



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
BELAIR**

1 rue pierre hallali  
08013 Charleville-Mezieres



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 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	15
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	22
Annexe 3. Programme de visite	26

# 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 BELAIR	
Adresse	1 rue pierre hallali 08013 Charleville-Mezieres Cedex
Département / Région	Ardennes / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

**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	080000086	CENTRE HOSPITALIER BELAIR	1 rue pierre hallali 08109 Charleville-Mezieres 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
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [106](#) critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Le Centre hospitalier Bélaïr, établissement public des Ardennes spécialisé en santé mentale, informe le patient sur ses droits et recherche son engagement dans sa prise en charge en soins. Le patient hospitalisé est informé tout au long de son séjour sur ses droits à travers divers supports d'information qui lui sont accessibles : un tableau d'affichage à l'entrée des unités de soins lui permet de prendre connaissance de la Charte de la personne hospitalisée, de la Charte de l'enfant hospitalisé, de la Charte ROMAIN JACOB, etc. Ces informations précisent également la place des représentants des usagers et les modalités pour pouvoir les contacter. Il convient également de souligner l'existence d'un bureau de la Commission Des Usagers (CDU) au sein de l'établissement. Des informations complémentaires sont également intégrées au Livret d'accueil concernant le séjour du patient, son statut juridique, sa liberté d'aller et venir ou l'accès à son dossier (informations reprises sur le site web du Centre hospitalier). Toutefois, les patients audités n'ont pas toujours connaissance de ces informations, notamment celles relatives aux modalités pour soumettre une réclamation et déclarer un évènement indésirable lié à ses soins. Le patient est systématiquement sollicité à son entrée pour désigner une personne à prévenir et est informé sur la possibilité de désigner une personne de confiance. Durant tout son séjour, le personnel informe le patient sur son état de santé psychique, somatique, ainsi que sur les soins qui lui sont prodigués et recherche son consentement libre et éclairé sur son projet de soins défini en concertation tout au long de son parcours (explication donnée par exemple sur les effets secondaires des médicaments psychotropes). Si besoin, ces informations sont répétées et délivrées en fonction du degré de discernement, de l'âge et de la compréhension de chacun (et tout particulièrement pour les enfants et les adolescents). En addictologie (unité Michel FONTAN), le patient est invité à signer un contrat de soins le rendant partenaire à part entière de sa prise en charge. En ambulatoire, des informations ciblées sur les modalités de prise en soins sont données au patient. Toutefois, ces dernières ne font pas l'objet de la remise d'un document spécifique lui indiquant la conduite à tenir en cas de survenue d'un évènement indésirable. Des messages de santé publique sont délivrés au patient à travers des flyers mis à sa disposition (« J'arrête de fumer », « C'est quoi – Ça fait quoi ?! Le cannabis », « Le Cholestérol : le bon – le mauvais : tout ce qu'il faut savoir », etc.). Dans les situations de fin de vie (prise en charge relativement exceptionnelle) la volonté du patient est recherchée et l'accès aux soins palliatifs est effectif avec le concours si nécessaire de l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes (à noter que deux infirmières du Centre Hospitalier Bélaïr sont titulaires d'un diplôme universitaire en soins palliatifs). Le patient est également informé sur son droit à rédiger des directives anticipées. Les patients sont invités à faire part de leur expérience au cours des soins auprès des professionnels et par le biais d'un questionnaire de satisfaction qui leur est remis (institutionnel ou d'autres plus spécifiques comme celui destiné aux enfants pris en charge au sein de l'unité départementale d'hospitalisation pédopsychiatrique). Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité, ainsi que de la confidentialité des informations qui le concernent, quel que soit son statut ou son handicap. Les structures extrahospitalières permettent de garantir l'intimité et la dignité des patients. Les différents bâtiments du site principal du Centre Hospitalier Bélaïr sont de conception ancienne (1969) et sont éloignés des standards hôteliers actuels. Malgré cela, les lieux de vie sont bien entretenus même si certaines chambres sont défraîchies (rideaux de douche vétustes, carrelage au sol ou plafond en mauvais état) : les efforts des personnels à préserver la dignité des patients en toutes circonstances sont à souligner. Les chambres doubles sont équipées d'un paravent de séparation entre les lits pour garantir l'intimité entre les patients. Fort de ce constat, le schéma directeur immobilier de l'établissement prévoit la reconstruction des services de soins et le projet finalisé a reçu la validation de l'ARS Grand Est (son financement est acquis). Les chambres de soins en isolement sont équipées d'un store aux fenêtres des portes d'entrée permettant leur

occultation par le patient afin de garantir son intimité, tout en laissant au personnel la possibilité de l'ouvrir de l'extérieur : des ajustements sur certaines chambres ont été apportés en cours de visite pour répondre à cet impératif. De même, des horloges pour aider à se repérer de façon temporelle et un dispositif d'appel aux soignants ont été installés durant la présence des experts visiteurs. Les enfants et adolescents bénéficient d'un environnement adapté à leur prise en charge quels que soient les secteurs de soins (en extrahospitalier et au sein de l'unité départementale d'hospitalisation pédopsychiatrique). L'autonomie des personnes porteuses d'un handicap ou âgées (unité de gérontopsychiatrie) est préservée par la sollicitation des personnels à les impliquer dans la réalisation des soins ou des activités de la vie quotidienne (prise de repas, réfection des lits, dressage de la table, etc.). Les professionnels respectent la confidentialité des informations relatives au patient à toutes les étapes de sa prise en charge, aussi bien dans les espaces de vie ou thérapeutiques ou lors des séquences d'administration des médicaments effectuées en salle de soins. Les contentions mécaniques font l'objet d'une décision médicale systématique expliquée au patient et réévaluée en tant que de besoin, et demeure une mesure de dernier recours. La douleur est anticipée et donne lieu à une évaluation tracée dans le dossier du patient. La traçabilité de la réévaluation de la douleur lorsqu'un traitement antalgique est prescrit n'est pas toujours retrouvée. L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) est utilisée pour les patients communicants et des échelles spécifiques d'évaluation de la douleur sont utilisées pour certaines prises en charge en santé mentale. Les proches et/ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins dès lors que le patient ne s'y oppose pas. La famille du patient participe à l'élaboration de son projet de soins de manière à répondre au plus près à ses attentes et à une meilleure prise en compte de ses habitudes de vie, tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire. Un Livret d'accueil à l'attention des familles et des proches a été élaboré pour expliciter les modalités de prise en charge dans l'établissement. Dans les situations particulières, la présence des proches est facilitée par le biais d'un ajustement des horaires de visite, notamment avec les enfants ou adolescents lorsque les parents travaillent en journée ou lors des situations de fin de vie. Dans certaines unités, une pièce à l'entrée du service permet aux proches de s'entretenir avec le patient dans le respect de l'intimité et de la dignité. La prise en compte des conditions de vie et de lien social du patient est un élément clef de la prise en charge au Centre Hospitalier Bélaïr. Un accompagnement par les assistantes sociales de l'établissement permet aux patients en situation de précarité une prise en charge sociale de telle manière que ses droits aux soins soient ouverts ou confortés. Des relais sont mis en place avec les services sociaux de ville afin de préparer la sortie du patient, notamment en matière d'accès à un logement. Des passerelles sont également établies avec les Groupes d'Entraide Mutuelle de Charleville-Mézières (GEM « Sollicitude ») et de Sedan (GEM « Le Pommier »), permettant entre autres de lutter contre l'isolement social. En interne, des objectifs de socialisation sont proposés aux patients avec des ateliers thérapeutiques (Espace thérapeutique intersectoriel avec des activités de menuiserie, de ferronnerie, etc.), des activités physiques ou des sorties en ville. Un atelier avec des patients prépare pour chaque édition du Festival Mondial des Théâtres de Marionnettes de Charleville-Mézières une pièce donnée en représentation. Pour les enfants et les adolescents en extrahospitalier, des échanges au lieu avec les enseignants afin de faciliter leur scolarisation.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des décisions concernant les patients est prise en concertation. Les équipes évaluent la pertinence des décisions de prise en charge en termes de parcours de soins et de stratégie thérapeutique de manière pluridisciplinaire. Ainsi, l'évaluation globale des besoins du patient et les modalités thérapeutiques mises en place sont définies à travers des réunions rassemblant tous les acteurs concourant à la prise en charge (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, etc.). Si un patient doit être placé en Chambre de Soins en Isolement (7 au total sur le site du Centre Hospitalier Béclair), le médecin psychiatre explicite au patient les raisons pour lesquelles cette mesure est proposée et rédige une prescription médicale précisant les modalités de surveillance. Une mesure d'isolement est toujours une pratique de dernier recours après que les personnels aient mis en place en amont un renforcement des entretiens infirmiers et des mesures alternatives comme une prise en charge dans un espace d'apaisement. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées dans le dossier patient par les médecins somaticiens de l'établissement (8 au total). Le conseil en antibiothérapie est délivré par un médecin gériatre récemment formé en infectiologie et une expertise complémentaire peut être sollicitée auprès du Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes de Charleville-Mézières. Toutefois, l'établissement ne réalise pas d'évaluation régulière de la pertinence des prescription d'antibiotiques entre la 24e et la 72e heures, et les praticiens ne bénéficient pas de formation à l'utilisation des antibiotiques (notamment pour les nouveaux prescripteurs et les internes). Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient, au sein des unités de soins et entre les secteurs d'activités. Le dossier patient informatisé est commun à l'ensemble des intervenants (structures de prise en charge intra et extrahospitalières) et constitue le support de partage d'informations entre tous les professionnels. Il est accessible à partir de postes informatiques portables disponibles dans les unités et les personnels habilités y renseignent les données relatives à leurs interventions. Les éléments papier qui subsistent sont scannés avant d'y être intégrés à la sortie. En intrahospitalier, les enfants sont admis directement au sein de l'unité départementale d'hospitalisation pédopsychiatrique. Concernant la majorité des patients adultes, leur admission est réalisée dans un premier temps au sein de l'Unité d'Admission et d'Orientation dénommée « UAO -ELAN » pour être ensuite pris en charge après évaluation dans l'unité correspondant à la stratégie thérapeutique qui répond à leurs besoins. Le risque suicidaire est évalué dès l'entrée du patient et tout au long de son séjour à l'aide de l'échelle dénommée « Risque Dangerosité Urgences » (RUD). La mise en œuvre du projet de soins personnalisé est coordonnée entre tous les acteurs qui concourent à la prise en charge (médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, etc.) et ce dernier est réévalué tout au long de sa prise en charge. En addictologie (unité Michel FONTAN), le patient est invité à signer un contrat de soins le rendant partenaire à part entière de sa prise en charge. Sur le plan somatique, un examen est réalisé pour les patients dans les 24ème premières heures suivant l'admission. Si besoin, les médecins somaticiens peuvent faire appel à l'expertise de leurs confrères spécialistes du Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes de Charleville-Mézières (CHInA). Les professionnels disposent également d'un réseau de référents en interne dans divers domaines comme la prise en charge de la douleur, l'addictologie, le risque infectieux, etc. La phase de transition adolescent adulte est conduite de concert entre les équipes de pédopsychiatrie et celles des unités de soins adultes afin d'assurer la continuité de la prise en charge dans les meilleures conditions, et une infirmière accompagne le grand adolescent lors de ses premières consultations en secteur adulte. Le carnet de santé de l'enfant est remis au personnel lors de son admission sans toutefois être mis à jour systématiquement lors de la sortie. L'accès aux soins psychiques en ambulatoire est favorisé par un repérage précoce en ville via les liens étroits tissés notamment entre l'établissement et les médecins traitants, avec une intervention précoce des infirmières en pratique avancée pour d'évaluer si besoin la nécessité d'une

prise en charge rapide. Un travail récent de sensibilisation des médecins autour de la lettre de liaison a été réalisé pour améliorer sa remise au patient le jour de sa sortie et la qualité de son contenu. Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. L'identification du patient est réalisée pour les patients non communicants via le port d'un bracelet, en particulier dans l'unité de gérontopsychiatrie « ALYSE » ; des photos peuvent également être affichées sous forme de pancarte dans le dossier informatisé du patient. Pour les patients communicants, les professionnels s'assurent de la bonne identité du patient en lui demandant son nom, prénom et date de naissance. Ces modalités font l'objet au sein de l'établissement d'une mise à jour du protocole interne pour harmoniser les pratiques professionnelles et garantir ainsi une identification fiable du patient. Les vigilances sanitaires sont connues des professionnels (pharmacovigilance, matériovigilance, etc.) et ces dernières sont opérationnelles 24h/24 en matière d'alertes ascendante et descendante avec des responsables identifiés. Les prescriptions médicamenteuses sont rédigées dans le dossier patient informatisé et l'analyse pharmaceutique est réalisée par un pharmacien. Dans le domaine du risque de la discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie, un comparatif entre le traitement habituel et celui prescrit à la sortie lui est explicité, sans toutefois en trouver la trace dans son dossier. L'organisation de l'approvisionnement (dispensation globale essentiellement, et nominative en hôpital de jour et en appartement thérapeutique), du stockage (condition de conservation, sécurisation, etc.) et d'accès aux produits de santé est définie au sein des services de soins par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Les piluliers des patients sont préparés la nuit par les infirmiers. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre avec une traçabilité informatique renseignée lors de la prise. La liste des médicaments à risque est identifiée par familles et non pas par molécules et est identique sur l'ensemble de services. Cette liste comprend deux notions : des médicaments à haut risque dits MHR et des médicaments à surveillance renforcée, ce qui entraîne une confusion de compréhension au niveau des équipes. La liste n'a pas été élaborée en concertation avec les professionnels. Il existe une pastille rouge pour l'identification des MHR lors du stockage en salle de soins qui n'est pas retrouvée sur certains médicaments appartenant aux familles précitées (anticoagulants, insuline, contraceptif, patchs, neuroleptiques retard, etc.). Dans le logiciel de prescription, il existe un libellé MHR dans la fiche produit qui ne s'affiche pas spontanément en alerte lors du temps d'administration. Si un médicament per os n'a pas de pastille « MHR », l'identification de ce dernier comme étant à risque ne peut être réalisée lors du temps d'administration. En cour de visite, la pharmacienne responsable de la PUI a déployé sur une grande partie des services une liste simplifiée de médicaments à risque avec l'ajout des éléments de surveillance à observer. Une « infobulle » d'alerte a été introduite sur la feuille d'administration informatique des médicaments avec le nom de la molécule. L'établissement a également élaboré et présenté aux experts visiteurs un plan d'actions intégré au PAQSS à court, moyen et long terme pour répondre à l'ensemble des attendus en matière de maîtrise du risque. L'équipe opérationnelle d'hygiène, (une pharmacienne à 60% avec une infirmière temps plein et une secrétaire à mi-temps) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins et les professionnels connaissent et mettent en œuvre les précautions standards et complémentaires. Des audits sont réalisés dans différents domaines comme la bonne hygiène des mains ou la gestion des excréta. Toutefois, la pose et la surveillance de dispositifs médicaux invasifs (perfusion, etc.) ne bénéficient pas d'évaluation du respect des bonnes pratiques. Le service de santé au travail anime une campagne de vaccination contre la grippe saisonnière et l'encadrement connaît le taux de couverture vaccinale des professionnels placés sous sa responsabilité. Les épisodes de violence et la prévention de leur récurrence font l'objet de moyens d'intervention spécifiques (entretien renforcés avec le patient, mise en chambre d'apaisement, etc.) avec élaboration d'un plan de prévention partagé renseigné dans le dossier patient. A noter que l'établissement s'est doté d'une équipe de soutien et d'assistance pour venir épauler les professionnels lors de la survenue d'un épisode de violence. Le transport des patients en intrahospitalier respecte les règles de confort et de sécurité adaptées à chaque profil de patient. Les équipes évaluent leurs pratiques et mettent en place des plans d'actions. Chaque prise en charge fait l'objet en réunion pluridisciplinaire d'une analyse de sa pertinence et de son efficacité au sein des unités de soins. Le groupe « Évaluation des Pratiques Professionnelles » suit l'avancée des travaux en cours

(EPP sur l'évaluation au moindre recours à l'isolement et à la contention, EPP sur la tenue du dossier patient, etc.) et valide les projets portés par les professionnels. Toutefois, les équipes ne réalisent pas de démarche d'évaluation de leurs résultats cliniques à partir d'un échantillon de patients sur une prise en charge pour laquelle elles auraient identifiées un potentiel d'amélioration. Les Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) sont connus des professionnels et un travail visant à l'amélioration de leur niveau de satisfaction est réalisé par la direction qualité et les professionnels des unités de soins. Les équipes travaillent également sur des actions d'amélioration issues des résultats des questionnaires de satisfaction, des réclamations et de l'analyse des événements indésirables associés au soins. Les représentants des usagers sont associés de manière active au recueil de la satisfaction et de l'expérience patient via leur participation à une évaluation des pratiques professionnelles spécifique et leurs rencontres avec les patients dans les services. Les événements indésirables associés aux soins sont analysés collectivement en utilisant la méthode « ORION » avec mise en œuvre d'actions d'amélioration et rétro information auprès des personnels déclarants (possibilité de suivi du traitement du signalement avec le logiciel de déclaration). Des échanges informels ont lieu autant que de besoin entre les praticiens du laboratoire de biologie médicale et du service d'imagerie médicale du Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes, prestataire extérieur à l'établissement, et les prescripteurs du Centre Hospitalier Bélaïr afin de répondre aux attentes des uns et des autres (qualité des prescriptions, qualité des résultats des examens de biologie et des comptes rendus des examens d'imagerie médicale).

## Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier Bélaïr, établissement public de santé mentale, a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec les besoins du département des Ardennes. La direction par intérim de l'établissement est assurée par le directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes (CHInA) avec l'appui d'une directrice adjointe déléguée. Les patients enfants, adolescents et adultes sont pris en charge, au-delà de la structure intra-hospitalière du Centre Hospitalier Bélaïr, dans des structures extrahospitalières implantées au niveau de quatre secteurs géographiques dont le découpage correspondant aux arrondissements administratifs de la « Vallée de la Meuse », du « Rethélois », du « Sedanais » et du « Vouzinois ». L'établissement est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 1 de la région Grand Est et de la Communauté psychiatrique de territoire des Ardennes 08 qui fédèrent les acteurs de la psychiatrie. Il est également porteur du Projet Territorial de Santé Mental des Ardennes 08. Dans l'optique d'assurer la continuité des soins et d'éviter une rupture de prise en charge, des partenariats ont été développés pour assurer la fluidité des parcours au plus près des habitants. Ainsi des structures extrahospitalières sont implantées au sein même de locaux appartenant à des établissements partenaires, comme avec le Centre Médico-Psychologique (CMP) situé au Centre Hospitalier de Nouzonville. De même, des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) consultent en lien avec les médecins généralistes à la Maison de santé pluridisciplinaire de Signy-l'Abbaye ; les personnels de la « Maison des adolescents » se déplacent également dans les maisons associatives du territoire. De nombreuses équipes mobiles participent à la politique « d'aller-vers » (équipe de liaison au sein du service d'accueil des urgences du CHInA à Charleville-Mézières, équipe de liaison pédopsychiatrique, équipe mobile d'accompagnement des aidants, équipe mobile médico-sociale, etc.) et favorisent ainsi la coordination des prises en charge sur le département. Des liens spécifiques sont tissés avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS du Vouzinois, CPTS Portes du Luxembourg, CPTS du Rethélois, etc.) contribuant ainsi à leur développement. Les modalités de communication permettent aux usagers (diffusion des numéros de téléphone des secrétariats) et partenaires externes de contacter aisément l'établissement, avec en particulier l'utilisation d'une messagerie sécurisée (Apicrypt) entre professionnels de santé (cette dernière a été récemment réactivée après que l'établissement ait subi une indisponibilité liée à une cyberattaque). Concernant la recherche clinique, une sensibilisation a été réalisée en Commission Médicale d'Établissement et des conventions d'association ont été signées avec le CHInA, ainsi qu'avec le CHU de Reims et l'Institut Jean Godinot. Cependant, cette démarche n'a pas permis de repérer les professionnels désireux de s'investir dans une démarche de recherche clinique en tant que telle. L'engagement du patient à titre individuel ou collectif est une priorité de l'établissement. L'établissement recueille la satisfaction du patient en l'incitant à renseigner les questionnaires de satisfaction (questionnaire institutionnel en intrahospitalier pour chaque patient et questionnaire bisannuel pour les prises en charge extrahospitalières). Le Centre Hospitalier Bélaïr fait également partie des établissements volontaires pour le développement de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience patient en santé mentale adulte avec le dispositif national e-Satis. Des « Café Débat » sont organisés mensuellement avec les patients pour recueillir le ressenti de leur prise en charge et les informer de sujets divers (« Vécu dans les unités de soins : parlons-en », « Informations sur vos droits », « Tutelle, curatelle, parlons-en », etc.). Les représentants des usagers vont également au-devant des patients en tenant des permanences au sein unités de soins et participent à une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur l'expérience patient. La promotion des bonnes pratiques de communication centrée sur le patient s'appuie essentiellement par la dispensation de formations spécifiques (relations humaines et communication, programme MAKATON d'aide à la communication, etc.) et les plaintes et réclamations font l'objet de communications auprès des instances [(Commission médicale d'Établissement (CME), Commission Des

Usagers (CDU), etc.]). La gouvernance affiche dans ses valeurs la « Bienveillance » et la « Bienveillance » et une sensibilisation des personnels est notamment menée lors de l'accueil de nouveaux agents (Livret d'accueil du personnel, journée d'accueil, etc.). Une charte de la « Bienveillance Bienveillance » co-rédigée entre les personnels et les patients énoncent les grands principes à respecter (attention, écoute, confiance, réconfort, etc.). L'établissement veille tout particulièrement au repérage des situations de maltraitance éventuelles subies par les patients en formant les personnels et recense via le PMSI les cas de maltraitance (formation par exemple aux risques de maltraitance chez la personne âgée atteinte de troubles du comportement). Une grille d'autocontrôle des pratiques professionnelles permet aux personnels de s'autoévaluer dans le domaine de la maltraitance ordinaire. L'accès aux soins aux personnes vulnérables est facilité via la désignation d'un référent handicap au sein de l'établissement et la mobilisation de l'Équipe Psychiatrique Intersectorielle de Cure de l'Exclusion (EPICURE) dont la mission est de « Tout mettre en œuvre face à la précarité ». Les bâtiments anciens sont en grande partie accessibles aux personnes vivant avec un handicap et un Agenda D'Accessibilité Programmée (ADAP) assure le suivi des mises en conformité. L'accès du patient à son dossier est organisé et les délais de remise des dossiers sont suivis et analysés. Les représentants des usagers, au-delà des réunions de la Commission Des Usagers (CDU), participent à différentes instances (CLIN, CLUD, etc.) et sont invités aux réunions du Copil qualité. Ils donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne comme le projet de reconstruction du Centre Hospitalier Bélaïr ou le plan de circulation dans l'enceinte de l'établissement. Le sujet de la recherche clinique vent d'être initié ; l'inclusion de patients dans des essais cliniques avec les établissements partenaires n'est pas effectif. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Les orientations de la politique qualité ont été définies au sein d'un rédactionnel intitulé « Politique qualité et gestion des risques au Centre Hospitalier Bélaïr », mis à jour en octobre 2023, à partir de l'analyse de l'ensemble des données disponibles (risques connus, bilan des événements indésirables, attentes des tutelles et de la réglementation, résultats des démarches d'évaluation internes et externes comme le rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, etc.). Des « Flash qualité » informent les personnels sur les projets en cours et sur les thématiques relatives à la qualité et sécurité des soins (« L'expérience patient : de quoi parle-t-on ? », « La prévention des infections associées aux soins : de quoi parle-t-on ? », etc.). La direction s'implique directement dans des actions du programme qualité en accompagnant les équipes dans l'élaboration de leurs projets (mises en place de consultations avancées en addictologie au nord du département, etc.). L'établissement à peu recours à l'intérim et l'adéquation entre les ressources humaines et la qualité des soins repose sur la mobilité des personnels entre les secteurs d'activité, l'octroi d'heures supplémentaires, et si besoin la réduction du capacitaire en extrahospitalier au bénéfice de l'intrahospitalier lors des périodes de congé annuel. Les responsables paramédicaux bénéficient d'une formation au management par l'obtention d'un diplôme de cadre de santé à l'issue d'un parcours d'accompagnement des candidats postulants. Le président de la CME et la cheffe de pôle ont bénéficié d'une formation à la conduite des entretiens professionnels. Des partages d'expérience sont réalisés avec l'organisation de temps de rencontre appelés « Thé cadres » ou pour les psychologues la tenue de réunions de leur collège. Le travail en équipe est une des bases du développement des organisations au Centre Hospitalier Bélaïr. En effet, le travail en équipe constitue un élément fondamental de la prise en charge des patients avec l'organisation de nombreux staffs et réunions de synthèse. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet au-delà de l'organisation de réunions cliniques régulières des temps d'échanges institutionnels. Ainsi les projets de service sont élaborés de façon participative avec l'ensemble des professionnels, toutes catégories confondues. Le schéma directeur immobilier a été présenté aux équipes afin de recueillir leur avis et apporter si besoin les aménagements nécessaires au respect des organisations. Les entretiens d'évaluation des personnels se déroulent une fois par an en ayant pour but l'évaluation des compétences et l'identification des besoins individuels en formation. Les infirmiers souhaitant s'inscrire dans une démarche d'obtention du diplôme d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) sont alors repérés (dix infirmiers sont déjà titulaires du diplôme et deux sont en formation). Au niveau médical, les entretiens professionnels viennent de débiter. Un Comité Local Éthique (CLE) est constitué depuis 2011 et se réunit régulièrement (deux représentants des usagers en font



partie). Une infirmière en est la présidente et deux infirmiers sont détenteurs d'un diplôme universitaire d'éthique. Toutefois, l'établissement n'a pas dressé un état des lieux des questionnements éthiques le concernant. La politique Qualité de vie au travail est structurée et pilotée au plan institutionnel. La Qualité de Vie au Travail (QVT) est une des composantes du projet social validé de l'établissement. Une enquête « Qualité de vie au travail » a été conduite en 2021 auprès des personnels afin de recueillir leur avis sur les conditions de travail et leur niveau de satisfaction. Des actions singulières comme une journée « Bien-être au travail » sont menées conjointement par la Direction des ressources humaines, la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et le service de santé au travail en proposant des ateliers de sophrologie, de luminothérapie, d'aromathérapie, etc. Un colloque « Sport Santé Bien-être » s'est tenu le 5 octobre 2023 au niveau de l'établissement. Dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS Grand Est « Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) 2023 », l'établissement a obtenu un financement pour la mise en place entre autres d'un programme d'activités physiques sur le lieu de travail, d'un « espace sport et bien être » dédié aux personnels et l'achat de matériels ergonomiques (chariot de douche). Des référents risques psychosociaux ont été formés par unité de février à mars 2022. En matière de ressources humaines, une démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) est suivie par la direction et une commission de maintien dans l'emploi est en place. Une approche qualitative des ressources humaines est en projet avec un accent mis sur la mobilité des personnels pour leur permettre de découvrir d'autres prises en charge en psychiatrie. Un projet « Seniors 2ème partie de carrière » existe ayant pour but de valoriser la fin de carrière des personnels en utilisant notamment leur expérience tout en les préservant physiquement. En cas de difficultés au niveau de relations interprofessionnelles ou de conflits au travail, la réponse institutionnelle est prise en compte de façon graduée tout d'abord par la mise en place d'un dialogue avec l'encadrement de proximité, puis l'intervention d'une médiation si besoin avec la direction et le président de CME. Un soutien psychologique est activable pour les personnels par saisine du service de santé au travail et le recours à un psychologue du travail libéral si nécessaire. L'établissement dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations exceptionnelles dénommé « Plan blanc » a été actualisé le 21 juin 2022. Dans le dispositif ORSAN, le Centre Hospitalier Bélaïr est classé comme un établissement de « Repli » et est susceptible d'être sollicité pour permettre un dégagement des établissements de première ligne. Il est destiné à la prise en charge de patients ne présentant plus de soins aigus. Le guide du plan blanc est assorti de fiches réflexes déterminant les rôles et missions attribués à chaque catégorie de personnels concernée par l'activation d'un plan de crise. Dans un passé récent, l'établissement a été confronté à une cyberattaque, à un incendie et à une coupure d'électricité, ce qui a permis de vérifier l'activation de la cellule de crise dans les 45 minutes et l'appropriation par les personnels des modalités de mise en œuvre des fiches réflexes. Un Retour d'Expérience a été instruit en février 2023 suite au déclenchement du plan blanc lié à un incendie au Centre Hospitalier Bélaïr. La mise en isolement pour risque de transmission d'agents infectieux en cas d'épidémie est prévue comme cela a d'ailleurs été activé lors de la crise sanitaire au CoVid-19 avec identification d'un service dédié pour accueillir les patients. Le Centre Hospitalier Bélaïr a fait l'objet d'une cyberattaque déclarée auprès de l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information. Les mesures d'urgence ont été mises en œuvre pour en limiter l'impact qui a été sans conséquence sur la prise en charge des patients et sur l'intégrité des données patient. Une reconstruction complète du système d'information a été nécessaire et le retour complet à la normale est en cours de finalisation. Les mesures de prévention des risques numériques sont connues des professionnels avec un login attribué à chaque agent et un mot de passe changé à la demande de la direction du système d'information (GHT Nord Ardennes). Le Plan de Sécurisation de l'Établissement est élaboré et un agent de sécurité (SSIAP 1) est présent 24H / 24 sur le site principal (24 caméras de vidéo protection y sont également installées). Les risques environnementaux sont pris en compte avec un diagnostic initial réalisé et une personne désignée référent développement durable. L'établissement suit ses consommations d'eau, d'électricité et de chauffage. Le tri sélectif des déchets est en place (DAOM, cartons, piles, bio-déchets en cours, etc.). Dans le cadre du développement durable, l'établissement a fait l'acquisition de 67 vélos à

assistance électrique pour les déplacements des personnels sur le Centre Hospitalier Bélaïr (implantation pavillonnaire sur trente hectares) et privilégie l'achat de véhicules électriques à hauteur de 50% du parc automobile. La prise en charge de l'urgence vitale est maîtrisée (formations AFGSU actualisées, numéro d'appel d'urgence unique « 1515 » connu des professionnels (SAMU de Charleville-Mézières), chariots d'urgence contrôlés, mise en place de défibrillateurs sur chacun des sites extrahospitaliers réalisée en cours de visite). La gouvernance s'assure du service rendu au patient en pilotant la dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les recommandations de bonnes pratiques sont actualisées au sein des différentes commissions de l'établissement porteuses de thématiques liées à la sécurité des soins (Comité des vigilances et des risques) et à la prise en charge des patients (Comité de lutte contre les infections nosocomiales, Comité de lutte contre la Douleur, etc.). La Commission de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) contribue par ses travaux à comparer les pratiques de l'établissement aux dernières recommandations (évaluation de l'état nutritionnel, évaluation de la pertinence du maintien de certains traitements au long cours, évaluation des bonnes pratiques concernant la mise en chambre d'isolement et la contention physique, etc.). La diffusion de ces recommandations est réalisée en Commission médicale d'établissement et via la base documentaire de l'établissement. La direction assure une veille réglementaire notamment en matière de respect des droits des patients relatifs à la réglementation en santé mentale. Suite au rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (visite du 2 mars au 7 avril 2022), l'établissement a mis en œuvre un plan d'actions afin de répondre aux recommandations émises. Le Programme Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) est présenté aux représentants des usagers lors des réunions de la Commission Des Usagers (CDU). Le PAQSS prend en compte le point de vue du patient, en particulier à travers une évaluation des pratiques professionnelles relative à « l'expérience patient », mais également en intégrant les éléments recueillis par les représentants des usagers lors de leurs rencontres avec les patients. Les résultats des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) sont analysés par la direction qualité et leur évolution est suivie en matière d'amélioration des taux de conformité (indicateurs « Qualité de la lettre de liaison à la sortie », « Prise en charge de la douleur en psychiatrie », etc.). Les événements indésirables associés aux soins sont suivis par la cellule qualité et les événements indésirables graves font l'objet d'une analyse collective (méthode ORION) avec l'ensemble des personnes concernées, et d'une déclaration sur le portail officiel ad hoc. 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 :? Remettre aux patients un passeport ambulatoire dans le cadre des prises en charge correspondantes ; Réaliser une évaluation régulière de la pertinence des prescriptions d'antibiotiques entre la 24e et la 72e heure ; Mettre systématiquement à jour le carnet de santé de l'enfant ; Standardiser la liste des médicaments à risque en concertation avec les professionnels ; Entraîner les professionnels dans une démarche d'évaluation de leurs pratiques. 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	080000086	CENTRE HOSPITALIER BELAIR	1 rue pierre hallali 08109 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement principal	080000318	CENTRE HOSPITALIER BELAIR	1 rue pierre hallali 08013 Charleville-Mezieres Cedex
Établissement géographique	080007206	"ALOHA" - CH BELAIR	38 route de nouzonville 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080007180	CATTP/HDJ INFANTO-JUVENILE - CH BELAIR	CASPEA ARC EN CIEL 1 rue Jean MERMOZ 08300 Rethel FRANCE
Établissement géographique	080007172	CMP-CATTP-HJ LA FARANDOLE -REVIN-CH BELAIR	CASPEA LA FARANDOLE 10 rue du colonel vaulet 08500 Revin FRANCE
Établissement géographique	080006356	HDJ AUBILLY - CH BELAIR	44 place de la gare 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080006273	CMP-CATTP-HDJ CASPEA- SEDAN - CH BELAIR	CASPEA LES LIBELLULES 4 rue Berthelot 08200 Sedan FRANCE
Établissement géographique	080005861	HJ L'ARCHE - CH BELAIR	4 boulevard fabert 08200 Sedan FRANCE
Établissement géographique	080005853	"LES LUCIOLES" - CH BELAIR	CASPE LES LUCIOLES 36 route de nouzonville 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080001621	HDJ VOLTAIRE - CH BELAIR	44 place de la Gare 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080001613	CMP/CATTP/HJ L'HELIOTROPE - CH BELAIR	10 place andre carree 08400 Vouziers FRANCE
Établissement géographique	080001803	CMP MILLEPERTUIS-GIVET - CH BELAIR	4 avenue pasteur 08600 Givet FRANCE
Établissement géographique	080001720	CMP LES CHARMETTES - CH BELAIR	44 place de la Gare 08000 Charleville-Mezieres FRANCE

Établissement géographique	080001704	CMP SEDAN - CH BELAIR	CMP LA PRAIRIE 4 boulevard fabert 08200 Sedan FRANCE
Établissement géographique	080001696	CMP - CATTP ADULTE LOUIS HACHETTE	1 rue Mermoz 08300 Rethel FRANCE
Établissement géographique	080001654	CMP / CATTP CAMILLE CLAUDEL - CH BELAIR	2 rue de la Fonderie 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080010556	CATTP MILLEPERTUIS - GIVET	4 avenue pasteur 08600 GIVET FRANCE
Établissement géographique	080010549	ATELIER THERAPEUTIQUES - CHARLEVILLE MEZIERES	FERRONNERIE 3 rue Louis Jovet 08000 CHARLEVILLE MEZIERES FRANCE
Établissement géographique	080010531	ATELIERS THERAPEUTIQUES - CHARLEVILLE MEZIERES	ECHECS / MOSAIQUE / JARDINS THERAPEUTIQUES 3 rue louis jovet 08000 CHARLEVILLE MEZIERES FRANCE
Établissement géographique	080010051	CMP-CATTP AQUARELLE	8 rue edouard vaillant 08700 NOUZONVILLE FRANCE
Établissement géographique	080010069	CMP PÉDOPSYCHIATRIE	1 rue Jean Mermoz 08300 RETHEL FRANCE
Établissement géographique	080001746	CATTP LES CHARMETTES - CH BELAIR	44 place de la gare 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080001712	CATTP SEDAN - CH BELAIR	4 boulevard fabert 08200 Sedan FRANCE
Établissement géographique	080001647	CMP/CATTP/HDJ LE VAL DE MEUSE - CH BELAIR	10 rue du colonel valet 08500 REVIN
Établissement géographique	080001837	APP THÉRAPEUTIQUE LES SOURCES - CH BELAIR	3 rue des tambours 08000 Charleville-Mezieres

## 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	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de 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	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	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
<b>Maternité</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
<b>Ambulatoire</b>	
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
<b>Tout l'établissement</b>	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
<b>Enfant et adolescent</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
<b>Patient âgé</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
<b>Urgences</b>	
Nombre de lit en UHCD	0
<b>Activité Hospitalière SMR</b>	
<b>Soins Médicaux et de Réadaptation</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
<b>Activité Hospitalière SLD</b>	
<b>Soins de longue durée</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
<b>Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)</b>	
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
<b>Activité Hospitalière PSY</b>	
<b>Psychiatrie et santé mentale</b>	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	196



Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	8
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	204
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	67
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	45
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	112
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	7
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	5
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	12
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	37,459
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	12,619
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	50,078
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	Patient traceur			
2	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI et EIG
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
4	Audit système	Leadership		
5	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
9	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
11	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Audit	Entretien Professionnel		

15	systeme			
16	Audit systeme	Entretien Professionnel		
17	Audit systeme	Maitrise des risques		
18	Audit systeme	Entretien Professionnel		
19	Audit systeme	QVT & Travail en equipe		
20	Audit systeme	Engagement patient		
21	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Audit systeme	Représentants des usagers		
24	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Audit systeme	Coordination territoriale		
	Patient		Psychiatrie et santé mentale	

26	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
31	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
32	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotiques injectables ou per os
33	Audit système	Dynamique d'amélioration		
34	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI et EIG
36	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Audit système	Entretien Professionnel		

38	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
39	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Non applicable
40	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
41	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
42	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
43	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Assis/couché
44	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
45	Audit système	Entretien Professionnel		

---

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

---

