



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
GEORGE SAND**

77 rue louis mallet

B.p.b. 6050

18024 Bourges



Validé par la HAS en Avril 2024

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



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

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	19
Annexe 3. Programme de visite	23

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND	
Adresse	77 rue louis mallet B.p.b. 6050 18024 Bourges Cedex FRANCE
Département / Région	Cher / Centre-Val-de-Loire
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

**Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)**

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	180001158	CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND	77 rue louis mallet B.p.b. 6050 18024 BOURGES Cedex FRANCE

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

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



# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Soins de longue durée
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, **108** critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Un livret d'accueil permet de donner au patient les informations sur ses droits et recours concernant les soins sans consentement, la mise en isolement et contention s'il y a lieu, la personne de confiance, les directives anticipées, les missions de la Commission Départementale de Soins Psychiatriques et de la Commission Des Usagers. Lors des audits des investigations, la traçabilité de l'information délivrée concernant la personne de confiance par les professionnels n'a pas été retrouvée, d'autre part il n'a pas été retrouvé le document signé par la personne désignée signifiant son acceptation. Le formulaire signé par le patient n'est pas scanné dans le DPI. Lors des patients traceurs réalisés dans les USLD, la traçabilité du recueil des directives anticipées ainsi que celle de l'information donnée n'ont pas été retrouvés. Concernant les modalités d'accueil en urgence, certains patients rencontrés indiquent n'avoir pas reçu d'informations sur leur délai de prise en charge ainsi que sur leur état de santé et leur diagnostic. Le patient exprime son consentement sur son projet de soins et ses modalités. Ses préférences sont recherchées, une évaluation bénéfique/risque est menée avec le patient comme dans l'unité Carolus le projet de soins est élaboré en équipe pluriprofessionnelle après le premier entretien. Par suite, la réunion de régulation permet en équipe pluri professionnelle de caractériser la demande et la réponse qui est apportée. La famille est ensuite rencontrée, le projet est présenté aux parents et à l'enfant. L'adhésion est systématiquement recherchée comme nous le retrouvons aussi à l'USLD de DUN. Si la question du consentement aux soins est une préoccupation des équipes, il est à noter que lors des audits patients traceurs l'expression du consentement n'est pas toujours recueilli comme lors du patient traceur au CASA par exemple. Dans les unités, les affichages des différentes chartes sont présentes. Toutefois, les messages de santé publique (lutte anti-tabac, vaccinations...) ne sont pas toujours présents comme au Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental (CAOD). Les patients rencontrés disent bénéficier de messages à préserver leur état de santé, toutefois ceux-ci ne sont pas toujours tracés dans le dossier du patient. Les locaux et les équipements sont vétustes. Les contraintes architecturales et équipements ne permettent pas de garantir la dignité et intimité des patients ; dans plusieurs unités les WC sont collectifs et peu nombreux. Dans les unités récemment réhabilités comme l'unité Balzac , le Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental (CAOD), les travaux n'ont pas permis de modifier cet état de fait malgré le souhait des équipes soignantes. L'établissement dispose d'une unités pour les adolescents (11/18ans) le CASA (Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents). De manière exceptionnelle, en cas de prise en charge de mineurs dans un service d'adultes, les patients sont hospitalisés dans l'unité Balzac unité dédiée aux 18/25 ans. Lors de la mise en isolement des mineurs, l'établissement ne procède pas à une mise en soins sans consentement. L'affichage concernant la Commission Des Usagers est effectif, avec les coordonnées des usagers. Il n'y a pas de permanence des Représentants des Usagers au sein de l'établissement, la maison des usagers qui est en projet devrait permettre d'y remédier. En USLD, une évaluation exhaustive des facteurs de risque de prévention de la dépendance iatrogène et des capacités du patient âgé ou handicapé est réalisée, celle-ci est suivie de la mise en place d'actions personnalisées. Les patients dont les besoins sont liés à de la perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation) font l'objet de mesures d'accompagnement spécifiques pour contre carrer les effets de leur dépendance. Dans les USLD, un panel d'activités est proposé aux patients afin de maintenir leur autonomie et lien social. Les patients bénéficient du respect de la confidentialité comme dans l'unité Carolus où aucun visage d'enfant n'est reconnaissable. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur, toutefois la réévaluation de la douleur n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient. Les proches sont impliqués dans la mise en œuvre du projet de soins. Les patients sont informés des consignes de suivi à leur sortie. L'établissement n'a pas formalisé de document spécifique aux modalités de prise en charge ambulatoire relative aux éventuels

évènements indésirables qui pourraient survenir lors de la prise en charge. Les patients ne sont pas non plus informés des modalités pour soumettre une réclamation ou pour déclarer un évènement indésirable. Les équipes de soins associent les professionnels concernés pour organiser le parcours de santé et de soins des patients en situation de précarité sociale dans le cadre d'une coordination pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Un case manager permet de travailler sur la sortie et les modalités de sortie. Une prise en charge sociale, éducative et scolaire est proposée, selon les besoins, à l'enfant ou à l'adolescent et à ses parents, un travail de coordination et de partenariat est effectué avec les travailleurs sociaux, les crèches, la justice. Une enseignante a la charge du soutien scolaire et du lien avec les établissements scolaires. Un questionnaire de sortie est disponible dans le livret d'accueil. Le taux de retour était de 18% pour l'année 2022 et 56% pour l'année 2023. L'établissement a défini d'autres modalités de recueil d'expression du patient notamment des réunions soignants/soignés dans les unités. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées dans les CMP et les hôpitaux de jour des secteurs adultes et enfants. Les représentants des usagers sont associés à l'élaboration de ces questionnaires. A l'issue de ceux-ci, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration. Un questionnaire sur le ressenti du patient à la sortie de l'isolement dans les unités disposant de chambres d'isolement (Musset, Balzac, CAOD) est proposé aux patients. Ce questionnaire est issue de l'EPP isolement et contention. Les patients rencontrés méconnaissent que l'équipe de soins va alimenter et consulter son dossier médical de Mon espace santé (DMP) et qu'ils ne doivent pas échanger avec l'équipe via une messagerie non sécurisée. Les informations du livret d'accueil évoquent le DMP sans précision sur l'alimentation par les équipes de soins.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des décisions est argumentée au sein des équipes lors des staffs pluridisciplinaires. Pour les prises en charge standards, l'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Les situations complexes font l'objet d'une concertation et de suivi en équipe avec les différents partenaires acteurs de la prise en charge. L'équipe définit les modalités de prise en charge au vu des besoins spécifiques des patients et de leurs souhaits. La construction du projet de soin fait suite à une approche globale de la situation du patient. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et réévaluées systématiquement. Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification. Il existe un référent antibiothérapie sur l'établissement. Des pratiques de mesures restrictives de liberté systématiques ont été observées. Celles-ci ne sont pas prescrites en regard d'une situation clinique ni réévaluées. Dans le livret d'accueil, il est précisé que l'utilisation du téléphone portables est possible sauf avis médical contraire et dans un autre encart que les effets personnels (téléphone, ordinateur, clés..) seront déposés dans un casier prévu à cet effet. Dans l'unité CAOD, il est retiré systématiquement les objets flacons de parfum, rasoirs... Les patients ont un coffre fermant à clé dans leur chambre mais ceux-ci ne sont pas en possession de la clé. L'unité est une unité fermée qui accueille des patients en Soins Sans Consentement et en Soins Libres. Dans l'unité Musset, il est également retiré aux patients toutes les denrées alimentaires qui sont stockées dans des casiers dans le bureau infirmier. Dans l'unité CASA, les téléphones portables, les tablettes et les ordinateurs sont systématiquement retirés ainsi que les bijoux comme indiqué dans le livret des règles de vie. Des temps de fermeture de chambre sont planifiées pendant lesquelles celles-ci ne sont pas accessibles aux adolescents. Les équipes de soins ont accès sur le Dossier Patient Informatisé aux éléments utiles à la prise en charge du patient et tracent les éléments nécessaires. L'accès au DMP est possible pour les médecins disposant de la carte CPS, conformément au fonctionnement décrit dans la procédure correspondante diffusée au second semestre 2023, en tenant compte des spécificités de la psychiatrie. Les projets de soins des patients sont élaborés de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Toutefois, ceux-ci ne sont pas toujours réévalués et tracés comme cela a été constaté à l'HDJ Bourges Aubigny. La conciliation médicamenteuse est en œuvre dans l'unité de court séjour gériatrique. Le CHGS a réparti ses services dans un pôle intra hospitalier, un pôle extra hospitalier, un pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (PMPEA, qui regroupe intra et extra hospitaliers). La notion de secteur, existante, n'est pas usitée. Il n'y a donc pas d'hébergement, les admissions sont effectuées en fonction uniquement de la disponibilité des lits. En phase de transition adolescent/adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité des soins. Le carnet de santé est demandé lors de l'admission de l'enfant mais celui-ci n'est pas rempli à l'issue de l'hospitalisation. Un examen somatique est réalisé pour tous les patients entrants grâce à la présence d'un médecin généraliste au CAOD. Les équipes peuvent faire appel à des correspondants externes en tant que de besoin. Le recours à la télésanté n'est pas mis en œuvre. La prise en charge ambulatoire est organisée autour de CMP pivots. La bonne connaissance du et par le réseau permet une détection et une alerte précoce en cas de nécessité. La lettre de liaison est remise au patient lors de sa sortie. L'identification des patients est réalisée au bureau des admissions avec la qualification de l'INS. Les équipes connaissent les référents de la cellule d'identivigilance. Des bracelets d'identification des patients sont utilisés uniquement pour les patients avec des troubles cognitifs (USLD) et pour des consultations externes, la photo est également intégrée dans CARIATIDES pour les patients d'USLD et de l'AFT, la photo des adolescents pris en charge au sein des CMP est également disponible sur le dossier patient papier. Pour les autres patients, il n'est pas mis en place de système d'identification. La prescription, la dispensation des médicaments sont conformes aux bonnes pratiques. L'analyse pharmaceutique est réalisée toutefois celle-ci n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique. Les interventions de la pharmacie sont prises en

compte. Le médicament est identifiable jusqu'à son administration, toutefois l'absence de modalités d'identification des patients fragilise le processus. La liste des médicaments à risque est identique dans tous les services d'hospitalisation du CHGS (Insulines, anticoagulants, chlorure de potassium injectable et méthotrexate). Cette liste est affichée dans les salles de soins et comporte les risques liés à chacune des classes, les symptômes de surveillance à mettre en œuvre et les antidotes en cas de besoin. Les professionnels la connaissent ; ils reçoivent une information sur ces médicaments, variable d'une unité à l'autre en modalité et en fréquence, soit par le cadre, soit par le pharmacien ou un préparateur en pharmacie sans que l'on puisse réellement parler de formation. Le stockage et le repérage pour les médicaments à risque administrés per os se font dans les armoires à pharmacie par un logo appliqué sur le devant du tiroir de rangement. Pour les insulines qui sont thermosensibles, elles sont rangées au réfrigérateur dans des casiers différents selon leur modalités d'action, immédiate, lente ou semi lente. Les stylos injectables comportent tous un logo médicaments à risque. Cependant dans une unité il a été retrouvé un flacon d'insuline immédiate rangé avec les stylos d'insuline semi lente. Par ailleurs, pour le chlorure de potassium injectable, dans une unité le flacon n'était pas repéré ni étiqueté comme médicaments à risque. Lors de la prescription d'un médicament à risque, les médecins sont alertés immédiatement dans le logiciel Cariatide par une affiche rouge de grande taille sur l'écran attirant immédiatement l'attention du prescripteur. L'administration par les IDE se fait selon deux modalités selon l'heure de la prescription par rapport à la dispensation par le robot. Si la prescription est faite le matin, le robot pharmaceutique va délivrer ce médicament à risque dans un sachet plastique isolé par rapport aux autres médicaments, portant la mention médicament à risque dans une graphologie noire rendant sa distinction peu évidente. Si la prescription est faite en fin d'après-midi, l'infirmière va préparer elle-même à partir de l'armoire à pharmacie du service le médicament à risque repéré comme tel. A la différence de ce qui se passe lors de la prescription par le médecin, il n'y a pas dans le logiciel à l'ouverture de la session infirmière, d'alerte automatique attirant son attention sur l'existence d'un médicament à risque prescrit dont elle va devoir valider l'administration. . Toutefois, Il existe sur la ligne de prescription, pour toutes les molécules prescrites, un logo « i ». S'il est ouvert par l'IDE (ce qui est rarement fait selon leurs dires) l'information apparaît alors qu'il s'agit d'un médicament à risque si c'est le cas. L'approvisionnement et l'accès aux produits de santé sont conformes aux bonnes pratiques. Toutefois, de nombreux médicaments périmés ont été retrouvés dans les armoires à pharmacie des unités (Balzac ; USLD Dun/Auron ; HDJ Bourges ..).A l'unité CAOD, les médicaments hors livret non dispensés par le robot sont rangés dans un tiroir de l'armoire à pharmacie identifié par le numéro de chambre du patient et non par son étiquette mentionnant son identité. Lors de la sortie du patient, il n'a pas été retrouvé de bilan thérapeutique des traitements dans les lettres de liaison. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène est bien identifiée, les référents hygiène sont impliqués. De multiples actions sont effectuées auprès des équipes ( audits, micro formations flash, incitation à l'autoévaluation, poster avec résultats des audits affichés et actions engagées, utilisation des SHA, des gants, des EPI ....Les actions d'amélioration suite aux audits sont connues des équipes (date ouverture apposée sur le flacon de SHA par ex pour surveiller la consommation). Un audit sur les précautions complémentaires a été réalisé par l'EOH en 2023. Une évaluation exhaustive des facteurs de risque de prévention de la dépendance iatrogène en USLD, et une évaluation des capacités du patient âgé ou handicapé sont réalisées avec la mise en place d'actions personnalisées. La promotion des vaccinations est faite par le Service de Santé au Travail notamment contre la grippe. Le taux de vaccination n'est pas communiqué au cadre de santé du service. La gestion des récurrences d'épisode de violence est anticipée avec le patient. Un questionnaire sur la gestion des émotions est proposé aux patients à l'unité Musset. Le transport des patients est effectué par une équipe dédiée avec une présence soignante pour les consultations externes. Des évaluations de pratique sont menées notamment concernant les pratiques d'isolement et de contention et la prévention du risque suicidaire. Cependant certaines équipes rencontrées n'y sont pas associées (CAOD,USLD). Les équipes suivent les résultats des indicateurs (IQSS) notamment la douleur et mettent en place des actions d'amélioration. Les événements indésirables sont analysés selon les méthodes préconisées. Toutefois les plans d'actions sont diversement suivis. La notion de presque-accident n'est pas connue de l'équipe du CASA.

## Chapitre 3 : L'établissement

Le centre hospitalier George Sand est le seul acteur public en psychiatrie du territoire, parfaitement connu des partenaires et connaissant bien son territoire. De nombreux liens de partenariat sont établis avec l'ensemble des acteurs sanitaires médico-sociaux ainsi qu'institutionnels (Département, Région) De nombreuses conventions lient l'établissement avec les partenaires du département et avec ceux du département voisin de l'Indre. L'établissement a une politique d'aller vers les partenaires et évite de ce fait les ruptures de soins De nombreuses équipes mobiles sont en place et d'autre en projet (EMPP). Une équipe de liaison est en place au sein du CH Jacques Cœur avec l'établissement comme porteur du programme VIGILAN'S. Des interventions sont effectuées à la maternité pour la prise en charge des primo parturientes pour lesquelles les équipes de la maternité ont identifié un risque. Des interventions sont également réalisées à la Maison des Adolescents de Bourges. Le lien est effectué avec les CPTS, les IPA y interviennent pour mise en place de consultations avancées. Le CHGS est investi dans le PTSM qui a été signé en mai 2022, de nombreux objectifs sont atteints et le maillage initié ou conforté par l'établissement est conforme aux attendus du PTSM. Il n'a pas été défini de circuit particulier pour la prise en charge des patients âgés aux urgences MCO. Le CHGS intervient dans de nombreux EHPAD en appui aux équipes, afin d'éviter le recours à l'hospitalisation. Les usagers peuvent joindre aisément l'établissement. Le CAOD assure la permanence de l'accueil des patients, agissant comme "un service d'urgences psychiatriques". Les professionnels rencontrés ne connaissent pas les types de documents du dossier du patient reversés au dossier médical de mon Espace santé (DMP) et du dossier pharmaceutique. L'établissement n'a pas cartographié les usages non sécurisés d'échange des données de santé avec un plan d'actions de transfert sur l'usage de la messagerie sécurisée citoyenne de Mon espace santé. L'établissement a procédé au repérage des professionnels intéressés par la recherche. Il a été mis en place un groupe de travail, et des travaux d'enquêtes observationnelles sont réalisés par un IPA sur les troubles métaboliques des patients suivis en CMP. La volonté de s'inscrire dans une démarche de création d'URC est présente, une coordinatrice en recherche est en cours de recrutement, mais à ce jour aucun patient et aucune équipe n'est inscrite dans un programme de recherche labélisé. Des actions mobilisant l'expertise patients sont mises en œuvre : groupe de psychoéducation , jeu de société sur le rétablissement élaboré par les patients , groupe éducation thérapeutique avec les familles ... Toutefois l'impact de ces actions n'a pas été évalué. Les patients ne participent pas à des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, EPP... L'établissement a une communication centrée sur le patient, ; la promotion des bonnes pratiques de communication est effective sans que celles-ci aient été évaluées. Des formations à la communication sont proposées aux professionnels. L'établissement a élaboré une charte de bientraitance affichée dans les unités. Toutefois, il n'y a pas eu d'évaluation des risques impactant la bientraitance par la gouvernance. En ce qui concerne la maltraitance, la gouvernance n'a pas diffusé les recommandations de bonnes pratiques permettant le repérage des situations. Il n'est pas recensé les cas de maltraitance dans le PMSI et pas d'évaluation annuelle du repérage des situations. Un groupe de travail a élaboré une procédure et des conduites à tenir pour déclarer des faits de maltraitance à destination des patients . Ces documents n'étaient pas diffusés au moment de la visite. Les professionnels rencontrés connaissent les modalités d'alerte des faits de maltraitance. L'accès du patient à son dossier est organisé, les délais de remise sont suivis, la CDU est informée. L'établissement informe le patient que son équipe de soin va alimenter son dossier médical de Mon espace santé (DMP). Cependant, l'établissement n'a pas mis à disposition du patient l'information sur les modalités d'accès à son profil Mon espace santé et à son usage. Les représentants des usagers sont impliqués dans l'établissement, ils participent aux instances (CDU, Directoire, CSIRMT..) et à différents

groupes de travail (bien être des patients, EPP sur le moindre recours à l'isolement..). Ils sont consultés sur la politique des droits du patient, leurs propositions sur le respect de l'intimité (verrou, rideaux occultants) ont été mises en œuvre. Il n'a pas été formalisé de projet des usagers. La politique qualité sécurité des soins est déclinée par pôle ainsi que le PAQSS. Des interventions de la direction qualité sont effectuées dans les différentes instances notamment la CME. Des réunions bimensuelles associant la Direction des soins, la Direction qualité, les cadres supérieurs permettent le suivi des actions qualité. Les médecins sont impliqués dans les EPP. Dans les contrats de pôle, une prime d'intéressement est associée au résultat des indicateurs. Les professionnels rencontrés ne sont pas toujours informés des actions qualité. L'élaboration du PAQSS institutionnel a été réalisé sur la base du manuel de certification et du rapport du CGLPL. Il n'a pas été réalisé une analyse globale des risques. Des journées qualité sont organisées régulièrement (chambres des erreurs, quizz...) auxquelles participent les professionnels et l'équipe de direction. La culture sécurité des soins a été évaluée via un Quiz Qualité/gestion des risques diffusé et analysé en 2023. L'établissement fait face à des difficultés de recrutement médicaux et paramédicaux. La gestion de l'absentéisme s'effectue selon 3 niveaux : le recours à un pool AS/ASH/IDE sur chacun des sites ; le recours aux heures supplémentaires, le recours à l'intérim sur les sites distants. Les maquettes organisationnelles d'adaptation ressources/activité ont été élaborées mais non encore validées par les instances et non mises en œuvre lors de la visite. L'établissement accompagne les « faisant fonction » dans la préparation des concours. De la simulation des entretiens, de la gestion de conflits sont proposés ainsi que des analyses de pratiques professionnelles aux cadres. Un coaching individuel a pu être proposé à un cadre supérieur de santé. Les compétences des professionnels sont évaluées au cours des entretiens annuels. Une formation pour l'évaluateur est proposée ainsi qu'un guide évaluateur/évalué. L'établissement souhaite accroître son attractivité par la formation proposée notamment pour les IDE. Il n'est pas mis en place de démarches spécifiques en équipe de type PACTE. Une plateforme éthique est opérationnelle, les représentants des usagers y participent ainsi tous les professionnels qui le souhaitent. Il n'a pas été réalisé d'état des lieux des questionnements éthiques. L'établissement a défini une politique QVT. Un questionnaire a été réalisé en 2022, les résultats ont été présentés aux agents et aux instances en juin 2023. Les sujets abordés étaient le travail de nuit, la mobilité professionnelle, le télétravail des cadres de santé... Des espaces d'échanges avec les équipes sont formalisées ainsi que des temps de supervision. Une commission QVT est constituée du médecin du travail, de la psychologue du travail, de la chargée de la QVT et de l'assistante sociale du personnel. La psychologue du travail intervient dans la gestion des conflits. Une « maison des soignants » est accessible 24h/24 sur le site de Bourges qui combine un espace détente, une salle de sport, un espace de convivialité. L'établissement a répondu à un appel à projets pour les personnels des EHPAD pour la création d'un espace détente. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Cependant, l'élaboration du plan blanc n'a pas été rédigé collectivement et la mobilisation de ressources supplémentaires n'est pas coordonnée avec les partenaires du territoire. Le plan de sécurisation de l'établissement n'est pas formalisé. Le CHGS est un lieu ouvert, il n'y a pas de contrôle à l'entrée, les sites sont fermés la nuit, la vidéosurveillance est positionnée aux trois portails. Une équipe d'aide soignants est dédiée à la sécurité des soignants dans des situations difficiles. Les situations à risque pour les patients et les professionnels (situations d'urgence, actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides..) n'ont pas été répertoriées. L'établissement n'a pas défini de politique de développement durable. Toutefois, un référent développement durable est nommé, le diagnostic initial a été effectué, les professionnels sont sensibilisés au tri des déchets. Dans plusieurs unités (Aurore, CAOD) coexistaient dans le local à déchets DASRI, chariot de ménage, fauteuil roulant ainsi que des chariots à linge sale. Le numéro d'appel en cas d'urgence vitale est le 15, il est connu des professionnels. Des exercices de simulation ont lieu durant les journées qualité. La formation aux gestes d'urgence connaît quelques retards dus à la pandémie Covid. L'établissement est à la recherche de solutions en interne. Le CHGS a fait le choix de chariots d'urgence dans les unités d'hospitalisation complète, ils sont régulièrement contrôlés. Ces chariots ne sont pas adaptés pour une intervention dans le parc du CHGS. Les unités extra hospitalières ne sont pas équipées de matériels ni chariots ou sacs ni défibrillateurs. La diffusion des recommandations de bonnes pratiques est effectuée par

la cellule qualité sous forme de courriels aux CSS, cadres de santé, médecins. Chaque catégorie professionnelle assure sa propre veille réglementaire. En l'absence d'un logiciel dédié, les documents ne sont pas accessibles pour les équipes. Les revues de pertinence des admissions et des séjours ne sont pas généralisées dans l'établissement. Les professionnels méconnaissent les recommandations de la CDU et les actions d'amélioration issues des retours de l'expérience patient. Les IQSS font l'objet de revues régulières dans les pôles et font l'objet d'une prime d'engagement dans les contrats de pôles. L'établissement analyse les événements indésirables liés aux soins. Toutefois le plan d'actions issu de cette analyse n'est pas toujours communiqué aux professionnels. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

- Mettre en place des travaux pour s'assurer du respect de la dignité et intimité des patients (Vétusté des locaux, WC collectifs et peu nombreux).
- Favoriser l'appropriation par les patients de leurs droits, des informations utiles
- Sécuriser l'identité et la vigilance
- Argumenter et réévaluer les mesures restrictives de liberté
- Sécuriser le circuit du médicament et former les professionnels à l'utilisation des médicaments à risque
- Diffuser les recommandations de bonnes pratiques permettant le repérage des situations de maltraitance et évaluer annuellement son repérage.
- Mettre en place un état des lieux des questionnements éthiques,
- Formaliser le plan de sécurisation de l'établissement

Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.



# Table des Annexes

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

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	180001158	CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND	77 rue louis mallet B.p.b. 6050 18024 BOURGES Cedex FRANCE
Établissement principal	180000176	CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND	77 rue louis mallet B.p.b. 6050 18024 Bourges Cedex FRANCE
Établissement géographique	180007825	CENTRE HOSPITALIER DE DUN SUR AURON-USLD	8 rue de l'ermitage 18130 Dun-Sur-Auron FRANCE
Établissement géographique	180005696	CENTRE HOSPITALIER GEORGES SAND - USLD	77 rue louis mallet Bp 6050 18024 Bourges FRANCE
Établissement géographique	180000820	CENTRE HOSPITALIER DUN SUR AURON	8 rue l'ermitage 18130 Dun Sur Auron FRANCE
Établissement géographique	180000184	CENTRE HOSPITALIER DE CHEZAL BENOIT	1 rue de l'eglise 18160 Chezal Benoit FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
<b>Autorisations</b>	
<b>Urgences</b>	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
<b>Hospitalisation à domicile</b>	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
<b>Tout l'établissement</b>	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
<b>SAMU-SMUR</b>	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
<b>Soins critiques</b>	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
<b>Maternité</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
<b>Ambulatoire</b>	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
<b>Tout l'établissement</b>	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
<b>Enfant et adolescent</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
<b>Patient âgé</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
<b>Urgences</b>	
Nombre de lit en UHCD	0
<b>Activité Hospitalière SMR</b>	
<b>Soins Médicaux et de Réadaptation</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
<b>Activité Hospitalière SLD</b>	
<b>Soins de longue durée</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	100
<b>Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)</b>	
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
<b>Activité Hospitalière PSY</b>	
<b>Psychiatrie et santé mentale</b>	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	248

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	8
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	256
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	110
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	57
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	167
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	1
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	1
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	61,517
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	11,656
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	73,173
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			

10	Audit système			
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète	



20			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système			
23	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
24	Audit système			
25	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

27	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte	

34			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
36	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
37	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
38	Traceur ciblé			EI
39	Traceur ciblé			Prescription PSL (Si non applicable, garder le traceur ciblé et mentionner NA sur tous les EE)
40	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
41	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Psychiatrie et santé mentale	

42	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
44	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
45	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
46	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
47	Traceur ciblé			EI
48	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Audit système			
52	Audit système			
53	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
54	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap	

			Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
55	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
56	Parcours traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
57	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
58	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires

---

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

---

