



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CHU de Limoges

2 avenue martin luther king
87042 Limoges



Validé par la HAS en Mars 2024

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mars 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	27
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	28
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	29
Annexe 3. Programme de visite	33

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 de l'établissement.

Présentation

CHU de Limoges	
Adresse	2 avenue martin luther king 87042 Limoges Cedex FRANCE
Département / Région	Haute-Vienne / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Universitaire

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	870000015	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES	2 avenue martin luther king 87042 Limoges Cedex 1 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

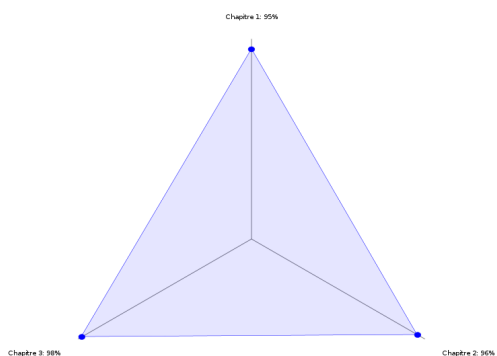
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

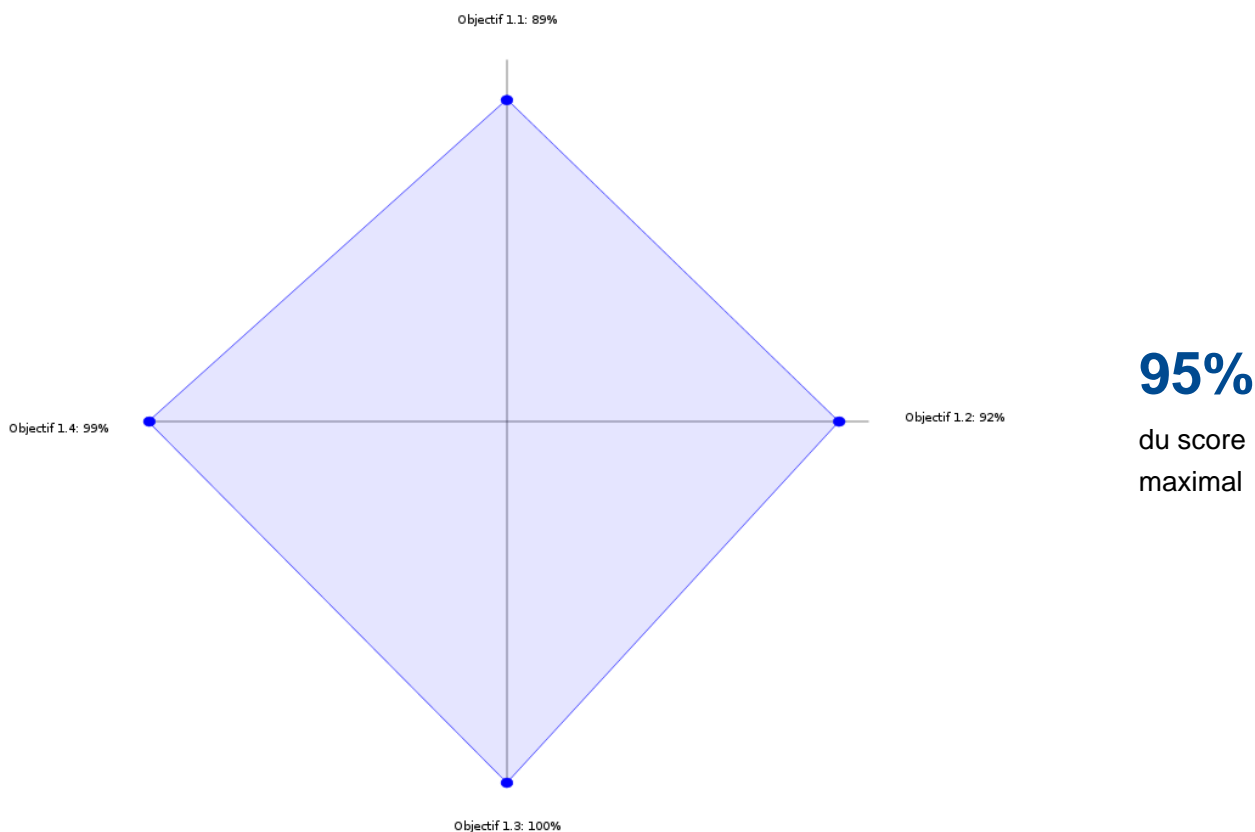
Au regard du profil de l'établissement, **125** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	89%
1.2	Le patient est respecté.	92%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

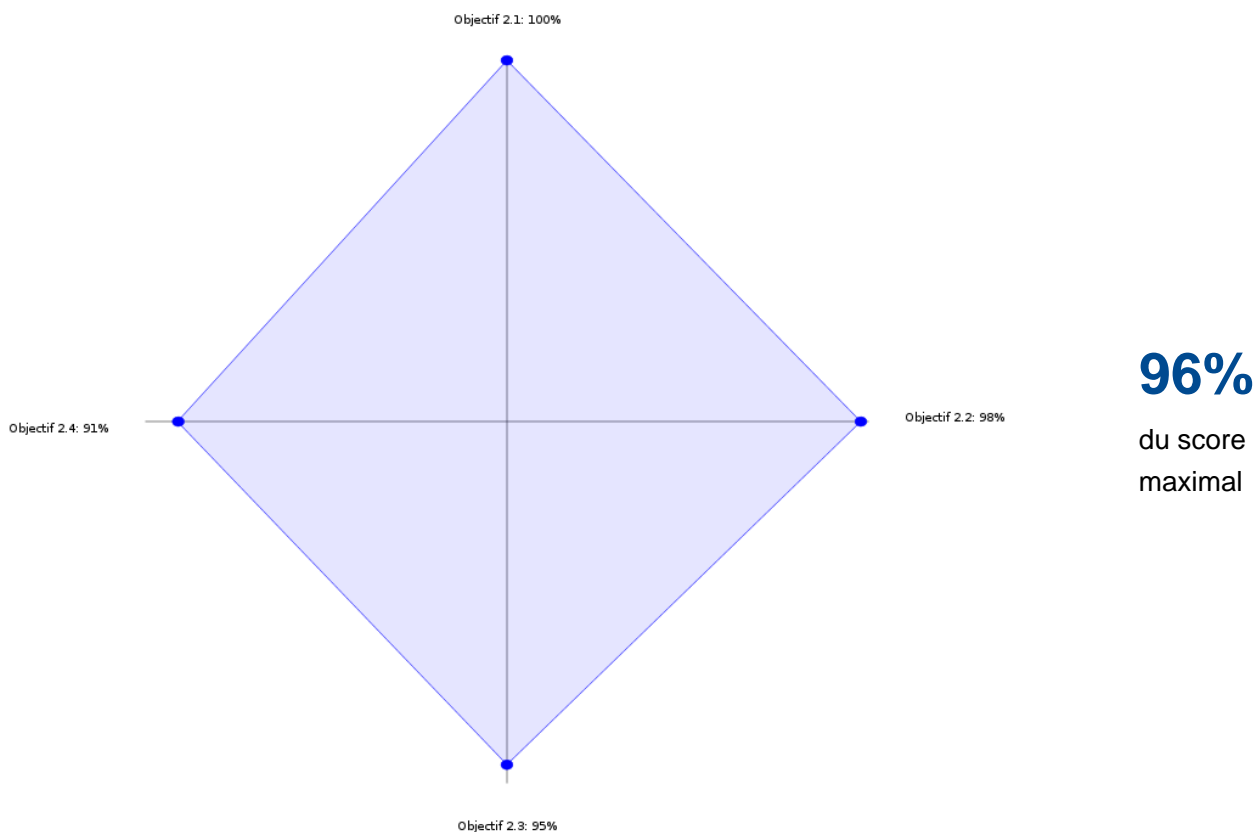
Dès son premier contact avec les professionnels du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins sont apportées tout au long de son hospitalisation grâce aux différents moyens de communication (entretien individuel, staff pluridisciplinaire, affichage, livret d'accueil...). Le consentement libre et éclairé du patient est systématiquement retrouvé. Le médecin et l'équipe soignante l'impliquent afin de définir son projet de soins, en partageant avec lui les bénéfices et les risques. Le patient bénéficie d'actions construites tout au long de sa prise en charge pour devenir acteur face à sa maladie grâce à des informations claires et adaptées qui renforcent sa capacité d'action pour sa santé comme en témoigne l'organisation de l'information et de l'accompagnement du patient

au sein des parcours patients comme par exemple ceux de Neurologie/Neuro-vasculaire, d'Oncologie, de Cancérologie, de Chirurgie Digestive, de Gériatrie, de Pédiatrie, de Néphro-hémodialyse, ou encore ceux où les patients transitent par la Réanimation polyvalente, la Réanimation Cardiaque, l'Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC) ou les différents Soins Continus de spécialité. Avec l'accord du patient et selon la situation, la personne de confiance qu'il a pu désigner, les proches et/ou les aidants à prévenir, peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins comme le démontre l'organisation de l'information et de l'accompagnement du patient, par exemple en Unité de Soins de Longue Durée (USLD), en Soins Médicaux de Réadaptation (SMR), en Médecine Physique de Réadaptation (MPR). D'ailleurs, pour les prises en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD), le projet de prise en charge est négocié avec l'entourage vivant avec le patient. La présence des proches, quand la situation le nécessite, est favorisée et plus particulièrement dans les secteurs de pédiatrie, de Néonatalogie ou au bloc opératoire de spécialité pour les interventions de chirurgie pédiatrique. Le patient témoigne être informé sur les dispositifs médicaux implantables qui lui sont posés mais une carte d'implant spécifique ne lui est pas toujours remise à sa sortie alors que la traçabilité du dispositif implanté est retrouvée dans le courrier de liaison. Le patient est également systématiquement informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés par les équipes qui lui remettent des plaquettes d'information et la traçabilité de ces informations est systématiquement retrouvée. Le dossier transfusionnel est conforme et les équipes appliquent les bonnes pratiques attendues, l'analyse de la pertinence des actes de transfusions sanguines est déployée notamment dans les secteurs d'activités comme l'hématologie cliniques, l'Onco-cancérologie, les chirurgies spécialisées, les réanimations et la gériatrie. En chirurgie ambulatoire, le patient (adulte ou enfant accompagné de son entourage) reçoit systématiquement les informations spécifiques à cette prise en charge et le passeport chirurgie ambulatoire qui lui est remis permet de les tracer et de les lui rappeler. En secteur de pédiatrie, l'avis de l'enfant sur son projet de soins est recherché et un travail sur l'alliance thérapeutique est mené avec l'enfant et son entourage en équipe pluridisciplinaires notamment pour les maladies chroniques comme par exemple le diabète ou la mucoviscidose. A partir de l'entrée en 6ème, selon le niveau de maturité de l'enfant, le médecin reçoit, progressivement, l'enfant sans ses parents et fait un retour secondairement aux parents. Pour une prise en charge chirurgicale, l'interne et le senior expliquent l'intervention aux parents, puis à l'enfant selon son degré de compréhension. Par ailleurs, lors du passage à l'âge adulte du jeune, les équipes des secteurs de pédiatrie se coordonnent avec les équipes des services adultes afin d'organiser au mieux la transition pour le jeune patient et son entourage. Le jeune patient est reçu par le médecin pédiatre et le spécialiste adulte en consultation commune avant d'être pris en charge par le secteur adulte, en intégrant, si nécessaire l'équipe de soins palliatif. En diabétologie, une journée de transition est également organisée pour les adolescents ou différents thèmes sont abordés comme la sexualité. Dans la journée, le groupe se rend dans le service adulte pour le découvrir. De plus, le patient mineur bénéficie d'un environnement totalement adapté notamment dans le bâtiment de l'hôpital de la mère et de l'enfant qui rassemble toutes les activités liées à la prise en charge de l'enfant des urgences aux différents services d'hospitalisation en passant par le plateau technique de chirurgie. Les services de pédiatrie, de néonatalogie sont organisés autour de secteurs différenciés en fonction de l'âge de l'enfant avec des salles d'activités différentes (petits enfants, grands enfants, adolescents) et des salons prévus pour les parents. Une maison d'accueil propose aussi des chambres pour les parents dont les enfants sont hospitalisés. Ce pôle présente une prise en charge centrée sur la maîtrise des risques et le bien-être de l'enfant et de l'adolescent où le maintien de la socialisation et de l'accompagnement scolaire et éducatif restent une priorité. Dans le même ordre d'idée, le circuit de prise en charge de l'enfant en chirurgie est totalement adapté, les parents accompagnent leur enfant au bloc et peuvent ensuite être présents lors du réveil en salle de réveil. Ces secteurs identifiés comportent du matériel adapté et les équipes sont formées à ces prises en charge. De façon générale, et plus particulièrement, dans les secteurs de médecines spécialisées, de cancérologie, de SMR, d'USLD mais aussi de réanimation et de pédiatrie, en situation de fin de vie, le patient peut aisément décider d'avoir recours à des soins palliatifs. Une démarche palliative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelles coordonnée est donc mise en œuvre par les équipes pour les patients en fin de vie. Elle est coordonnée au sein de l'établissement par l'équipe mobile en soins palliatif qui

s'articule avec l'équipe pluridisciplinaire du service de soins palliatif où la prise en charge est totalement centrée sur la réponse aux besoins individualisés du patient qui se concrétise autour d'un « contrat moral ». En oncologie, et sur le parcours de Cancérologie, les patients bénéficient d'un parcours de référence totalement organisé avec notamment un diagnostic d'annonce, un suivi de son programme de soins et la proposition de soins de supports conventionnels intégrés mais aussi de l'acupuncture, de la réflexologie plantaire ou encore de l'activité physique adaptée. L'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) par spécialité est conforme. Cette approche pluriprofessionnelle permet ainsi de proposer aux patients le traitement innovant le plus adapté à leurs besoins. Il est à noter une participation active de tous les spécialistes médicaux attendus comme les radiologues, les radiothérapeutes, les pharmaciens, les oncologues, les chirurgiens mais aussi les médecins spécialisés en anatomopathologie. En effet, un lien privilégié avec leur homologue spécialistes cliniques est établie dans le cadre des examens extemporanés et dans la décision thérapeutique choisie pour le patient. De façon générale, les patients témoignent pouvoir s'exprimer sur leur expérience au regard de leur maladie, et donner leur point de vue aux équipes de soins et se sentent entendus. Cependant, ils s'expriment peu sur les modalités du recueil de cette expérience et de leur satisfaction. L'établissement participe pourtant à la campagne e-satis en MCO et en SMR et des axes d'amélioration sont en cours de déploiement pour augmenter le recueil des adresses mail des patients et une campagne d'affichage de promotion du dispositif Esatis est en cours. Mais les résultats de l'enquête ne sont pas connus des équipes alors que ces derniers sont affichés dans les secteurs d'activité. L'établissement déploie aussi des questionnaires de satisfaction spécifiques par exemple en chirurgie ambulatoire, en gynécologie, en USLD, en Hôpital de Jour d'hématologie ou encore en orthopédie, sur l'expérience patient (qui s'apparentent à des questionnaires PREMS et PROMS sur l'expérience patient), effectués avant la sortie du patient. Par ailleurs, les patients connaissent peu les représentants des usagers et les modalités pour les joindre ainsi que leur droit à pouvoir déposer une réclamation ou un événement indésirable durant leur hospitalisation alors que ces informations sont contenues dans à un livret d'accueil en cours de dématérialisation qui leur est remis et qu'un affichage systématique les reprend dans les services. Des vidéos sur le sujet sont aussi à disposition des usagers. Les représentants des usagers via le projet des usagers ont des idées pour optimiser l'information des patients en s'appuyant sur des outils numériques. De plus, le patient n'est pas systématiquement informé sur son droit à rédiger des directives anticipées mais cela est dû au fait que les équipes médicales recherchent le bon moment pour la mise en œuvre de cette information d'un point de vue éthique alors que l'information est présente dans le livret d'accueil et que le dispositif d'information du patient par les équipes soignantes est en place. L'architecture de l'établissement, l'organisation des soins et les pratiques garantissent le respect de la dignité et de l'intimité du patient ainsi que la confidentialité des informations le concernant au cours de sa prise en charge dans la quasi-totalité des secteurs d'activité du CHU. L'architecture et l'organisation des flux patients au niveau des urgences pédiatriques et du circuit court, ambulatoire des urgences adultes sont conformes aux attendus, cependant, au niveau de la zone de prise en charge des patients du circuit long des urgences adultes, une sur occupation majeure, notamment de personnes âgées attendant une hospitalisation depuis plus de 24 h a été constatée. La prise en charge de ces patients en sur occupation dans les locaux actuels ne permet pas de respecter leur dignité et leur intimité et la confidentialité des informations malgré toute la bienveillance des professionnels de santé et des soins peuvent être réalisés dans le couloir sans paravent. Le CHU a bien identifié et analysé les causes de cette situation qui s'est amplifiée les dernières semaines avant la visite. 134 lits sont actuellement fermés, 95 lits depuis 2020 et 39 lits de manière conjoncturelle. L'établissement dans le cadre du dépôt de son dossier de restructuration en COPERMO (étude de 2013 à 2015), puis par manque de professionnels paramédicaux a fermé en deux phases successives 95 lits d'hospitalisation. Par ailleurs, 16 lits de chirurgie digestive ont aussi été récemment fermés en raison d'un incendie alors que ce service servait d'unité d'hébergement pour les personnes âgées à hospitaliser venant des urgences. Pour pallier à cette situation plusieurs actions ont été mises en place : Une plateforme gériatrique permet d'organiser des hospitalisations directes de personnes âgées sur un service de 10 lits ; Une cellule d'ordonnancement est en place avec des infirmiers(ières) de régulation de parcours au départ des urgences ;

L'équipe mobile de soins gériatrique passe tous les matins aux urgences pour évaluer des patients et les infirmières du DAC-PTA 87 essaient de trouver des solutions de retour à domicile. Par ailleurs, un dispositif de tension hospitalière institutionnel prévoit une déprogrammation de patients dans son niveau le plus élevé afin de libérer des lits d'hospitalisation pour les personnes âgées en attente d'hospitalisation aux urgences. Le dispositif d'hôpital en tension déclenché lors de la visite a permis de maîtriser la situation, car dès le lendemain, la situation de sur occupation et le nombre de personnes âgées en attente de plus de 24h pour une hospitalisation a diminué de moitié même si des patients âgés étaient encore dans les couloirs et d'autres patients dans la zone d'attente les uns à côté des autres avec 1 mètre de séparation malgré la présence de paravents. L'établissement a également prévu une humanisation de ses locaux des urgences à court terme, dès janvier 2024, avec un agrandissement du service dans la zone du circuit long de plus de 78 m² afin d'augmenter les zones de prises en charge des soins liés à la perte d'autonomie (toilettes, douche.). Une enveloppe de 400000 euros est prévue pour cette opération. La reconfiguration totale du service des urgences adultes est aussi planifiée dans l'opération de mise en sécurité et de restructuration du bâtiment de Dupuytren 1 en phase 3 avec une livraison prévue en juin 2028. Par ailleurs, la gouvernance a planifié un audit des organisations en février 2024 afin d'avoir un diagnostic précis externe de la situation. Les actions entreprises par l'établissement à court et à moyen terme sont d'ordre à maîtriser la problématique qui, certes, est architecturale pour partie mais qui est également liée à la gestion du flux des patients entre les urgences et les services que le dispositif d'hôpital en tension peut nettement améliorer. Le patient témoigne toujours bénéficier de soins visant à évaluer et à soulager sa douleur. Les échelles d'évaluation de la douleur sont adaptées aux populations accueillies. La prise en charge de la douleur est réalisée avec différentes approches médicamenteuses mais aussi comportementales. La traçabilité de la réévaluation après un traitement est toujours retrouvée. Un plan d'action soutenu fortement par la pharmacie est en cours pour améliorer la lisibilité des prescriptions d'antalgique si besoin par les infirmiers. En pédiatrie, un projet de recherche le « Trouillomètre » est en cours sur l'évaluation de la peur du soin chez l'enfant afin de la distinguer de la douleur avec la création d'une réglette d'évaluation de la peur par l'enfant qui a fait l'objet d'une publication. Cette échelle est notamment utilisée au sein des urgences pédiatriques. Le recours à la contention mécanique notamment en ce qui concerne les barrières de lit et la réévaluation de la pertinence du maintien de la contention à périodicité définie ne relèvent pas toujours d'une décision médicale alors que la traçabilité de l'évaluation par l'équipe paramédicale est quant à elle retrouvée. Enfin, la patient ou son entourage sont informés de la mise en place du dispositif de contention. Par ailleurs, un atelier sous l'égide de la direction des soins concernant les bonnes pratiques de contention est en place pour les équipes concernées. Au sein des secteurs et plus particulièrement en service de gériatrie, de SMR, d'USLD, de soins palliatifs, d'ortho- gériatrie où l'équipe mobile de soins gériatrique intervient, ou encore en pédiatrie, le patient âgé ou l'enfant dépendant ou porteur d'un handicap bénéficie d'une prise en charge qui vise à maintenir son autonomie et son lien social grâce à des programmes d'activités répondant à leurs besoins. Les patients en situation de précarité sociale et d'handicap sont particulièrement bien dépistés et accompagnés grâce à l'action en transversale des assistantes sociales et de celle de la Permanence d'Accès aux Soins (PASS) en complémentarité de l'action des équipes pluridisciplinaires. En pédiatrie, une prise en charge médico-psycho-sociale avec un staff hebdomadaire est conduite, en lien avec la Protection Maternelle Infantile (PMI) et le service social. Enfin, la prise en charge des détenus entre l'établissement pénitencier et le CHU est tout à fait adaptée. Pour terminer, les patients témoignent que leurs conditions de vie habituelles ont été interrogées et ont permis de mieux préparer leur sortie quelle que soit leur prise en charge. Lors d'hospitalisation de personnes âgées, dès leur admission, un bilan est fait par l'équipe pluridisciplinaire avec l'assistante sociale et une démarche précoce est initiée si nécessaire comme par exemple leur inscription dans une trajectoire de PRADO (programme de retour à Domicile encadré) en orthopédie, en gynécologie ou en cancérologie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	91%

Dès l'entrée du patient, chaque professionnel réalise une évaluation initiale qui est partagée en équipe, afin de proposer et mettre en œuvre le projet thérapeutique et le projet de soins du patient. La pertinence de la trajectoire de prise en charge est argumentée et présente une réflexion bénéfique risque pluridisciplinaire formalisée au sein du dossier patient pour toutes les prises en charge présentes au sein du CHU. Les équipes du SAMU orientent le patient en fonction de ses préférences dans la filière de prise en charge adaptée à ses besoins. Le dossier médical préhospitalier du SMUR, point de départ de la prise en charge, permet à l'équipe des urgences d'assurer au patient, qui est systématiquement orienté par un Infirmier d'Accueil et d'Orientation, une trajectoire de prise en charge la plus adaptée à ses besoins car les équipes peuvent accéder aux informations du dossier du patient concernant d'autres hospitalisations ou consultations au sein du CHU et au

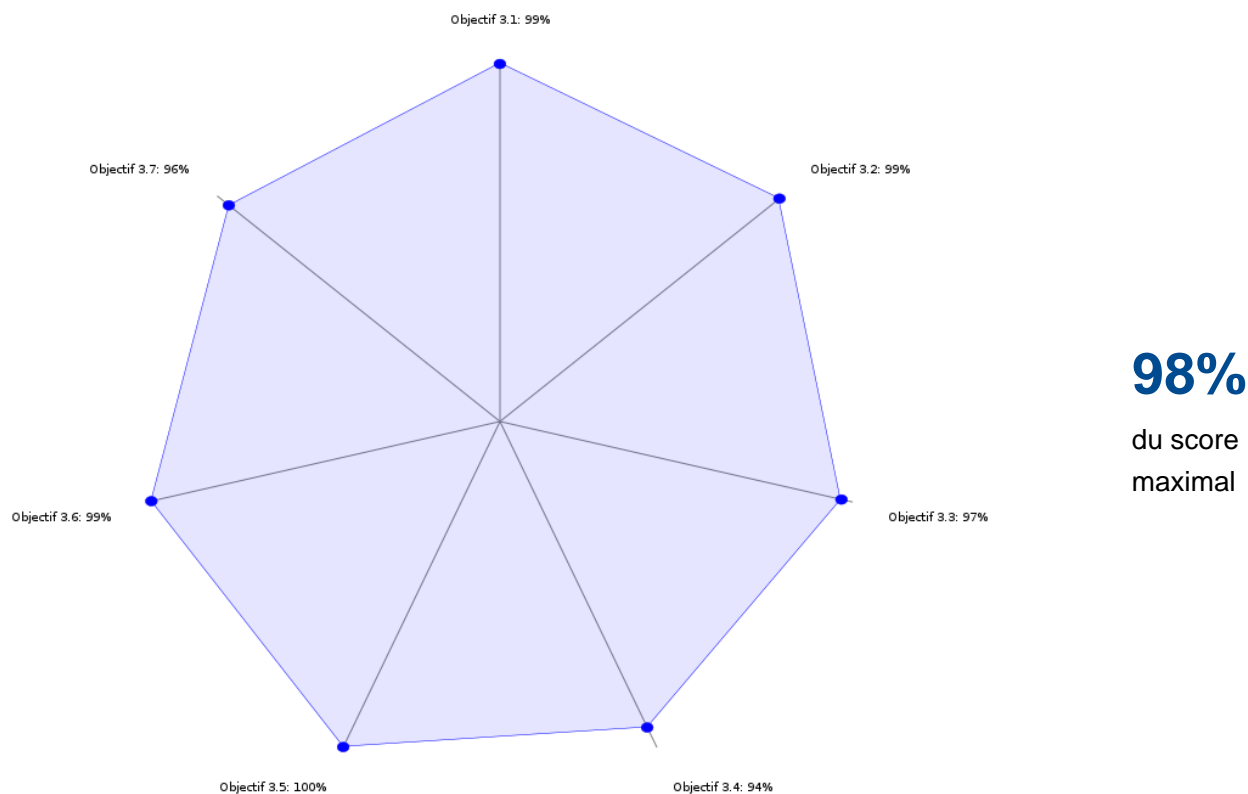
sein des établissements de la direction commune. Les délais d'attente sont mesurés et communiqués aux patients mais les équipes des urgences ne connaissent pas en temps réel la disponibilité des lits d'hospitalisation, néanmoins un système d'information sur le sujet est cours de déploiement. Par ailleurs, une cellule d'ordonnancement composée d'infirmières coordinatrices de parcours a pour rôle prioritaire d'accentuer la fluidité des parcours intra hospitalier pour permettre aux patients de séjourner le moins possible aux urgences. La traçabilité par les équipes de la pertinence de la prescription des antibiotiques est systématique ainsi que la réévaluation de cette pertinence à 48h-72h qui fait l'objet d'audits réguliers réalisés par la pharmacie. Cette prescription peut s'appuyer sur les compétences d'autres spécialités médicales de l'établissement, que ce soit pour l'identification des germes (chirurgiens plasticiens pour la réalisation de biopsies) ou pour le choix de l'antibiothérapie (avis des infectiologues). De plus, les équipes disposent des recommandations et protocoles diffusés par la Commission Médicale des Anti Infectieux (COMAI) et les médecins ainsi que les internes bénéficient de formations sur le sujet soutenues par le secteur de médecine infectieuse. Le projet de soins individualisé est argumenté et ajusté tout au long de la prise en charge lors des entretiens médicaux et lors des réunions pluridisciplinaires comme en secteur de SMR et de MPR, où la pertinence de l'admission est argumentée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire. En fin de compte, la pertinence des parcours est systématiquement argumentée quel que soit le parcours conformément aux référentiels de bonnes pratiques. De façon globale, les équipes sont coordonnées autour de la prise en charge du patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, citons comme exemple la coordination en place au sein du parcours de prise en charge des enfants en pédiatrie en hospitalisation complète et en hôpital de jour ainsi qu'en néonatalogie qui est extrêmement efficace avec une approche pluridisciplinaire pour les enfants porteurs de maladies chroniques. Les démarches d'évaluation de la pertinence de ces parcours pédiatriques sont menées par les équipes médicales. On pourrait aussi citer la démarche de coordination qui sous-tend le parcours de chirurgie bariatrique entre les différentes étapes de prise en charge du patient en secteur d'endocrinologie-nutrition avec l'accompagnement psychologique jusqu'au secteur de soins continus et d'hospitalisation puis jusqu'à la préparation de la sortie où le patient sera ensuite accompagné par le secteur associatif. Enfin, la coordination du réseau de professionnels pour la prise en charge en HAD adulte et enfant est assurée et des réunions pluriprofessionnelles sont organisées avec le médecin coordonnateur à périodicité définie. Cette coordination repose sur la complétude et l'accessibilité du dossier patient en temps utile dans la totalité des secteurs d'hospitalisation. Le dossier du patient informatisé est alimenté par l'ensemble des professionnels, ce qui contribue à la continuité et à la coordination des soins, notamment entre les équipes des secteurs interventionnels, et celles des secteurs d'hospitalisation. Les bonnes pratiques sont mises en œuvre dans les blocs opératoires et sur les secteurs interventionnels où la check-list sécurité des patients est utilisée de manière efficace car un suivi et une analyse de la réalisation de cette dernière dans les blocs est menée depuis plusieurs années avec l'élaboration d'un plan d'actions. D'ailleurs, une action est actuellement en cours sur le bloc obstétrical afin que tous les participants de l'équipe pluridisciplinaire attendus soient présents lors de l'élaboration de cette dernière. La coordination des acteurs de la programmation de l'activité de tous les blocs opératoires en tenant compte de la priorisation des urgences est totalement opérationnelle. Cette coordination repose aussi en interne sur les équipes de recours et d'expertise comme celles de la filière de Cardiologie, des chirurgies spécialisées, de cancérologie avec des RCP territoriales, de la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux, de médecine physique et de réadaptation, de réanimation et de soins critiques adultes et enfant ainsi que celles des équipes de médecine infectieuse, de néphro-hémodialyse ou de gastro-entérologie et même de celles du plateau technique de biologie moléculaire ... Elle repose aussi sur des équipes mobiles comme celle de gériatrie, de soins palliatifs et de psychiatrie adulte ou de pédopsychiatrie de liaison que l'on retrouve au niveau des services d'urgences adultes et pédiatrique. Cette coordination se poursuit en externe où une fédération inter hospitalière des urgences et du SMUR a été créée entre les trois établissements de la direction commune afin de soutenir les services d'urgence. Le partenariat avec le réseau de médecins traitants est favorisé et la lettre de liaison est remise à chaque usager à sa sortie. L'information du patient sur le bilan thérapeutique à la sortie (comparaison entre le traitement d'entrée et celui de sortie) est

opérationnelle et retrouvée tracée. Les ordonnances nécessaires à la continuité de la prise en charge sont données et expliquées aux patients avant sa sortie par les internes et en pédiatrie la traçabilité des informations nécessaires à la continuité des soins sont intégrées au carnet de santé de l'enfant. Par ailleurs, l'alimentation du Dossier Médical Partagé est opérationnelle mais celle du Dossier pharmaceutique n'est pas déployée. Le développement de la télésanté, notamment de la téléexpertise, est quant à lui acquis en soutien des activités de recours et d'expertise. Les équipes respectent les règles de l'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge du patient, qui dispose d'un bracelet d'identitovigilance durant toute son hospitalisation. Les bonnes pratiques d'hygiène, notamment l'hygiène des mains ainsi que les pratiques des précautions standards et complémentaires sont appliquées par les équipes pluridisciplinaires au sein des services d'hospitalisation : utilisation des solutions hydroalcooliques (indicateur suivi mais pas toujours connu par les professionnels des unités de soins), tenue professionnelle adaptée sans port de bijoux. Des audits de bonnes pratiques du lavage des mains sont conduits. Les équipes des bloc opératoires et des secteurs interventionnels appliquent et évaluent les bonnes pratiques de maîtrise du risque infectieux en per-opératoire au regard de recommandations de bonnes pratiques disponibles. Par ailleurs, les équipes du bloc chirurgical adultes appliquent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie décrites au sein de protocoles cibles par spécialités chirurgicales et elles les évaluent avec le référent antibiotique. Cependant, ces bonnes pratiques et leurs évaluations ne sont pas retrouvées au bloc chirurgical pédiatrique (le moment et la durée de l'antibioprophylaxie) alors que des protocoles existent. De façon systématique, les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au matériel réutilisable, ou lors d'actes de soins comme les pansements, les sondages urinaires ou la pose de voies veineuses périphériques. Des audits de bonnes pratiques sur les pratiques des précautions standards et complémentaires sont menés par l'équipe d'hygiène hospitalière, qui est d'ailleurs très bien identifiée par les équipes de soins. En secteurs d'endoscopie et aux blocs opératoires, les bonnes pratiques de traitements et de traçabilité des endoscopes sont toutes mises en œuvre par les équipes quelle que soit la spécialité. D'ailleurs, l'équipe médicale d'endoscopie développe des techniques innovantes de haut niveau à visée diagnostic avec la filière d'anatomo-pathologie et de traitements. Les bonnes pratiques de la maîtrise du risque infectieux sont également observées en secteur d'hémodialyse où la complémentarité de la prise en charge du patient entre la néphrologie et le plateau technique d'hémodialyse est totalement intégrée au parcours. Sur les plateaux techniques ou même en unité de chirurgie ambulatoire où l'autorisation de sortie est systématiquement renseignée, les équipes maîtrisent les bonnes pratiques spécifiques à ces secteurs. En maternité, elles mettent en œuvre les conduites attendues pour maîtriser les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat où un plan d'actions correctives pertinentes a été mis en place au décours d'un événement indésirable grave analysé. Des critères de sévérité comme la dénutrition, l'incontinence urinaire, la confusion, les chutes, la perte d'autonomie sont dépistés, évalués et maîtrisés par les équipes selon une organisation institutionnelle formalisée, reposant sur une approche pluridisciplinaire notamment en USLD, SMR, court séjour gériatrique, ortho gériatrie... Les professionnels évaluent cliniquement ces critères et les notifient dans le dossier du patient et informent le patient ou son entourage. Les équipes connaissent les circuits des vigilances notamment celui de la pharmacovigilance et de l'identitovigilance. Les référents sont connus. Le transport en intra hospitalier des patients est organisé et fonctionne avec une équipe de brancardiers totalement professionnalisée. Les formations et les habilitations de l'équipe de 50 brancardiers sont en place. Cette équipe effectuent plus de 600 transports par jour à l'heure grâce notamment à un système de régulation, planification avec géolocalisation. Les bonnes pratiques du circuit observées lors de la préparation des chimiothérapies sont optimales de la prescription à l'administration en passant par la dispensation et le transport au sein de l'unité de Préparation des Anticancéreux (UPA). Par ailleurs, à chaque poche préparée est accolée une puce permettant de s'assurer que le produit délivré l'est à la bonne unité de soins avec contrôle au départ de l'UPA et à l'arrivée dans le service de soins (l'UPA délivre plusieurs services du CHU dont l'HAD). Les professionnels impliqués dans ce circuit sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et des réunions dédiées et communes à l'analyse de certains de ces EIAS sont organisées. Par ailleurs, les bonnes pratiques de prescription, de dispensation,

d'administration et de stockage des médicaments, sous forme orale et injectables sont mises en œuvre au sein de l'établissement. De plus, les modalités d'approvisionnement et de transports des médicaments sont adaptées. Le dispositif de sécurisation des médicaments à risques est opérationnel, les équipes s'expriment aisément sur les particularités de la liste de ces médicaments adaptée à leur secteur d'activité et connaissent les principaux risques iatrogènes ainsi que les informations éducatives à donner aux patients des principaux médicaments ciblés. Le médicament à risques est identifié de la prescription jusqu'à l'administration. La sécurisation du circuit des médicaments, et plus particulièrement à risques, est donc maîtrisée de la prescription à l'administration en passant par le stockage. Cependant, l'établissement poursuit sa dynamique sur la sécurisation du circuit du médicament avec un programme d'actions correctives totalement en adéquation avec les quelques constats effectués en visite. En effet, les comprimés préparés ne comportent pas toujours la date de péremption jusqu'à l'administration, ou la délivrance des médicaments à risques hors dotation globale de services ne sont pas toujours identifiés médicaments à risques au départ de la pharmacie, ou des prescriptions d'antalgiques comme l'Acupan en si besoin ne comportent pas de durée de traitement et d'adaptation de la posologie en fonction de l'évaluation de la douleur alors que la pharmacie fait des rappels de bonnes pratiques sur le sujet. De plus, dans l'armoire à pharmacie située dans la salle de préparation des soins du service de SSR polyvalent les ampoules de chlorure de potassium hypertonique injectables se trouvent dans le même tiroir que les ampoules de chlorure de magnésium et de chlorure de sodium. Ces trois types d'ampoule sont par ailleurs identifiés comme médicaments à risque par l'intermédiaire des étiquettes prévues à cet effet. Nous avons constaté que le CHU avait corrigé ce constat le lendemain de l'observation. Les bonnes pratiques dans les services cliniques au regard de l'analyse pharmaceutique déployée sont appliquées. Des audits d'évaluation dans les unités des soins et des formations sur la connaissance des médicaments à hauts risques sont régulièrement effectués, de la même manière, des audits des armoires à pharmacie sont menés périodiquement dans les unités de soins. Les actions d'amélioration au regard des différentes évaluations sont inscrites dans le PAQSS du secteur concerné. Des revues de pertinence de prescriptions sont opérationnelles dans beaucoup de secteurs comme celles en oncologie, ou celles considérant certaines familles d'antibiotiques. La déclaration des événements indésirables liés aux médicaments se développe avec un taux de 19% en 2022 sur la totalité des événements indésirables liés aux soins et de 20% en 2023 au moment de la visite. La conciliation médicamenteuse se déploie au sein de l'établissement dans des secteurs identifiés comme par exemple en HAD. De façon générale, les équipes améliorent leurs pratiques professionnelles au regard de l'analyse des indicateurs qualité et sécurité des soins de leur secteur d'activité. En effet, chaque équipe dispose d'un programme d'actions d'améliorations au regard de l'analyse des indicateurs comme le suivi de la prise en charge de la douleur, le délai de remise de la lettre de liaison et la complétude des éléments attendus au sein de cette dernière. Ce programme, élaboré avec les équipes par le trinôme référent qualité, cadre supérieur de santé de pôle, médecin chef de pôle, intégré au programme qualité de chacun des pôles, est globalement bien connu et maîtrisé des équipes rencontrées. En conclusion, les indicateurs qualité sécurité des soins sont analysés au niveau institutionnel et au niveau de chacun des secteurs d'activités, ils sont présentés en instance et plus particulièrement en Commission Des Usagers. Ces indicateurs sont communiqués, aux équipes qui les connaissent par le trinôme qualité du pôle mais aussi lors des lundis de la qualité organisés dans les services, via la newsletter médicale et par le tableau de bord envoyé à chaque service par la direction qualité. De la même manière, ce programme de spécialité par pôle dispose d'actions correctives relatives à l'analyse des événements indésirables ou presque-accidents déclarés et les équipes s'expriment sur la notion de presque accidents de façon très claire. L'organisation de la déclaration et de l'analyse des événements indésirables est en place au sein de CHU et est systématiquement connue. De plus, une nouvelle charte mise à jour de confiance et d'incitation à la déclaration des Événements indésirables connue des agents a permis d'asseoir la dynamique de déclaration des événements indésirables (EI) liées aux soins dont l'organisation est informatisée. Des sensibilisations sur le sujet sont effectuées dans les pôles par les conseillers qualité et par l'encadrement. Des Comités d'analyse de ses événements indésirables (CREX) ou des Revues de Morbi-Mortalité (RMM), notamment pour analyser les EI classifiés comme graves, sont créés au

niveau de chacun des pôles d'activités afin de mener l'analyse de ces derniers avec la méthode ALARM, à laquelle beaucoup de soignants ont été formés. Les plans d'actions décidés avec les équipes, communiqués via le réseau de trinôme qualité des pôles (conseillé qualité, cadre de pôles chef de pôle) sont connus et mis en œuvre sur le terrain afin d'améliorer leurs pratiques. Par ailleurs, l'information du patient ou de son entourage de la survenue d'un événement indésirable est assurée et retrouvée tracée dans son dossier. En 2022, 649 EI liés aux soins, dont 3,8 % graves ayant fait l'objet d'un CREX / RMM, 115 liés au circuit du médicament, 416 liés à la matériovigilance et 69 à l'hémovigilance ... ont été déclarés pour 5503 EI (5711 en 2021). Des RMM sont menées dans les secteurs de gériatrie, de Neurologie vasculaire, d'Obstétrique, de Pédiatrie, du SAMU, et d'hématologie sous la houlette des médecins chefs de ces services et du coordonnateur médical de la sécurité des soins. En conclusion, la dynamique est en place et la grande majorité des équipes améliorent leurs pratiques au regard de l'analyse des événements indésirables. Par ailleurs, l'analyse d'événements indésirables inter-établissement dans le cadre du GHT Limousin est amorcée. L'identification d'actions d'amélioration par les équipes au sein de ces programmes d'actions concernant l'analyse de la satisfaction, de l'expérience et des plaintes et réclamations des patients, est globalement acquise. D'ailleurs, le point de vue du patient est bien intégré au PAQSS institutionnel et des pôles par l'équipe qualité avec des actions émanant de l'analyse institutionnelle de la satisfaction et de l'expérience patient. En effet, l'établissement développe tout un panel de démarches d'évaluation de l'expérience patient avec intégration d'anciens patients dans les démarches d'éducation thérapeutique dans les domaines de la cardiologie, de l'hémodialyse, de la neurologie vasculaire et le déploiement de questionnaires spécifiques destinées à évaluer l'expérience patient. De la même manière, les équipes disposent d'actions d'amélioration liées à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au regard des résultats cliniques des populations accueillies dans les secteurs d'activité, citons comme exemples l'EPP allaitement, celle sur l'hémorragie du post partum, ou encore, en pédiatrie celle sur l'utilisation des gaz médicaux (MEOPA) et l'utilisation d'un chemin clinique en chirurgie digestive pour la cholécystectomie. Néanmoins, les équipes des secteurs de soins critiques comme la réanimation, les soins continus de spécialités, l'Unité de Soins Intensifs Coronarien (USIC), les urgences/ SMUR ne disposent pas toujours de programmes d'actions spécifiques avec des indicateurs de suivi qui leur sont propres. Le suivi des refus d'admission argumenté a été déployé sous la forme d'un registre dans tous les secteurs critiques avant la fin de la visite. De la même façon, le suivi des ré-hospitalisations à 48h/72H est très aléatoire d'une activité de soins critiques à une autre, effectué en USIC mais non encore déployé en réanimation. Enfin, des actions d'amélioration de la qualité des examens biologiques sont opérationnelles via la démarche de COFRAC, fortement déployée sur la plateforme de biologie médicale du CHU, lors des revues qualités avec les services. Un groupe de travail "Prescription projet juste prescription", animé par des biologistes, réalise des revues de pertinence des prescriptions. Il en est de même pour l'imagerie médicale où des suivis de la pertinence des prescriptions et des délais de rendu des examens sont en place. Les patients sont informés par les équipes de radiologie des doses de rayonnements ionisants reçues qui sont tracées dans le compte rendu d'imagerie. Par ailleurs, les équipes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination dans la logique de réduire les risques pour eux-mêmes mais aussi pour les patients pris en charge. En effet, la promotion de la politique vaccinale et des vaccinations non obligatoires comme celle de la grippe est ancienne au niveau de l'établissement et repose sur l'action de la médecine du travail qui facilite l'accès à la vaccination pour les agents. Pour terminer, la coordination de prélèvements d'organes et de tissus est organisée au sein de l'établissement. Cette activité est maîtrisée et correspond aux bonnes pratiques des référentiels attendus par l'agence de biomédecine, en témoigne l'évaluation des résultats menée au regard de ces référentiels et des indicateurs retenus par l'agence de biomédecine.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

Le CHU de Limoges est le 3ème établissement de santé de la région Nouvelle-Aquitaine avec les missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues à un CHU. Son offre de soins de proximité, de recours et d'expertise couvre tout le bassin d'attractivité de l'ancienne région Limousin de 750 000 habitants et se déploie sur 1921 lits portées par 6200 agents dont 500 personnels médicaux et près de 500 internes. Cette offre se

regroupe autour de 8 pôles qui couvrent tous les âges de la vie : le pôle mère enfant, le pôle Neurosciences Tête Cou Os, le pôle Thorax Abdomen, le pôle Gériatrie clinique, le pôle Cancer, le pôle Clinique Médicale, le pôle Biologie Pharmacie, le pôle Soins Aigus Bloc et Imagerie répartis sur un campus hospitalo-universitaire de soins, d'enseignement et de recherche. Un programme pluriannuel d'investissement ambitieux se déploie afin de soutenir le projet de mise en sécurité et de modernisation du principal bâtiment du CHU Dupuytren 1, avec une forte participation des représentants des usagers, pour un montant de 360 millions d'euros avec un début des travaux prévu début 2024 pour se terminer en fin 2032. Le CHU est également établissement support du GHT Limousin qui regroupe 18 établissements sur les départements de la Corrèze, de la Haute Vienne et de la Creuse et qui porte une dynamique de 10 filières de soins graduées et un projet sur la gestion territoriale des lits avec les autres établissements MCO du GHT tête de pont de chacun des départements. Dans cette organisation en filière le CHU est l'établissement de recours et d'expertise pour des activités en monopole comme par exemple les soins critiques pédiatriques, la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque et celle de la main, l'hématologie et la maternité de niveau 3. A ce titre, il regroupe aussi des centres labélisés de maladies rares, des structures de coordination et de réseaux comme des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires territoriales (en oncologie, en diabétologie, en médecine infectieuses...), des Équipes Mobiles comme celles de Soins Palliatifs pédiatriques et adultes et de l'Hospitalisation A Domicile... Des filières sur la douleur pédiatrique, sur les grands brûlés pédiatriques sont également travaillées dans le cadre du GCS NOVA qui regroupe les CHU de Bordeaux, de Poitiers et de Limoges. Des pôles inter établissements comme celui des urgences avec les Centres Hospitaliers de saint Junien et Saint Yrieix-la-perche et des postes partagés de médecins sont aussi opérationnels. La politique « d'aller vers » du CHU se concrétise également par la participation active à une plateforme d'appel d'urgence gériatriques 87 et d'hospitalisation en gériatrie de la personne âgée, aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ainsi qu'aux Contrats Locaux de Santé qui est soutenue par une sous-commission de la CME Ville Hôpital. Le CHU développe aussi des partenariats avec la Mutualité Française du Limousin dans le cadre d'un hôtel hospitalier, la CPAM dans le cadre des dispositifs PRADO (retour à domicile) et la médecine de ville avec la création du Service d'Accès aux Soins (SAS) située dans les mêmes locaux que la coordination du SAMU. Un dispositif d'accompagnement et de coordination de la sortie des patients de l'hôpital est aussi déployé avec la médecine libérale pour coordonner les sorties complexes. Un autre outil « PACO Globule » de coordination entre la médecine de ville, l'hôpital et les établissements médico-sociaux est mis en place. Le fort développement du réseau ville hôpital est soutenu par un système d'information structuré, sécurisé qui porte l'expansion de la télé-expertise, et de la télé-médecine. Ce CHU, ouvert sur son territoire, a construit de nombreux partenariats pour coordonner et piloter le parcours des patients dans différentes spécialités de recours avec tous les acteurs publics et privés identifiés sur son territoire afin de les fluidifier. Des modalités de communication, notamment téléphoniques, permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter les services aisément pour des prises de RDV ou des renseignements. Un numéro spécifique est en place pour les patients pris en charge en ambulatoire où une ligne directe est réservée aux sages femmes libérales pour joindre en urgence la maternité. La demande de prise en ligne de RDV informatisée se déploie. Une messagerie sécurisée ad-hoc est déployée sur la totalité de l'institution pour fluidifier les échanges et améliorer la communication. L'alimentation du Dossier Médical Partagé est quant à elle déployée. En urgence, des modalités de prises en charge rapides sont organisées, notamment pour les activités d'obstétrique, d'agressions physiques ou sexuelles, de SMUR Néonatal, de pédiatrie, de cardiologie interventionnelle, de Neurologie Interventionnelle et de cancérologie. L'établissement dispose aussi d'un trauma center, d'un service SOS main, d'un parcours récent pour la prise en charge des "sepsis" aux urgences et d'un service d'urgences pédiatriques, qui peut activer un dispositif spécifique d'accueil et d'hospitalisation en cas d'épidémie de bronchiolite. Par ailleurs, l'établissement dispose d'une organisation qui permet de prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences. On retrouve un dispositif permettant des admissions directes qui repose sur l'unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement (UPS AV), sur une équipe mobile gériatrique extrahospitalière mais aussi sur la plateforme d'urgence gériatrique 87 et sur celle de télé-médecine en collaboration avec les EHPADs du territoire. En interne, la

prévention des passages aux urgences de cette population vulnérable repose sur l'action de l'équipe mobile de soins gériatrique intra-hospitalière comme constaté en visite, qui peut hospitaliser directement des personnes âgées sur une unité de 10 lits supplémentaires de courts séjours gériatrique. Enfin, une cellule d'ordonnancement de régulation des parcours est en place pour fluidifier les parcours dont celui de la personne âgée en appuie de l'action efficace de l'équipe mobile de soins gériatrique et de celle de l'équipe de préparation de la sortie à partir des urgences. Enfin, le CHU est fortement positionné sur l'axe de recherche médicale et paramédicale qui repose sur un comité de pilotage stratégique de la recherche qui est une structure solide qui allie rigueur scientifique, aspect réglementaire et éthique. Une direction de la recherche clinique et de l'innovation pilote le dispositif qui accompagne la recherche médicale et paramédicale ce qui permet inévitablement de proposer des innovations thérapeutiques aux patients. En effet, le CHU abrite 40 centres de maladies rares comme ceux de l'hypertension artérielle pulmonaire et de la Sclérose latérale amyotrophique. Un journal intitulé « rendez-vous de la recherche » est publié mensuellement. Enfin, un groupement territorial de la recherche clinique du Limousin associe les 18 établissements du GHT dans le développement de la recherche clinique. La prise en compte de l'engagement patient est un axe soutenu de la politique qualité de l'établissement et repose sur des actions de communication centrées sur le patient, en témoigne la formation sur la communication réceptive, celle sur la communication avec la personne aphasique. Outre le déploiement de la campagne d'évaluation de la satisfaction des patients Esatis, le développement de l'expression des patients et le recueil de son expérience grâce aux différents questionnaires élaborés par prise en charge, l'établissement est fortement mobilisé dans des démarches de l'expertise patient qui sont en cours d'évaluation. En effet, huit patients participent à des programmes d'éducation thérapeutique en rhumatologie, en neurologie, en gastroentérologie pour la transplantation, en pédiatrie pour le programme hémophilie ou en néphrologie. Deux patients partenaires sont intégrés dans l'accompagnement des patients en cancérologie et un patient expert en éducation thérapeutique nutrition. Un dispositif d'immersion des représentants des usagers a eu lieu aux urgences et en consultation d'ophtalmologie. En pédiatrie, un groupe de partage de l'expérience patient est très actif. Par ailleurs, le CHU a passé convention avec 40 associations de patients qui organisent des permanences à la maison des usagers qui est repensée en un espace des usagers dans le projet de rénovation du bâtiment Dupuytren 1 dans le but d'optimiser l'accompagnement des patients et de leur entourage. La Commission Des Usagers (CDU) fonctionne, la gestion des plaintes est organisée. De plus, les soignants connaissent en général les plaintes de leur secteur d'activité ce qui témoigne de la dynamique institutionnelle et ils font référence aux programmes de la CDU. En effet, l'établissement intègre les trois causes principales de plaintes par service aux tableaux de bord de bord annuel sécurité des soins dont disposent les équipes. Les délais d'accès du patient à son dossier sont suivis avec une nette amélioration entre 2021 et 2022 consécutif à un plan d'actions engagé. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement et participent à différentes instances comme la commission des soins ou le comité d'éthique. Ils participent aussi aux démarches d'évaluation par la méthode du patient traceur ce qui leur permet d'être plus facilement force de proposition par la suite. Les membres de la CDU préparent des actions d'amélioration que l'établissement intègre dans son PAQSS et qui sont suivies en CDU, comme par exemple pour 2022, l'action de poursuivre la mise en œuvre du patient partenaire en cancérologie ou celle de démarrer un groupe de travail sur le consentement éclairé. Ces représentants des usagers ont rédigé un projet des usagers innovants dont un des axes principaux est d'optimiser l'information des patients grâce à des outils de communication nouveaux de l'aire numérique. D'ailleurs, un dossier de demande de financement devrait être déposé auprès de l'ARS sur le sujet dans le cadre d'un appel à projet. Les valeurs de bientraitance présentes parmi les axes stratégiques du projet d'établissement sont intégrées aux pratiques soignantes ce qui prévient la maltraitance. Des actions de formation sont organisées de façon pluriannuelle au niveau du plan de formation et de développement des compétences comme celle sur la détection des violences faites aux femmes. Un groupe de travail bientraitance et un Comité de Revues d'Expérience pluriprofessionnel institutionnel sont pilotés par la direction des soins et des groupes d'analyse des pratiques permettent aussi aux soignants de s'interroger sur les bonnes pratiques dans ce domaine. D'ailleurs, les équipes s'expriment sur les moyens pour dépister la maltraitance mais surtout

sur les comportements à adopter afin d'être bienveillantes. De façon générale, l'engagement patient individuel et collectif est fortement impulsé par la gouvernance. Quelle que soit la population prise en charge, les services de soins, y compris les urgences, favorisent l'accès aux soins des personnes vulnérables et précaires grâce à une Permanence d'Accès aux Soins et à un service social totalement opérationnels, citons comme exemple le circuit patient de l'enfant autiste. La position de leadership de la gouvernance est affichée dans les orientations stratégiques et dans la politique qualité gestion des risques 2022-2024 qui émane du projet d'établissement avec 5 axes prioritaires : poursuivre la sécurisation et l'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge, développer le travail en équipe, étendre les démarches relatives à l'expertise et à l'expérience patient, valoriser la culture qualité et sécurité des soins, améliorer et pour finir, fluidifier les parcours des patients en lien avec la ville. Cette position de leadership se concrétise dans la déclinaison de la politique qualité où le positionnement de la présidence de la CME est très fort au niveau de la communauté médicale. La politique se décline ensuite dans chacun des pôles d'activité avec des objectifs d'amélioration qui lui sont propres. Cette politique se traduit dans les modes d'organisation managériale de l'institution, on retrouve un niveau stratégique avec les instances de concertation ou facultatives comme le directoire ou la CME qui ont un rôle moteur de leadership et un conseil stratégique de la qualité. Puis un comité opérationnel de pilotage, un Coordonnateur de la Gestion des Risques associés aux soins, une direction qualité gestion des risques/et son équipe, la Commission Des Usagers représentent le niveau de pilotage. Au niveau opérationnel, sont positionnés des groupes de travail, des personnes ressources comme les vigilants, le trinôme cadre de pôle/ référent qualité du pôle/ chef de pôle puis au niveau des services le binôme médecin chef de service/cadre de santé mais aussi les sous-commissions de la CME, telles que le Comité de Lutte contre la Douleur, le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), la Commission du médicaments et des Dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS). Annuellement, les orientations stratégiques sont réajustées par le conseil stratégique de la qualité et présentées en instances. La coordination des vigilances se réunit à périodicité définie, les vigilants sont identifiés et le dispositif d'alertes ascendantes et descendantes est opérationnel. La politique se décline au sein d'un Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel qui se décline ensuite en actions concrètes sur le terrain. Chaque pôle et service dispose d'un plan d'actions globalement bien connu des équipes. Ce programme d'actions par pôle qui se décline ensuite au niveau des unités de soins, prend en compte l'analyse des indicateurs qualité sécurité des soins, l'analyse du retour de l'expérience patient ainsi que celle des événements indésirables et plus particulièrement des événements graves qui se concrétisent par des actions d'amélioration ciblées. En CME, la présentation de Revues de Morbi-Mortalité suite à des événements indésirables mobilisent les équipes médicales sur la maîtrise des bonnes pratiques. Chaque action dispose d'un pilote et d'un indicateur de résultat. Des outils de communication sont élaborés par la direction qualité où la gouvernance s'implique directement. Outre la communication directe des conseillers et référents qualités qui mobilisent les équipes dans la connaissance de ce plan d'actions, les lundis de la qualité, la lettre d'information de la CME « grand angle sur la sécurité de nos patients », la semaine de la sécurité des soins, un espace dédié dans l'intranet et dans le journal « chorus », des forums de la qualité organisés par la direction des soins sur des simulations de bonnes pratiques, ou des ateliers de sensibilisations des paramédicaux sur les calculs de doses par exemple sont déployés. L'établissement soutient les revues de pertinences et plus particulièrement la CME par l'intermédiaire de la gouvernance des pôles qui mobilise les équipes médicales sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles, émanant des sociétés savantes ou des sous-commissions de la CME. D'ailleurs, un médecin gère un "Up to date" des bonnes pratiques à destination des praticiens de l'établissement. Les références sont accessibles aux équipes via le logiciel de gestion de la qualité. Les médecins organisent régulièrement des formations flashes pour présenter ces recommandations de bonnes pratiques aux équipes paramédicales ainsi qu'aux internes. L'analyse de la pertinence des admissions et des séjours sur la base de recommandations de bonnes pratiques est déployée dans tous les secteurs d'activité. Enfin, l'organisation en aval des urgences permet une fluidité des parcours en toute sécurité. L'accréditation individuelle et en équipe des médecins est impulsée par la gouvernance et la

CME. Neufs médecins de spécialités à risques sont accrédités. D'ailleurs, les chirurgiens cardiaques engagés dans la démarche suivent leurs indicateurs de bonnes pratiques dans le cadre de la démarche nationale pilotée par leur société savante. Les équipes médicales des services d'Urologie, de chirurgie Thoracique et Digestive s'engagent dans la démarche de l'accréditation en équipe. Enfin, les neuf médecins accrédités présentent régulièrement leurs évaluations de pertinence cliniques en CME. Au final, la forte dynamique de soutien de la culture qualité en place au niveau de la gouvernance diffuse au niveau de l'établissement. Un nouveau regard sur la gestion de la qualité fait jour sous l'impulsion de la CME et de sa présidente. L'évaluation de cette culture est en cours et il est prévu de la finaliser en 2024. En mobilisant les conseillers qualité au plus proche du terrain au côté des médecins mobilisés par la CME et des cadres mobilisés par la Coordination Générale des Soins, les équipes sont accompagnées efficacement. L'établissement dispose à ce jour d'une organisation solide de son management qualité gestion des risques du sommet stratégique en passant par la gouvernance des pôles jusqu'aux services de soins. Les relais prévus pour la mise en œuvre de la politique via le PAQSS institutionnel et ceux des secteurs d'activités sont efficaces et l'intérêt des acteurs est manifeste pour pérenniser cette démarche. L'adéquation des ressources (compétences et temps de présence) est pilotée en fonction des nécessités liées à la qualité de la prise en charge des patients et les équipes en témoignent. En effet, afin de sécuriser les activités, des modalités organisationnelles adaptées sont prévues. Des maquettes organisationnelles sont élaborées pour le personnel paramédical et pour le personnel médical dans les services en temps continu. Par ailleurs, une équipe institutionnelle de suppléance et un Pool par pôle sont disponibles pour palier à l'absentéisme et permettent d'assurer les compétences nécessaires pour chaque filière spécifique. Les agents de l'établissement rappelés peuvent être rémunérés en heures supplémentaires. L'établissement a aussi recours à l'intérim médical. Par ailleurs, l'établissement adapte en dernier recours sa capacité de lits par pôle en fonction de effectifs disponibles. Le travail en équipe est soutenu par la gouvernance et l'analyse de la synchronisation du temps de présence des équipes pluridisciplinaires médicales et paramédicales est déployée citons l'exemple du service d'oncologie et de celui de gériatrie où un plan d'actions d'amélioration de cette synchronisation a été mené avec beaucoup de satisfaction des équipes rencontrées. Le travail en équipe prend également tout son sens dans la coordination des parcours lors des staffs pluridisciplinaires. Des approches collectives d'amélioration du travail en équipe sont menées via des démarches d'analyse des pratiques en équipe et trois équipes de spécialités chirurgicales s'engagent dans la démarche d'accréditation. Les compétences individuelles sont régulièrement évaluées, la démarche d'entretien professionnel est totalement déployée et un plan de formation et de développement des compétences est en place en adéquation avec la stratégie de développement du CHU pour les équipes paramédicales. Des contrats d'objectifs et d'accompagnement sont proposés aux agents si nécessaire. Des ateliers spécifiques de formations aux bonnes pratiques sont organisés pour les paramédicaux dont une part sous le mode de la simulation. Enfin, un plan d'intégration est proposé aux nouveaux arrivants. De plus, les managers de façon globale bénéficient d'une démarche de co-développement d'analyse des pratiques managériales, de coaching individuel ou collectif. Un espace de santé au travail est à disposition des agents mais aussi des managers qui leur offre un espace de parole avec la possibilité d'avoir accès à une systémicienne. Par ailleurs, les managers médicaux ont accès via le GCS NOVA, qui rassemble les trois CHU de la région, à un master de management, 15 médecins sont actuellement en cours de cursus. Les cadres paramédicaux, administratifs, logistiques et techniques ont quant à eux la possibilité de suivre des parcours managériaux sur des thématiques spécifiques. La culture du questionnement éthique est une valeur structurante du CHU comme en témoignent les équipes. Un comité d'éthique est à la disposition des secteurs depuis 1989 pour traiter les questionnements et accompagner les équipes en complémentarité de formations proposées par l'espace de réflexion éthique de Nouvelle-Aquitaine. Des entretiens peuvent être organisés dans les services en urgence par le comité comme cela a été le cas en 2023 dans le cadre d'un projet de recherche clinique. La démarche éthique prend d'ailleurs toute sa forme lors des staffs éthiques des secteurs de réanimation néonatale, de soins palliatifs ou encore de Procréation Médicalement Assistée (PMA)... La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) en place, intégrée au projet social, s'appuie sur les résultats d'une enquête QVT actualisée en 2023 et est en

cours d'être confirmée par un baromètre social. Elle a été élaborée en étroite collaboration avec les partenaires sociaux. Les professionnels s'expriment sur des actions du programme déployées comme la mise à disposition d'espaces de détente pour les équipes, la dotation de tricycles électriques pour les coursiers et une stagiairisation rapide après leur recrutement. La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences irrigue celle sur la Qualité de Vie au Travail qui se coordonne elle-même avec le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels. Une cellule de maintien dans l'emploi permet en lien avec la médecine du travail de proposer des postes aménagés pour permettre le retour à l'emploi à des agents présentant des problématiques de santé particulières. L'établissement dispose de mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits qui reposent sur l'action en interne d'une psychologue et d'une assistante sociale de la médecine du travail, et sur une cellule d'écoute et de médiation plus particulièrement pour le corps médical composée d'un Professeur des Universités Praticien Hospitalier, d'un Praticien Hospitalier et d'une psychologue. Enfin, le recours à des organismes de médiations externes est également ouvert. La gestion des tensions hospitalières est organisée et repose sur un dispositif gradué par niveau qui est coordonné au départ par le service de urgences où une cellule d'ordonnancement est en place. Une cellule de crise se met en place dès le niveau 1 et une procédure d'organisation de gestion des flux est déclenchée qui s'accompagne d'un protocole de coopération avec la Polyclinique voisine. Le niveau le plus élevé se concrétise par le déclenchement du plan blanc formalisé avec un volet de prise en charge des Situations sanitaires Exceptionnelles (SSE). D'autres plans sont en place au niveau du CHU, le plan bronchiolite, le plan de tension en néonatalogie, le plan rose en maternité. Des exercices de simulations sont organisés avec la participation à 4 exercices préfectoraux par an et à des exercices de zones de défense SAMU inter-hospitalier. Les plans de crises sont donc opérationnels y compris dans leur dimension de gestion des tensions hospitalières. Ces derniers sont connus des équipes de soins en fonction des spécificités mais plus particulièrement le plan blanc/SSE aux urgences. Le matériel nécessaire est mobilisable à tout moment avec des moyens spécifiques pour le SMUR et les ressources humaines sont coordonnées par la cellule de crise en lien étroit avec la Coordination Générale des Soins et la Direction des Ressources Humaines. La sécurité des biens et des personnes repose sur un Plan de Sécurisation et de Sureté adapté à la catégorie de l'établissement qui se traduit en actions sur le terrain. Ce programme est suivi par une équipe d'ingénieurs et soutenu par de nombreux investissements. Les équipes de sécurité sur place sont conformes aux attendus pour la classe de l'établissement et plus de 800 points de contrôle sont répertoriés. Les situations les plus à risques sont répertoriées et des Revues de Retour d'Expérience sont organisées afin de définir les actions correctives les plus pertinentes. Les équipes de soins déclarent être en sécurité et avoir une aide adaptée des agents de sécurité si nécessaire et être formées au risque attentat. Une convention Santé-Police-Justice est quant à elle signée. Enfin, la sécurisation des secteurs à risques est opérationnelle au regard d'une cartographie des risques élaborée, comme par exemple les secteurs de pédiatrie, de maternité, des urgences, de soins critiques mais aussi ceux accueillant des personnes âgées. La politique de développement durable se déploie sous l'impulsion d'un Comité de pilotage pluriprofessionnel. Elle a été élaborée au regard d'une enquête développement durable dont le plus récente date de 2022 et son programme se met en place sous la responsabilité d'un membre de l'équipe de direction nommé directeur de la transformation écologique et énergétique appuyé par un conseiller en maîtrise des énergies. Ce programme comprend des actions sur l'extension des filières de tri des déchets au bloc avec un objectif de bloc « vert » grâce à l'achat de deux appareils Neptune qui collectent, transportent et éliminent les fluides chirurgicaux et protègent les équipes et grâce à une diminution importante des DASRI par changement des pratiques, mais aussi sur une nouvelle technique de nettoyage du sol sans chimie et enfin sur l'obtention du label maternité éco-responsable. Ce programme s'accompagne d'un plan de sobriété énergétique afin de réduire les consommations énergétiques. Des actions de sensibilisation des équipes sont déployées avec une rubrique dans le journal interne Chorus et sur l'intranet Hermès. Les filières déchets sont organisées et la majorité des lieux de stockage des déchets intermédiaires dans les services de soins sont conformes aux règles d'hygiène. Dans le cadre de la restructuration du bâtiment Dupuytren 1 les circuits liés aux déchets seront revus afin d'optimiser la conformité. Enfin, les risques numériques sont maîtrisés au sein de l'institution

car les équipes connaissent les conduites à tenir en cas de cyber attaque, et connaissent la procédure de mise en œuvre du mode adapté en cas de panne du dossier patient informatisé. Des articles sur le sujet sont publiés dans le journal interne, des exercices de Phishing sont menés et des modes opératoires sont formalisés en cas de courriels frauduleux. L'établissement dispose de deux Responsables de la Sécurité Informatique, avec un DPO nommé et un référent RGPD en place. Le Plan de Reprise des Activités et le Plan de Continuité des Activités sont rédigés et l'organisation des déclarations des incidents sur la plateforme de l'ANSSI est opérationnelle. La prise en charge des urgences vitales est adaptée et organisée dans toutes les structures et services de soins de l'établissement. Un numéro d'appel unique est en place qui peut être différent en fonction des spécialités mais reste unique et réservé à l'urgence vitale. Un programme de simulation se déploie dans toutes les unités d'hospitalisation. Les professionnels rencontrés sont formés à périodicité définie par la formation AFGSU qui est suivie, et connaissent le numéro d'appel unique en cas d'urgence vitale et s'expriment avec aisance sur les signes cliniques d'une urgence vitale. Enfin, la gestion du parc de matériel et de la dotation des médicaments d'urgence est opérationnelle. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à améliorer le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité aux urgences adulte circuit long (locaux et disponibilité des lits d'aval).

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	870000015	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES	2 avenue martin luther king 87042 Limoges Cedex 1 FRANCE
Établissement géographique	870017647	CHU LIMOGES - ANTENNE SMUR ST JUNIEN	Bp 110 12 rue chateaubriand 87205 ST JUNIEN FRANCE
Établissement géographique	870010998	CHU LIMOGES - ANTENNE SMUR ST YRIEIX	Cs 60085 Place du président magnaud 87500 ST YRIEIX LA PERCHE FRANCE
Établissement principal	870000064	HOPITAL DUPUYTREN	2 avenue martin luther king 87042 Limoges Cedex FRANCE
Établissement géographique	870003514	HOPITAL JEAN REBEYROL	Avenue du buisson 87042 Limoges Cedex 1 FRANCE
Établissement géographique	870014859	HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT	8 avenue dominique larrey 87000 LIMOGES Cedex FRANCE
Établissement géographique	870015625	CIDAG DU VIH ET DES HEPATITES	16 rue Bernard Descottes 87042 Limoges Cedex FRANCE
Établissement géographique	870008059	USLD JEAN REBEYROL	Avenue du buisson 87042 Limoges Cedex 1 FRANCE
Établissement géographique	870008042	USLD CHASTAINGT	2 rue henri de bournazel 87038 Limoges Cedex 1 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	Oui
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de 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	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Oui

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Oui
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Oui
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Oui
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Oui
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Oui
Autorisation d'Activité de greffe	Oui
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	7,671
Nombre de passages aux urgences générales	44,906
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	29,793
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	31,869
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	4
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	573
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	247
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	72
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	89
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	33
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	12
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	56,671
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	99
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	15
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	36
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	2
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	11
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	243
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	32
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	248
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	26
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)	45
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	40

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
7	Audit système			
8	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
9	Traceur ciblé			Médicament à risque - injectable ou per os
	Patient		Chirurgie et interventionnel	

10	traceur		Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
13	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé			Urgences générales - SAMU - SMUR
15	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

17	Traceur ciblé			Médicament à risque - injectable ou per os
18	Parcours traceur		Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
20	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
21	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

22	Audit système			
23	Traceur ciblé			Transport - Patient assis SSR > PLATEAU TECHNIQUE
24	Traceur ciblé			Médicament à risque - injectable ou per os
25	Traceur ciblé			Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
26	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
27	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
28	Traceur ciblé			/
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	

32	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
34	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
35	Traceur ciblé			Antibiotique injectable ou per os
36	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Traceur ciblé			Urgences générales - SAMU - SMUR
38	Audit système			
39	Audit système			
40	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
41	Traceur ciblé			Médicament à risque - injectable ou per os

42	Traceur ciblé			Urgences pédiatriques
43	Traceur ciblé			Médicament à risque - injectable ou per os
44	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
45	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
46	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement	
47	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Médecine	

48	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
51	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
52	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé	

53			Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
54	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
55	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
56	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
57	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
58	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
59	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
60	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
61	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
62	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
63	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
65	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique SAMU-SMUR Tout l'établissement	
66	Traceur ciblé			Urgences pédiatriques
67	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
68	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
69	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
70	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
71	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
72	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
73	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	

74	Audit système			
75	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
76	Traceur ciblé			Médicament à risque - injectable ou per os
77	Traceur ciblé			Per-opérateur (Bloc général hors endoscopie, hors salle de naissance)
78	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable : endoscopie
79	Traceur ciblé			Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
80	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché
81	Audit système			
82	Audit système			
83	Traceur ciblé			Transport entre le secteur de soins et le bloc - Patient couché
84	Audit système			
85	Audit système			
86	Traceur ciblé			Transport - Patient assis SMR > PLATEAU TECHNIQUE
87	Audit système			
88	Audit système			
89	Audit système			
	Patient traceur		Médecine Ambulatoire	

90			<p>Adulte</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
91	Traceur ciblé			<p>Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, USC, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV</p>
92	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
93	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
94	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
95	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
96	Audit système			
97	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
98	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
99	Traceur ciblé			Médiacaments à risques
100	Traceur ciblé			Médicament à risque - injectable ou per os
101	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
102	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
103	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	

104	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
105	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
106	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
107	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
108	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

109	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
110	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
111	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
112	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
113	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
114	Audit système			
115	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Adulte Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
116	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
117	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
118	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
119	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire	

120			Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
121	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
122	Audit système			
123	Audit système			
124	Traceur ciblé			URC .
125	Traceur ciblé			Antibiotique injectable ou per os
126	Audit système			

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

