeurs des patients peuvent faire l'objet d'un dépôt au coffre du bureau des admissions. Ces organisations sont connues des professionnels. Le plan de maîtrise des risques environnementaux est intégré aux orientations stratégiques de l'établissement. Un référent développement durable est désigné et 2 ambassadeurs vont intégrer le Comité Développement Durable du GHT. L'établissement déploie des actions sur plusieurs axes : les consommations d'eau et d'énergie, les déchets, le bilan « gaz à effet de serre », la sobriété numérique, le recyclage...). Des actions de sensibilisation sont conduites auprès des usagers (points de collecte, recyclage des mégots de cigarette) et le plan de communication en vue d'influencer les comportements des professionnels en faveur du développement durable est en cours d'élaboration. Le diagnostic initial développement durable n'a pas été réalisé. En ce qui concerne la sécurisation du circuit des déchets, la présence de nombreux containers à déchets ménagers (DAOM) entreposés à l'extérieur du bâtiment a été observée. Cette problématique est en cours de règlement car un local va être dédié aux DAOM à l'issue des travaux liés à l'installation de l'IRM. Une réorganisation des circuits a été priorisée au niveau des locaux à Déchets de Soins A risque Infectieux (DASRI). La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement. Les équipes disposent d'un numéro d'appel unique connu permettant de joindre un médecin pouvant intervenir. Les matériels nécessaires sont à disposition des équipes et font l'objet de procédures de contrôles (complétude, péremption, scellé) ; la dotation des chariots d'urgence est revue au moins annuellement. Cependant, il a été observé qu'en maternité et pédiatrie le chariot d'urgence était commun et qu'il ne contenait pas de produits pédiatriques. Les produits pédiatriques étaient rangés dans le secteur de néonatalogie, dans une caisse fermée et non accessible facilement (clé à trouver), ce qui constituait un risque de retard dans la prise en charge du patient. L'établissement a pris en compte ce risque et un second chariot d'urgence spécifique à la pédiatrie a été mis en place. Les formations AFGSU 1 et 2, initiale et recyclage) sont suivies par le service des ressources humaines. Des exercices de mise en situation sont réalisés et débriefés. Les événements indésirables liés à l'urgence vitale sont suivis en COVIRIS Les recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles correspondantes à

l'activité sont à disposition des équipes. La veille documentaire est assurée. Les recommandations sont diffusées en instance par la CME, la CSIRMT et les différents référents de processus responsables de commissions (hygiène, médicament...), en lien avec la direction de la qualité. Les procédures correspondantes à ces recommandations sont diffusées dans la base documentaire. Les revues de pertinence ne sont pas développées. Il n'y a pas eu de formations aux analyses de pratiques professionnelles depuis 2020. Le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est élaboré sur la base de diverses sources de données, dont les éléments relatifs à l'expérience patient, les événements indésirables, les audits... Les IQSS sont également sources d'actions d'amélioration. Les professionnels peuvent suivre d'autres indicateurs, tels que, par exemple, la complétude et la qualité du recueil de données à l'admission, en pédiatrie. Toutefois, le PAQSS n'intègre pas l'ensemble des actions issues des indicateurs ou autres données et ne facilite pas l'appropriation par les professionnels des démarches d'amélioration engagées. Les professionnels ont intégré la culture du signalement en tant que levier d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il y a une Charte du signalement. Cette culture a été soutenue par une action conduite en 2022 sur les intérêts de la déclaration des presque-accidents (semaine sécurité du patient). Les événements indésirables (EI) sont signalés sur la plateforme dédiée, ils sont traités par la direction qualité qui en définit la criticité. Pour les événements de gravité importante, qui font également l'objet d'une déclaration à l'ARS, une analyse approfondie est réalisée en équipe selon la méthode ORION ; un plan d'actions est défini. L'information secondaire du service est faite par le cadre de santé. Un bilan annuel des EI est présenté en COVIRIS, CME, CSIRMT et CDU. Le CREX est peu développé. Cependant, lors du COVIRIS du 26 septembre 2023 a été présenté le projet de faire des CREX mensuels, sur les événements indésirables définis selon leur criticité, où les professionnels paramédicaux seront présents ainsi que les RU. Par ailleurs, vont être mis en place (lettre de mission validée en octobre 2023) des correspondants en gestion des risques (CoGDR) qui bénéficieront d'une formation à la gestion des risques et à la réalisation d'audits. Ils participeront à des groupes de travail en gestion des risques et aux évaluations de pratiques, participeront à la formation des nouveaux arrivants, à l'information dans leur unité et feront le lien entre le terrain et la gestionnaire de risques. Il existe un plan de gestion des lits en aval des urgences. Les lits disponibles sont suivis, en lien avec le territoire. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Mettre en place et évaluer la check-list adaptée aux césariennes, finaliser la charte de fonctionnement du bloc et réaliser une évaluation des informations transmises entre le bloc et service de soins. Réévaluer systématiquement l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Analyser la pertinence des transferts en HAD et des séjours en SMR. Développer l'évaluation des pratiques par les équipes notamment concernant les résultats cliniques. Développer le questionnement éthique. Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois

# 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	450000096	CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS	2 avenue jean villejean BP 89 45500 Gien 45503 FRANCE
Établissement principal	450000047	CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS	2 avenue jean villejean BP 89 45500 Gien 45503 FRANCE
Établissement géographique	450021431	CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS - SSR	2 Avenue Jean Villejean 45500 Gien BP89 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)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	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	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	33,374
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	89
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	25
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	130
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	10
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	35
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	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Parcours traceur		Maternité Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
7	Audit système	Dynamique d'amélioration		
8	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement	
11	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR-Urgences

13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
16	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport interne assis ou couché entre 2 services par un brancardier ou personnel de soins
17	Audit système	Engagement patient		
18	Audit système	Leadership		
19	Audit système	QVT & Travail en équipe		
20	Audit système	Représentants des usagers		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
25	Audit système	Coordination territoriale		
26	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Audit système	Maitrise des risques		
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os
30	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
31	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
33	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
34	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		El critique
35	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable



---

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

---

