



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

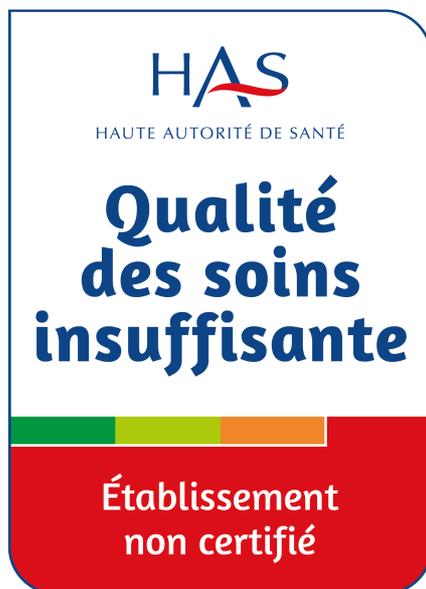
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER  
D'IS-SUR-TILLE**

21 rue Victor Hugo  
21120 IS-SUR-TILLE



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	11
Chapitre 3 : L'établissement	13
Table des Annexes	15
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	16
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	17
Annexe 3. Programme de visite	21

# 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 non-certification de l'établissement.

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER D'IS-SUR-TILLE	
Adresse	21 rue Victor Hugo 21120 IS-SUR-TILLE FRANCE
Département / Région	Côte-d'Or / Bourgogne-Franche-Comté
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	210780631	CENTRE HOSPITALIER D'IS-SUR-TILLE	Bâtiment Tour 21 rue Victor Hugo 21120 IS-SUR-TILLE 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
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
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Le centre hospitalier d'IS sur Tille est un établissement qui assure la prise en charge des patients en Médecine et en Soins Médicaux et de Réadaptation. Celle-ci est assurée en hospitalisation complète. Les admissions s'effectuent via Trajectoire ou via une collaboration ciblée avec les établissements d'amont ou de la ville. Les patients sont accueillis par les agents du bureau des entrées qui assurent la création ou la réouverture de leur dossier après vérification de leur identité. Le patient est accueilli dans l'unité par une IDE et/ou une aide-soignante.

L'établissement garantit le respect du patient et de ses droits tel que figurant dans la charte de la personne hospitalisée. Celle-ci est affichée à l'entrée du service ainsi que la charte Romain Jacob et la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

L'organisation du service (staff pluridisciplinaire, temps de croisement nombreux entre les professionnels) permet une information claire du patient ou de ses proches sur sa prise en charge.

Le patient fait l'objet d'une évaluation systématique pluriprofessionnelle où sa volonté dans la construction du projet de soins est recherchée. Les objectifs sont partagés et détaillés avec le patient. Les patients rencontrés se sentent impliqués dans leurs prises en charge. Toutefois, la traçabilité des évaluations bénéfiques/risques, du consentement du patient, des actions d'information ou d'éducation n'est pas systématiquement retrouvée.

Les supports d'information sur les messages en santé publique (alcool, tabac, nutrition) ont été mis à disposition au cours de la visite.

L'information relative à la désignation de la personne de confiance et d'une personne à prévenir n'est pas toujours tracée. Lors d'un patient traceur, une fiche a été retrouvée non signée par le patient ni par la personne de confiance.

L'information concernant les directives anticipées figure dans le livret d'accueil et un dispositif permet de les exprimer.

La fin de vie fait l'objet d'une prise en charge pluriprofessionnelle.

Les patients sont informés de la présence des représentants des usagers au sein de l'établissement par le livret d'accueil ou l'affichage. Cependant, cette information n'est pas relayée oralement par l'équipe. Les patients ne s'approprient pas toujours cette information. Ils ne connaissent pas les modalités pour formuler une réclamation ou déclarer un EIAS.

Le patient est respecté. La dignité, l'intimité ainsi que la confidentialité des informations concernant le patient sont assurées. Des rideaux de séparation sont positionnés pour les prises en charge en chambre double en cas de besoin.

La contention mécanique relève d'une décision médicale. Toutefois, la contention n'est pas tracée, n'est pas prescrite dans le dossier du patient. Il n'a pas été retrouvé de support d'évaluation / surveillance.

La douleur et les situations potentiellement douloureuses sont évaluées et tracées. La prise en charge peut être médicamenteuse et prend la forme d'une prescription conditionnelle. L'échelle de la douleur utilisée (EN) n'est pas celle qui est notée dans le dossier patient (EVA).

Les proches ou aidants sont impliqués chaque fois que nécessaire dans le projet de soins.

Le patient en situation de précarité sociale peut être orienté vers les aides sociales adaptées.

Les conditions de vie des patients sont prises en compte pour préparer la sortie. L'ergothérapeute se rend au domicile en cas de besoin.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de son hospitalisation. Quotidiennement des temps de transmissions avec tous les acteurs de la prise en charge sont réalisés. Des réunions de synthèses hebdomadaires sont organisées. Les demandes d'admission font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle. Il en est de même pour la pertinence du maintien en SSR.

Les professionnels disposent d'accès directs à des correspondants experts au sein du GHT ou en dehors du GHT comme par exemple pour les soins palliatifs.

A la fin du séjour, une lettre de sortie est rédigée, donnée au patient et transmise au médecin traitant par voie postale. Toutefois la messagerie sécurisée n'est pas déployée sur la structure à l'exception des résultats de biologie médicale.

La dépendance iatrogène n'est pas tracée. Il n'est pas retrouvé d'information donnée au patient et à la famille sur les moyens de prévention, ni sur des actions d'éducation pour prévenir cette dépendance.

Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'identité-vigilance, l'ensemble des éléments du dossier est identifié. Les patients sont porteurs d'un bracelet d'identification.

L'établissement possède une PUI.

Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation, l'analyse pharmaceutique est organisée. Les avis sont partagés par les professionnels concernés. La traçabilité de l'administration ou de la non-administration est retrouvée dans le dossier. Le médicament est identifiable jusqu'à son administration. Les professionnels connaissent les médicaments à risque et les risques associés. Toutefois, pour les morphiniques, le stockage et la sécurisation du transport en interne ne sont pas toujours assurés. Le stockage des morphiniques se fait dans une boîte dans le coffre à stupéfiants. Tous les dosages sont regroupés dans le même contenant. L'acheminement des morphiniques entre la pharmacie au rez de chaussée et le service au 1er étage se fait dans des boîtes non scellées.

L'approvisionnement des médicaments répond aux besoins des professionnels au quotidien. Pour le dépannage urgent, les professionnels se dépannent dans les services voisins.

Les prescripteurs et les IDE disposent d'aides à la prescription-administration

Les recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription des antibiotiques sont respectées. La réévaluation est assurée dans les 24 à 72h et tracée. Des audits sont réalisés 2 fois par an, les résultats présentés en COMEDIMS – CME. Il est possible d'avoir recours, en cas de besoin, à l'expertise d'un référent antibiotique en externe avec une ligne téléphonique dédiée pour les avis. Les médecins n'ont pas eu de formation récente sur l'antibiothérapie.

La conciliation médicamenteuse est initiée. Elle est réalisée au moment de l'admission du patient. Les officines de ville ne transmettent pas toujours les documents nécessaires car il n'y a pas de messagerie sécurisée.

La traçabilité du bilan thérapeutique n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier du patient ni sur les courriers de sortie. De plus, le comparatif du traitement habituel et du traitement de sortie n'est pas toujours expliqué aux patients notamment pour les personnes vulnérables.

L'organisation et la coordination de la maîtrise du risque infectieux repose sur une équipe EOH. Un programme est établi, des procédures, des protocoles formalisés et révisés, des formations organisées et des évaluations réalisées.

Les solutions hydro alcooliques (SHA) sont disponibles dans l'établissement. Toutefois les professionnels privilégient le lavage des mains à l'eau et au savon et les bonnes pratiques de l'hygiène des mains ne sont pas toujours expliquées au patient ou à ses proches.

L'IDE hygiéniste passe régulièrement dans les services.

Le bionettoyage est assuré par une équipe en interne. L'ASH responsable du bionettoyage forme et évalue les pratiques. Un projet de bionettoyage vapeur est en cours.

La traçabilité de la pose des dispositifs invasifs existe mais la surveillance n'est pas tracée. La transmission se fait de façon orale. Pour exemple, pour le sondage urinaire, la traçabilité de la pose et du changement est retrouvée mais pas les surveillances. De plus, les procédures des dispositifs invasifs ont été revues par l'équipe d'hygiène mais elles ne sont pas connues des professionnels.

Le transport des patients en interne est assuré par la kiné et/ou l'APA de la chambre du patient (1er étage) au plateau technique (RDC) aller et retour. La sécurité du patient est assurée et sa dignité respectée. Les professionnels mettent à profit ces temps d'acheminement pour débiter la rééducation.

L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (note d'information pour la vaccination anti grippale) et les met gratuitement à disposition.

Les événements indésirables sont déclarés. Les EIAS donnent lieu à des actions d'amélioration définies au cours d'une analyse collective. Toutefois, il n'y a pas de déclaration externe des EIG. De plus, il n'y a pas d'analyse concernant les chutes même si elles ont eu pour conséquences des plaies ou des fractures. Un plan d'actions sur le chaussage avec les kinés a été mis en place. Les professionnels ne connaissent pas les EI en lien avec leur secteur d'activité. La CDU n'est pas informée sur les EIAS et les EIG.

Les résultats des indicateurs font l'objet d'une présentation aux équipes. Toutefois, les professionnels ne sont pas toujours associés à l'analyse des résultats ni à l'élaboration des plans d'actions qui en découlent.

La satisfaction des patients est évaluée. Toutefois, la démarche d'expérience patient n'est pas engagée.

Les soins palliatifs ou les situations de fin de vie sont gérés par les professionnels de l'établissement. Ils peuvent faire appel à des ressources extérieures si besoin.

L'établissement a recours à des prestataires pour les examens de biologie médicale et les examens d'imagerie. Les délais de rendu des résultats des examens de laboratoire donnent satisfaction aux prescripteurs. Toutefois, pour ces 2 prestataires, la qualité des prescriptions et des modalités de prélèvement ne sont pas partagées entre les professionnels et le laboratoire ou le cabinet d'imagerie et ne font donc pas l'objet d'actions d'amélioration.

## Chapitre 3 : L'établissement

Le centre hospitalier d'Is sur Tille définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. L'établissement a identifié les partenaires publics et privés, sanitaires et médico sociaux sur le territoire qui contribuent à fluidifier les parcours de prise en charge des patients en provenance ou à destination de la structure.

Le ROR est actualisé quotidiennement par l'établissement sauf le week end.

L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux : contrat local de santé, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Pôle d'équilibre territorial et rural, Covati...

L'établissement est facilement joignable que ce soit par les professionnels extra hospitaliers, par les patients et les proches. Toutefois, la messagerie sécurisée de santé n'est déployée que pour le rendu des examens de laboratoire. de plus, le DMP et le dossier pharmaceutique ne sont pas alimentés.

La recherche clinique n'est, à ce jour, pas promue sur l'établissement que ce soit en favorisant l'inclusion de patients éligibles dans des essais cliniques ou par l'identification des partenariats avec des centres de référence.

Les patients peuvent renseigner un questionnaire de sortie. La prise en compte de l'expérience patient n'est pas initiée par la mise en œuvre de questionnaires PROMS et PREMS.

Les professionnels ont suivi des formations sur la relation avec les familles, comme par exemple l'accompagnement des familles en deuil.

Les représentants des usagers sont au nombre de 4 (2 titulaires et 2 suppléants). Toutefois le nombre de réunions de la CDU n'est pas réglementaire. Depuis 2020, il n'y a pas eu de réunion. Une seule a été programmée une semaine avant la visite et une date prévisionnelle est planifiée sur le mois d'octobre. Les représentants des usagers sont informés des plaintes et réclamations uniquement dans le cadre du bilan. Ils ne sont pas associés aux instances, à l'analyse des EIG, au PAQSS, .... Ils n'ont pas connaissance des résultats des enquêtes de satisfaction, des indicateurs qualité. Ils ne participent pas au recueil des enquêtes de satisfaction.

La bientraitance fait partie des valeurs de la structure. Les professionnels ont bénéficié d'actions de formation/sensibilisation sur cette thématique quelques années auparavant. Cette thématique est de nouveau inscrite au plan de formation 2023. Les risques de situations de maltraitance sont identifiés et des actions mises en place. Un protocole est formalisé. L'appropriation des professionnels sur cette thématique est hétérogène. Des groupes de travail vont se remettre en place afin de consolider les acquis, relancer la réflexion et définir de nouvelles actions.

L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap (rampe d'accès, rampe d'aide à la marche dans les couloirs, ...). Toutefois, le handicap visuel n'est pas pris en compte (ascenseur sans braille ni indication auditive).

La gouvernance élabore et met en œuvre une politique qualité-gestion des risques sous forme d'un programme annuel d'actions d'amélioration. Celles-ci sont déclinées en actions concrètes sur le terrain. Les professionnels ne se sont pas appropriés ce programme et n'ont pu donner des exemples concrets aux experts visiteurs. De plus, l'établissement n'a pas réalisé d'évaluation de la culture sécurité des soins au sein de la structure.

Au niveau des ressources humaines, l'adéquation entre les compétences et les besoins est assurée. Le plan de formation contribue au développement des compétences professionnelles. Un travail a été initié pour l'adaptation des ressources et des besoins. Les maquettes organisationnelles ont été retravaillées. Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'un pool de suppléance et n'a pas d'accès à une plateforme de remplacement.

De plus, les démarches spécifiques de travail en équipe (type PACTE) ne sont pas développées. Depuis début juin le recours à une psychologue du travail 1/2 journée par semaine est organisé au sein du GHT.

Il n'y a pas de comité éthique. Une réflexion va être menée pour structurer la démarche éthique au sein de l'établissement.

La politique qualité de vie au travail a été élaborée en 2018 à partir d'un audit de satisfaction. Les problématiques relevées sont en attente d'être traitées. Les professionnels ont la possibilité d'avoir recours à un psychologue, travailleur social et ergonome en contactant par mail (flyer)

Des médecins et l'encadrement ont bénéficié d'une formation à la gestion des conflits.

L'établissement a identifié les risques auxquels il peut être confronté. Les plans d'urgence dont le plan blanc sont définis et révisés. Une simulation d'évacuation incendie est organisée une fois par an. Des RETEX à chaud sont effectués et tracés. Il n'y a pas de formation planifiée sur la thématique de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Les professionnels ne connaissent pas les modalités d'alerte et de mise en œuvre des plans de crise.

Les urgences vitales sont prises en compte au sein de la structure. Le service de Médecine et de Soins Médicaux et de Réadaptation est équipé d'un chariot d'urgence. Ce matériel est vérifié à périodicité définie par le pharmacien à l'exception du matériel d'aspiration. Le numéro d'appel pour l'urgence vitale est unique par la mise en place de mesure corrective au cours de la visite. Il est connu des professionnels. Lors de ces 3 dernières années, les professionnels ont repris les formations AFGSU. Toutefois, le contenu du chariot n'est pas adapté à l'urgence vitale et les exercices de simulation ne sont pas développés. Une formation par simulation avec les pompiers sera relancée en 2024, sur les urgences vitales.

La sécurité des biens et des personnes est prise en compte. Les accès du service sont sécurisés.

Le risque numérique a fait l'objet d'une réflexion et de la mise en place d'actions.

Une simulation cyberattaque a été réalisée. Les procédures dégradées ont été formalisées. Les fiches réflexes sont à réviser. Toutefois les professionnels ne se sont pas appropriés les actions de cette thématique et les mots de passe ne sont pas changés.

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés avec des plans d'actions : circuit des déchets, éclairages extérieurs, détecteurs de mouvement. Un audit énergétique a été réalisé.

La gouvernance décline la politique qualité et la sécurité des soins en action sur le terrain (actions, audits, interventions).

Le recueil des indicateurs qualité sécurité des soins est assuré. Toutefois, les professionnels n'ont pu donner des exemples concrets d'actions mises en place, ni de résultats des IQSS ou autres indicateurs. De plus, les RU n'ont pas reçu l'information.

La gestion des tensions hospitalières n'est pas connue des professionnels.

La HAS prononce une non certification et encourage prioritairement l'établissement à :

Rendre le patient acteur de sa prise en charge  
Respecter les bonnes pratiques en matière de contention mécanique  
Sécuriser le stockage et transport des morphiniques  
Maîtriser les bonnes pratiques en matière de risque infectieux lié aux dispositifs invasifs  
Sécuriser la prise en charge des urgences vitales  
Assurer la gestion des tensions hospitalières et situation sanitaires exceptionnelles  
Développer une démarche qualité  
Impliquer les RU dans la vie de l'établissement  
Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	210780631	CENTRE HOSPITALIER D'IS-SUR-TILLE	Bâtiment Tour 21 rue Victor Hugo 21120 IS-SUR-TILLE FRANCE
Établissement principal	210987582	CENTRE HOSPITALIER D'IS SUR TILLE	21 rue Victor Hugo 21120 IS-SUR-TILLE FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	8
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	12
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			Non applicable
6	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
7	Audit système			
8	Traceur ciblé			EIG selon liste établissement
9	Traceur ciblé			Chambre > Plateau technique
10	Audit système			
11	Audit système			
	Patient		Médecine	

12	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Traceur ciblé			Antibiotique injectable : Prescription à administration
14	Audit système			
15	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation 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	
16	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
17	Audit système			
18	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Audit système			
20	Traceur ciblé			Médicament à risque Per Os : Prescription à administration

21	Audit système			
22	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

---

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

---

