



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE

40 rue des oiseaux
36400 La Chatre



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 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	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	22
Annexe 3. Programme de visite	26

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE	
Adresse	40 rue des oiseaux 36400 La Chatre FRANCE
Département / Région	Indre / 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	360000061	CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE	40 rue des oiseaux 36400 La Chatre 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
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 Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement,97 critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Au centre hospitalier de La Châtre, les patients sont informés de leurs diagnostics et des soins qui leur sont prodigués. Le patient est impliqué dans la réflexion bénéfice/ risque et invité à exprimer son consentement libre et éclairé. Le projet de soin est détaillé au patient pour une implication totale avec la participation de son entourage. Au-delà du livret d'accueil de l'établissement et de l'affichage de la personne hospitalisée retrouvée dans le service, l'établissement dispose de supports en santé publique mis à disposition des patients, comme le flyer sur la nutrition. La prise en soins des patients en situation de handicap est effective et s'appuie sur la mobilisation de professionnels spécialisés comme le masseur-kinésithérapeute. L'établissement peut être amené à contacter l'équipe mobile de soins palliatifs pour échanger sur l'accompagnement du patient. La désignation de la personne de confiance et la personne à prévenir sont recherchées. Le formulaire de « désignation d'une personne de confiance lors d'une hospitalisation » ainsi que le formulaire de désignation d'une personne de confiance cas particulier- « impossibilité physique d'écrire seule » sont donnés par les soignants dans les 2-3 premiers jours d'hospitalisation mais pas de relance du patient pour récupérer le formulaire. La traçabilité de la personne de confiance n'est pas retrouvée dans le DPI, comme constaté lors des investigations sur le terrain. De plus, le logiciel dossier patient ne permet pas à ce jour d'enregistrer à la fois la personne à prévenir et la personne de confiance. Concernant les directives anticipées, l'information orale est fournie au patient sur son droit à les rédiger. Cependant, nous ne retrouvons pas de traçabilité que cette information a été donnée. Les patients rencontrés ne connaissent pas les directives anticipées. Et ce malgré un chapitre consacré sur ce thème dans le livret d'accueil remis systématiquement à tous les patients. Le patient est informé de l'existence de représentants des usagers par le biais d'un flyer « votre santé- vos droits – le représentant des usagers », se retrouvant aussi dans le livret d'accueil, ainsi que des missions de la commission des usagers (CDU). Un affichage dans le service est effectif. Cependant, les patients rencontrés ne savent pas ce qu'est un représentant des usagers. La satisfaction du patient est recherchée et évaluée par l'écoute au quotidien des professionnels. L'établissement a mis en place un questionnaire de satisfaction des patients sur leur séjour. Il recueille la satisfaction des patients par le biais d'e-satis, peu de retour sur ce questionnaire. Toutes ces informations concernant les droits des patients ne sont pas retenues de manière exhaustive par tous les patients rencontrés, comme par exemple le fait d'exprimer sa satisfaction malgré une organisation mise en place au sein de la structure ayant permis d'obtenir un meilleur retour de questionnaire de sortie. Les patients rencontrés n'ont pu fournir des explications sur les modalités qu'ils doivent suivre pour soumettre une réclamation durant et/ou après leurs séjours, ainsi que les modalités pour déclarer des événements indésirables associés aux soins et sur l'alimentation du DMP et de sa possibilité de s'y opposer. En situation de fin de vie, l'établissement a mis en place un partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre hospitalier de Châteauroux Le Blanc. Le patient est respecté. Les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Cependant, les chambres ne disposent pas de douches mais une douche commune (pour 20-25 patients) ayant un chariot douche mais ne permettant pas d'y accéder pour les patients étant en fauteuil ou avec des troubles de la marche car existence d'une margelle. Douche hebdomadaire pour les patients. L'établissement possède des chambres doubles disposant de paravent. Les professionnels sont attentifs à évaluer les patients présentant une baisse d'autonomie (personne âgée et/ou handicapée). Les aides techniques, si besoin, sont mises à sa disposition pour leur permettre de se déplacer en toute sécurité et de manière la plus autonome possible. Au cours de la visite, nous avons pu constater que la confidentialité de données de patients est préservée, disposition des ordinateurs dans le couloir lors de la distribution médicamenteuse par exemple. Concernant la contention, la prescription ainsi que le motif ont été retrouvés dans le DPI du patient. La réévaluation quotidienne est effective, tracée dans le DPI.

La prise en charge de la douleur n'est pas tracée régulièrement sur le DPI. L'établissement a mis en place 3 outils d'évaluation de la douleur, qui sont EVN -EVA pour les patients communicants / ALGOPLUS pour les non-communicants. Cependant, il a été constaté que pour le même patient en médecine l'échelle d'évaluation de la douleur n'était pas la même (EVA- EVN- Algoplus retrouvée). En médecine, nous n'avons pas retrouvé de traçabilité régulière de la douleur, 1 fois parfois plusieurs fois mais non régulière. En cas de prescription d'antalgique en « si besoin », le niveau de douleur relevé n'est pas défini pour les antalgiques de palier 1 (paracétamol) En ce qui concerne le SMR, une seule évaluation de la douleur de principe le matin. Nous n'avons pas retrouvé de réévaluation dans la journée, que pour les EN ou EVA très élevées et ayant donné lieu à un traitement en « si besoin » Les IDE ont eu une sensibilisation sur les médicaments à risque par le pharmacien de l'établissement La liste des médicaments à risque se retrouve dans la salle de stockage de médicaments. Cependant, cette liste ne comporte pas les mesures barrières à prendre en cas par exemple de surdosage. De plus, cette liste affichée sur l'armoire à pharmacie de la liste n'est pas identique à l'identification des médicaments à risque par le logo dans cette armoire. Cette liste est identique pour toutes les unités. Le patient est sollicité pour participer activement à la prise en charge de sa douleur par l'équipe soignante, information retrouvée dans le livret d'accueil. Les proches sont sollicités avec l'accord du patient pour la mise en place du projet de soin. La présence des proches est facilitée par les horaires, informations retrouvées dans le livret d'accueil. L'établissement met à disposition de l'entourage le salon des familles, disposant de d'un fauteuil, micro-onde et réfrigérateur. L'accès aux soins est facilité pour les personnes vulnérables Les locaux sont accessibles à l'ensemble des handicaps dont aux personnes ayant ainsi un handicap visuel, les ascenseurs disposent d'indication verbale du niveau d'ouverture de porte, ainsi que les chiffres en braille. L'établissement à ce jour a une assistante sociale. La préparation de la sortie est effective de manière pluriprofessionnelle. Des visites au domicile du patient sont organisées si besoin avec l'ergothérapeute. Un suivi social du projet professionnel est assuré, il s'adapte aux situations professionnelles du patient.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée, traçabilité retrouvée dans le dossier du patient. Les demandes d'admission passent par le biais d'un logiciel dédié (Trajectoire), voire par courrier des médecins traitants. L'établissement est doté de commission d'admission composé du médecin et de la cadre de santé pour l'HC. L'HDJ médecine ne fait que de la transfusion (« prestataire de service »). Pour les prises en charge standard des patients lors du parcours, l'équipe possède de protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. Pour tous les parcours, l'établissement a mis en place un document Plan de soins personnalisés (PSP). Document rempli de manière pluridisciplinaire avec l'accord du patient, lors des synthèses hebdomadaires. La réflexion bénéfice-risque n'est toutefois pas systématiquement tracée dans le DPI. Le recueil de données à l'entrée du patient permet une évaluation globale de sa situation médicale – psycho sociale ainsi que des risques spécifiques comme l'état nutritionnel, la douleur. Les objectifs peuvent être ainsi définis. La sortie est préparée au plus tôt afin que la continuité des soins soit effective (matériels, traitements médicamenteux...) La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Des synthèses pluriprofessionnelles hebdomadaires ont été retrouvées tracées dans le dossier informatisé du patient. De plus, cette réévaluation par le médecin se fait sur le dossier médical (observations médicales). Ce travail s'appuie sur une communication et une coordination efficace / continue entre tous les professionnels contribuant à la prise en soins du patient. Un staff hebdomadaire a lieu en médecine ainsi qu'en SMR, regroupant, le médecin, la cadre de santé, IDE, aide-soignant, diététicienne et assistante sociale. L'établissement travaille avec le CH de Châteauroux Le Blanc. Un staff mensuel a lieu avec l'équipe EADSP (soins palliatifs) de Châteauroux Le Blanc (planification annuelle des réunions). Cette équipe est joignable à tout moment si une situation se présente. La recherche du gain ou maintien de l'autonomie est recherchée par l'ensemble des professionnels prenant en charge les patients, traçabilité retrouvée. Une réévaluation systématique des antibiothérapies probabilistes de première intention entre 24 et 72h n'a pas été retrouvée lors des investigations. Le motif de la prescription est retrouvé. 18% de réévaluation régulière selon l'EPP de 2023. De plus, les médecins du site ne bénéficient pas de formation à l'utilisation des antibiotiques. Cependant, ils peuvent avoir recours à l'expertise d'un infectiologue du CH de TOURS, Limoges ou d'Orléans mais pas d'infectiologue à Châteauroux. Les antibiotiques sont identifiables du stockage à l'administration par le biais du DPI, si ce sont des médicaments à risque identifiés sur la liste institutionnelle. Pour les médecins intérimaires, la gouvernance a décidé de leur imprimer le livret d'équivalence et le livret thérapeutique afin d'éviter des dysfonctionnements en lien avec la recherche dans la gestion documentaire, ainsi que l'antibioguide. Les équipes se coordonnent pour prendre en charge les patients, de manière pluridisciplinaire / pluriprofessionnelle, comme lors des transmissions par exemple. Tous les professionnels ont accès au dossier patient informatisé et apportent leurs éléments de synthèse et de transmission. Le projet de soin est construit à l'arrivée du patient et en prenant en compte ses souhaits. Avec une réévaluation hebdomadaire. Le DPI, installé depuis mai 2023, permet aux professionnels de prendre connaissance des résultats de laboratoire ainsi le pharmacien peut aussi faire son analyse pharmaceutique à chacune des prescriptions. En ce qui concerne la prise en soins de patient en fin de vie, une démarche pluridisciplinaire est assurée au sein de la structure, en prenant en compte les besoins et attentes des patients. L'établissement a mis en place une réflexion éthique, avec la mise à disposition du livret dénommé « charte éthique et accompagnement du Grand âge » (document espace de réflexion éthique - Ile de France/ Ministère chargé de l'autonomie). L'établissement a pris conscience de l'importance de cette problématique en mettant dans son plan de formation de 2024 : « réflexion éthique : prise en soin et accompagnements des personnes âgées ». Formation ayant pour objectifs : « étayer les concepts facilitant la compréhension d'un dilemme éthique en fin de vie » - « respecter l'expression de la volonté des

patients ». Le Centre hospitalier de La Châtre dispose d'une charte éthique ainsi que des recommandations de bonnes pratiques. Le centre hospitalier de La Châtre a instauré « une fiche chantier » dont une partie traite de la réflexion éthique (la pilote de cette fiche étant la directrice des soins). Un des objectifs est de définir des modalités de communication des avis et consultations du comité éthique inter-établissements pour 2024/2025. Ainsi que de former les professionnels à la démarche éthique. La gouvernance, à la date du 25 février 2024, a émis une note d'information que le comité éthique inter-établissements (mis en place en mai 2023) avait plusieurs missions dont « réfléchir aux questions qui portent sur le sens et les limites des actions à partir de situations complexes liées à l'accueil et à la prise en charge des usagers ». De plus, une IDE suit la formation d'IPA (Infirmier en Pratique Avancée) depuis septembre 2022. A ce jour, l'établissement n'a pas mis en place une télémedecine. Cependant l'accès aux spécialistes est facilité par la présence sur site de consultations avancées (cardio, pneumo, gynéco, ORL, angio, onco, chirurgie vasculaire) Le DPI permet d'agrémenter le DMP automatiquement. Par contre, à ce jour, le DPM ne peut être lu, demande d'évolution du DPI faite. Une psychologue intervient auprès des patients et de leurs proches. Cette psychologue conduit le comité éthique, accompagnée dans cette mission par la coordinatrice générale des soins du Centre hospitalier de Châteauroux Le Blanc et de la faisant fonction de directrice des soins du CH de La Châtre. La réflexion éthique est un des engagements retrouvés dans le projet de soins du projet d'établissement 2024-2028. L'établissement peut solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs. La lettre de sortie comporte tous les éléments comme le traitement de sortie. Cependant, elle n'est pas retrouvée systématiquement dès la sortie, comme constaté par exemple pour le courrier de l'équipe mobile de soins palliatifs (EADSP) non retrouvé dans le DPI, et une lettre de sortie à la date du 28/02/2024 alors que le patient était décédé à la date du 17/02/2024. La maîtrise des risques liés à leurs pratiques est une préoccupation des professionnels. Les règles d'identitovigilance sont systématiquement appliquées. Le port de bracelet est positionné dès l'arrivée du patient. Les modalités de gestion des vigilances sanitaires sont définies. Un affichage des différents référents locaux des vigilances sanitaires est retrouvé. Tableau comportant aussi les référents et suppléants de l'établissements par service, comme par exemple référents « contention et chutes » - « soins palliatifs – douleur ». Les prescriptions médicamenteuses sont tracées dans le dossier patient informatisé. L'analyse pharmaceutique est effective par le pharmacien de la structure pour toutes les prescriptions. Il peut être amené à contacter oralement le praticien, message écrit laissé sur la prescription. Lors de l'EPP de 2023, il a été constaté que les interventions du pharmacien sont prises à 30% en compte par les médecins prescripteurs. Le circuit des médicaments (thermosensibles ou pas) est assuré, le transport est effectué par les professionnels du service technique entre la PUI et le CH. Cependant, nous avons constaté qu'aucune salle de soins n'est sécurisée que ce soit par une clé ou digicode ou autre moyen. Cette non sécurisation de la salle de soins permet à toute personne d'y rentrer et d'accéder au réfrigérateur contenant de l'insuline entre autres (l'armoire à pharmacie étant sécurisée par clé disposée dans un boîtier à code). De plus, Il n'existe pas de procédure sur la sécurisation du médicament dans la GED. Devant ce constat de possible intrusion, la cadre de santé a immédiatement mis en place une action corrective, consistant à mettre à disposition des IDE un pass et une note d'information par mail et impression papier a été instaurée le soir même. Lors de la dernière journée de visite, la gouvernance nous a fait parvenir le compte rendu de la commission des travaux en date du 28 mars 2024, validant l'achat de digicode pour l'ensemble des salles de soin du CH ainsi que le bon de commande (digicode reçu le dernier jour de la visite). De plus, nous avons constaté dans un chariot de soin, la présence de 2 antibiotiques différents traitement d'antibiotique nominatif. L'explication fournie par le pharmacien est le manque de place dans l'armoire à pharmacie de la salle de soins. Concernant le KCl, la sécurisation de ce produit est effective par une boîte scellée et à distance du NaCl. Les préparateurs en pharmacie de la PUI fournissent la dotation aux services. Ce sont les IDE de jour qui préparent les piluliers et un contrôle par l'IDE avant l'administration au patient est effectif. Cependant, il a été constaté que l'IDE trace le plus souvent la distribution (vu toutefois de façon idoine pour l'injection d'insuline). En effet, l'IDE déblistère les médicaments pour les mettre dans un gobelet qui sera déposé sur la table du patient (sans s'assurer de la bonne prise). De plus, cette pratique est à l'identique pour les patients se trouvant en chambre double. Le patient est déclaré autonome pour la PECM à son arrivée sans faire

d'évaluation objectivée en concertation avec le médecin. Les modifications de traitement engendrées par les modifications de prescriptions médicales sont assurées par l'IDE de jour entre 2 dispensations. De plus, à chaque nouvelle prescription, celle-ci est imprimée et mise dans le dossier papier du patient en cas de panne informatique permettant d'avoir la dernière prescription. La PUI du CH de La Châtre est ouverte du lundi au vendredi. Une organisation a été mise en place pour éviter tout risque d'interruption du traitement médicamenteux. L'établissement a mis en place pour le SMR une délivrance nominative pour 28 jours et dans le secteur de médecine, il s'agit d'une dotation globalisée plein-vidé. Les professionnels connaissent les actions à mettre en place en cas de médicaments manquants (voir avec le prescripteur sur site de différer le traitement ou de le substituer, dépannage entre services, avec la PUI du CH de Châteauroux Le Blanc). Une procédure est mise en place en cas de nécessité d'approvisionnement d'un nouveau traitement et est connue par l'ensemble des professionnels devant l'utiliser. L'établissement a identifié des médicaments à risques. Cependant la liste des MAR n'est pas adaptée au service (SMR- médecine). Il existe une discordance entre la liste institutionnelle des médicaments à risque affichée dans la salle de soins et ceux identifiés dans l'armoire à pharmacie. Les IDE sont sensibilisés lors de l'administration de médicaments à risque. Le pharmacien du CH a sensibilisé les professionnels aux MAR. Une vérification de la conformité du pilulier avec la prescription est effective par l'IDE en charge d'administrer le traitement. Le stockage des produits à risque thermosensibles est systématiquement sécurisé. Concernant la transfusion, les IDE maîtrisent la sécurité transfusionnelle avec la conformité de la feuille de suivi au cours de la transfusion. Toutefois, nous n'avons pas retrouvé l'analyse de la pertinence des actes transfusionnels. En HDJ, en dehors du dossier transfusionnel, les professionnels n'ont pas accès à d'autres données donc pas d'accès aux antécédents du patient d'autant qu'il s'agit le plus souvent de patient venant d'une structure extérieure à l'établissement de La Châtre. L'établissement a fait un audit de pratique sur le transport du sang avec les ambulanciers de l'hôpital en charge de ce transport. Les équipes maîtrisent le risque infectieux, en mettant en place les précautions complémentaires nécessaires, mais durant la visite aucun patient n'était en situation d'isolement. Le pharmacien du CH a un DIU hygiéniste et travaille en réseau avec le CH de Châteauroux Le Blanc. L'IDE hygiéniste du CH de La Châtre a effectué des sensibilisations auprès des professionnels sur les précautions complémentaires- standard ainsi que sur les déchets. Les équipes appliquent les bonnes pratiques de l'hygiène des mains. Toutefois, nous avons pu constater le port de bagues, montres, manches longues de certains professionnels. Les équipes ont participé aux audits « sonde urinaire » - « Pulp friction » effectué sur la période de Mars- Avril 2024, mais n'ont pas eu le retour des résultats. Les équipes n'ont pu nous fournir le résultat de consommation de SHA dans leur service et ce malgré un affichage pour l'année 2023 et le premier trimestre 2024, dans le bureau des IDE. De plus, il a été constaté que les équipes du SMR privilégient le lavage des mains au savon plutôt que le SHA. Certains professionnels ont suivi une formation e-learning par le biais de l'OMEDIT sur les bonnes pratiques du KT périphérique et du quizz sur ce sujet. Concernant la sonde urinaire, nous avons pu constater dans les dossiers des patients que la traçabilité de la surveillance n'était pas retrouvée. D'ailleurs, sur le PAQSS, une action a été identifiée « Former les IDE, les AS et les médecins sur le sondage urinaire : pertinence de la PM de la sonde urinaire, gestion (pose et surveillance) de la sonde urinaire », action non engagée. La promotion de la vaccination est effective pour inciter les professionnels à la vaccination, note d'information - information passant en boucle sur les ordinateurs en veille. Tous les ans, l'établissement lance la campagne de vaccination antigrippale à l'ensemble des professionnels, y compris pour les équipes de nuit. Cependant, la recherche des freins à la vaccination et donc des actions qui en découlent n'ont pas été effectués dernièrement. Sur les comptes-rendus d'examen d'imagerie, nous n'avons pas retrouvé le taux de dose que le patient a reçu, et le patient ne peut donc en être informé. L'établissement possède d'équipe dédiée aux transports en intra et en extra (RDV de consultations, examens complémentaires, transferts...) des patients. L'équipe est constituée d'un ambulancier et d'une auxiliaire ambulancière en interne, qui assurent ce transport en respectant le niveau d'autonomie du patient ainsi que son intimité. La démarche d'évaluation des pratiques, basée sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables (EI) est connue mais peu appropriée par les professionnels (197 FEI pour le sanitaire pour une année). L'établissement a mis en place une analyse collective pluridisciplinaire.

Cependant la méthode utilisée (Orion) n'est pas connue des différents professionnels rencontrés. La gouvernance a sensibilisé les professionnels sur la déclaration aux événements indésirables, « Charte de non-punition à la déclaration ». Les FEI se font sur informatique mais pas de retour des actions correctives mises en place. De plus, aucune démarche institutionnelle est mise en place pour solliciter les professionnels à connaître, identifier et donc déclarer les presque-accidents. L'établissement effectue les campagnes IQSS (Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins). Toutefois, les équipes rencontrées n'analysent pas les indicateurs qualité-sécurité des soins, et aucune action d'amélioration n'est connue des professionnels. Des audits sont effectués et intégrés dans le PAQSS, en identifiant les responsables des actions, comme par exemple « Former les médecins sur le repérage et la PEC d'un clostridium ». Cependant, dans le PAQSS, nous ne retrouvons pas une priorisation des actions d'amélioration à mener ni la planification des actions de suivi. De plus, le risque n'est pas identifié, seulement les actions - le statut d'avancement – responsable de l'action. Les examens de biologie médicale sont réalisés par un laboratoire privé, et les délais de rendu sont conformes aux attentes. Le centre hospitalier de La Châtre recherche par le biais du questionnaire de sortie la satisfaction des patients. L'établissement recherche dès l'admission l'adresse mail des patients pour le questionnaire e-satis.

Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement met à jour le ROR. Le centre hospitalier a identifié deux référents, permettant une saisie 7 jours /7. Le CH de La Châtre intègre l'offre de soin du territoire. Il est reconnu par une récente labellisation « hôpital de proximité ». Il participe au GHT 36 dont le CH de Châteauroux Le Blanc (CHLB) est le site support. De plus, le CH de La Châtre a développé un pôle inter-établissement médecine et SMR avec le CHLB, et une direction commune. Au niveau du GHT, des fiches de poste partagées sont créées pour obtenir une attractivité des médecins. Au niveau du GHT, des IPA sont formées ou en cours de formation comme par exemple IPA « pathologies chroniques stabilisées » (fin du cursus en juin 2024) qui interviendra sur le parcours « fragilité ». De plus, les IDE en IPA vont travailler avec les médecins de la CPTS pour les consultations en ambulatoire dans les maisons de santé. (IPA en oncologie, insuffisance cardiaque). L'établissement a finalisé son projet médical et projet de soins partagés avec le CHBL, professionnels et CPTS. Dans le cadre de prévention oncologie, la CPTS a mis en place des actions d'information avec l'oncologue médecin chef de pôle inter-établissement (prévention, dépistage...). La structure a mis en place des conventions avec l'équipe mobile d'appui départemental en soins palliatif, équipe mobile gériatrique « Être Indre », équipe mobile de soins psychiatriques et le PRADO pour le retour à domicile. Le CH de La Châtre dispose d'une SSIAD ESA (équipe spécialisée Alzheimer), SSIAD accueil de jour pour les patients Alzheimer. Il propose des consultations diverses, grâce à l'intervention des praticiens de l'établissement CHLB. L'établissement travaille avec le CH de Châteauroux pour un accès privilégié dans leur service pour une consultation voire une hospitalisation. De plus, des admissions directes se font à La Châtre permettant une continuité des soins, 28 à 30% d'entrées directes, patients adressés par le médecin traitant. Il participe à la coordination des parcours sur le territoire sanitaire et assure la fluidité des parcours de soins des patients avec les établissements de santé du territoire et avec les 6 CPTS, plus particulièrement avec la CPTS de BOISCHAUT Sud, celle-ci participant aux réunions de CME de l'établissement. L'établissement de La Châtre sollicite la DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) pour les retours à domicile des patients. Dans le cadre des parcours patients, l'établissement, établissement partie du GHT 36, a participé à l'élaboration du Projet Médical et Soignant Partagé du GHT qui est un projet territorial construit avec les différents partenaires dont les CPTS, le DAC et le Conseil départemental sur des filières de soins prioritaires avec des axes de prévention, prise en soins, et retour à domicile. Ce projet a été remonté à l'ARS début janvier 2024. Les admissions des patients, du fait des activités de l'établissement et des coopérations avec les autres structures du territoire, se font par des circuits courts. Au niveau du GHT 36, des points des lits sont effectués pour connaître les fermetures potentielles de lit et ses conséquences sur les parcours des patients, par le biais de la cellule de gestion des lits (réunion trimestrielle). Le SMR fonctionne avec 20 lits sur 35 depuis fin 2023 en raison d'un absentéisme médical prolongé et de difficultés de remplacement. Une coordination de plan d'actions de gestion territoriale des lits entre les établissements publics de santé est effective, permettant un parcours optimal. Ainsi avec le DAC, si au-delà de 6 passages aux urgences en un an, un déclenchement d'alerte est effectif, DAC contacte le patient en question pour lui proposer une visite voire un bilan gériatrique (action portée par le CH de CHLB (établissement support). Le CH de La Châtre s'inscrit dans ce dispositif dans le cadre de la mise en oeuvre du parcours « repérage fragilité » qui est un axe identifié par le CH de La Châtre dans son projet d'établissement. Les usagers et les médecins correspondants peuvent contacter aisément et rapidement les professionnels de l'établissement (numéros de téléphone dédiés, internet, messagerie sécurisée...). L'établissement dispose de messagerie sécurisée pour les médecins. L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison et apporte les améliorations nécessaires. Le CH de La Châtre n'a pas engagé de démarche pour repérer des professionnels désireux de s'investir dans la recherche clinique. Malgré le fait que le CHBL a identifié un responsable pour la recherche clinique au niveau

des urgences – oncologie entres autre. L'expression du patient est recueillie à partir de différents outils mis en œuvre : e-satis, questionnaire de satisfaction. Une organisation mise en place pour solliciter les patients au recueil de leur expression n'a permis malgré tout d'obtenir 14% de retour de questionnaire en 2023. La communication de la synthèse des analyses des plaintes et réclamations des patients / proches est effective en CDU. Les professionnels rencontrés ne sont pas informés des plaintes et des réclamations des patients. L'établissement n'a pas mis en place les PREMS ni les PROMPS. Le CH de La Châtre a mis à disposition des patients, après concertation en CDU, des plaquettes sur la « chute à domicile » entres autre. De plus, l'établissement, en lien avec la charte de Romain Jacob, s'est engagé pour la prise en charge de patients ayant un handicap. Il a identifié l'assistante sociale comme référente pour les patients et l'adjointe des cadres « référent handicap » pour les professionnels. Il n'existe pas de programme d'éducation thérapeutique validés par l'ARS. Et l'établissement ne fournit pas de façon systématique les ETP existantes pour guider les patients à leur sortie de la structure. Les plaintes et réclamations, les IQSS, les EI sont présentés en CME et en CDU. Les RU sont peu impliqués dans l'établissement, participation aux CDU, élaboration de la « politique qualité - gestion des risques ». Ils ne sont pas présents sur site, en effet ils ne savaient pas que les patients avaient une douche commune et pas de douche dans les chambres. Ils n'ont pas élaboré le Projet des Usagers. Des formations à la communication avec le patient sont proposées aux professionnels. Le CH de La Châtre n'a pas engagé de démarche pour le repérage et la prise en charge des maltraitances éventuelles. Il n'a pas instauré un suivi par le biais de code PMSI dans les DPI et ainsi d'identifier des actions pouvant être mises en place pour lutter contre la maltraitance. L'établissement et les professionnels se sont appropriés les enjeux de la bientraitance vis-à-vis de la population accueillie. L'établissement a mis en place un comité « éthique ». Ce comité est inter-établissement entre le CHB, du CH et des EHPAD de La Châtre, EHPAD de St Gautier et d'Argenton sur Creuse (car direction commune), comité porté par le CHBL Cette instance est connue des professionnels. Lors de la réunion des cadres du 17 janvier 2024, un retour a été effectué à la suite de la 2ème réunion du comité éthique. Deux sujets ont été choisis : « relation avec les familles » (pilote par le CHBL) et sur le « consentement » piloté par le CH de La Châtre. Une journée de formation en mai 2023 sur « comment encourager la réflexion éthique dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux » a été suivie par certains professionnels du CH de La Châtre. Un début de cartographie des risques sur la maltraitance existe au sein de la structure. Les locaux sont accessibles aux personnes handicapées. Les ascenseurs indiquent le niveau atteint et les chiffres des étages sont en braille. L'accès du patient à son dossier est organisé, connu des professionnels. Les délais de remise des dossiers sont analysés et conformes aux attentes de la HAS, et sont présentés en CDU. La gouvernance s'attache à développer une dynamique collective de la culture de la qualité et de la sécurité des soins. Dans la « politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques – 2022-2026 », nous retrouvons 3 axes articulés autour des 3 chapitres du manuel de certification : « Favoriser l'écoute, l'implication et la prise en compte de l'expérience du patient dans les soins » / « Développer l'évaluation des pratiques, en lien avec la traçabilité dans le DPI et le déploiement de la culture de l'évaluation de la pertinence et des résultats » - « Renforcer la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et développer la réalisation des CREX » / « Renforcer la communication des résultats des évaluations » - « Acquérir un logiciel qualité gestion des risques » - « Réaliser des exercices de gestion de crise au moins une fois par an » - « Actualiser le projet d'établissement et le déployer ». Cette politique a été travaillée par la direction des soins et les RU, politique présentée en instances et réunion lors de transmission par la RAQ. La politique qualité et sécurité des soins s'appuie sur les axes stratégiques -orientations du groupe qualité-gestion des risques du GHT. L'établissement n'a pas instauré un questionnaire sur la culture sécurité, qui lui permettrait de connaître son niveau d'acquisition par les professionnels de la qualité-gestion des risques entres autre. Les professionnels rencontrés ne connaissent pas l'existence du PAQSS, ainsi que des actions d'amélioration de la qualité les concernant. Des temps hebdomadaires de synthèses pluridisciplinaires avec la présence du médecin permettent des échanges centrés sur l'amélioration de la prise en charge du patient. Des réunions de service sont effectives. La gouvernance s'assure de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels. Les professionnels bénéficient d'entretien tous les ans, d'une évaluation de compétence et d'un

entretien de formation. En revanche, les managers n'ont pas suivi de formation sur le coaching. Toutefois, une cadre a suivi une formation sur le « management intergénérationnel X-Y et sénior ». De plus, la directrice des soins organise avec la cadre de santé et la faisant-fonction de cadre une réunion tous les 2 mois.

L'encadrement soignant a mis en place une réunion de service trimestrielle. L'organisation mise en place au sein du CH de La Châtre permet d'avoir une synchronisation systématique des temps paramédicaux et médicaux. Des médecins d'astreinte sont identifiés, et connaissance par les professionnels grâce à un affichage dans la salle de soins. Cependant, l'organisation mise en place entre les IDE de jour et de nuit de médecine ne permet pas d'avoir une superposition des temps pour permettre des transmissions orales entre ces 2 équipes qui travaillent en 12h ; donc les professionnels font $\frac{1}{4}$ voire $\frac{1}{2}$ h de plus que leur 12h. Des formations sont dispensées aux professionnels, comme par exemple les formations effectuées en 2023 sur « réduire la contention : éthique et pratique de soins » / « prise en charge de la santé bucco-dentaire de la personne âgée ». Le comité éthique inter-établissement ne faisant que débiter tous les professionnels ne sont pas encore sensibilisés aux questionnements éthiques. La politique de qualité au travail (QVT) est portée par la gouvernance. Par le biais du bilan social, l'établissement analyse les arrêts maladies et les arrêts de travail. Les professionnels sont investis dans la QVT. La gouvernance a mis en place les 12h pour les IDE en médecine, pour l'attractivité. Dans le plan de formation 2023, les encadrants ont suivi, par le biais de la ANFH, des modules de formation comme « former aux techniques d'entretien professionnel ». Certains professionnels ont suivi une formation en 2023 sur le thème « projet personnalisé : le coconstruire et le faire vivre ». Dans le programme de formation 2024, nous retrouvons une formation intitulée « posture et pratique managériale-éthique », pour le personnel de direction et d'encadrement ainsi que les médecins. Les résultats du baromètre social ont été présentés lors de 3 réunions aux professionnels de la structure. Le DUERP est suivi au sein de l'établissement. Dans le PAQSS 2024-2025, une action est identifiée sur ce thème « Formaliser le plan d'actions DUERP 2023-2024 ». En cas de conflits interpersonnels, les professionnels peuvent bénéficier de la médiation de leur encadrement et de la Direction si besoin. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est assurée. L'établissement a identifié une partie des risques inhérents à ses activités. Ce plan a été constitué en collaboration entre la direction, l'encadrement et le pharmacien. Une réunion trimestrielle entre le CH de La Châtre- ARS – DD 36 - -CPTS- DAC et le GHT se déroule pour identifier les éventuelles tensions d'effectif et/ou de lits. La structure a identifié les consignes à suivre en cas par exemple de confinement -d'évacuation, ainsi que la sécurisation de l'établissement lors de troubles publics. L'établissement a mis en place un PSE accessible pour l'équipe de direction, astreinte médicale- administrative et technique. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. La sécurisation des locaux n'est pas totalement effective. Action d'amélioration sur la sécurisation de l'établissement, comme la fermeture sécurisée de l'entrée est effective. Cependant les salles de soins ne sont pas sécurisées que ce soit par clé ou par digicode ou autre moyen, or dans ces salles se trouvent des réfrigérateurs non sécurisés contenant de l'insuline. Devant ce constat, l'établissement a mis en place des actions d'amélioration comme la mise en place d'un pass pour fermer les salles de soins et information à l'ensemble des IDE par mail. De plus, le dernier jour de la visite, l'établissement nous a amené des preuves que lors de la commission de travaux en date du 28 mars a identifié le besoin d'achat de digicode ainsi que le bon de commande. De plus, le dernier jour de visite, les digicodes ont été réceptionnés par la structure. Les circuits des déchets sont identifiés, les différents flux sont organisés. Le risque infectieux n'est pas totalement maîtrisé. Il a été constaté lors de la visite, la présence pour certains professionnels de port de bagues, manches longues, montres. Un exercice de cyber attaque de niveau 1 a été effectué en 2023. De plus, à la suite d'une panne informatique l'établissement a effectué un CREX d'où une fiche technique a été instaurée pour gérer au mieux cette situation si elle venait à se reproduire. Le développement durable est une préoccupation de l'établissement. Un référent développement durable a été identifié, il s'agit de l'attachée d'administration hospitalière. Une politique RSE est en cours : tri des déchets (verres, carton, plastique, papier) En 2023, l'établissement suit à sa consommation d'eau et d'électricité et met en place des actions correctives comme l'installation d'ampoules LED pour réduire sa consommation électrique. Une note d'information de la Directrice de la structure est passée dans le but de

sensibiliser les professionnels à limiter l'impression papier. Le pharmacien sensibilise les professionnels pour limiter la consommation de gants. Lors de la visite, il a été observé que l'établissement ne disposait pas d'un seul numéro de téléphone en cas d'urgence vitale et rapidement identifiable par les professionnels pour rejoindre directement un médecin. En journée, il existe un N° de téléphone par médecin et par aile - en astreinte médicale il existe un N° de téléphone qui est le 1371 ou si ce N° ne permet pas de joindre le médecin, le soignant compose le N° de téléphone portable personnel du médecin. De plus sur le chariot d'urgence existence du 2ème numéro de téléphone (celui de l'astreinte et celui du 15 en seconde intention). Lors de ce constat, l'établissement a mis en place des actions correctives : changement de l'affichage indiquant le N° d'appel unique (1371) + informations par mail auprès des médecins - encadrements + téléphone d'astreinte dans la poche du médecin + affichage sur le chariot d'urgence avec la suppression de l'appel au 15. Et dans un deuxième temps, l'établissement prévoit d'identifier par une sonnerie spécifique l'appel d'urgence vitale. Le CH de La Châtre n'a pas effectué d'exercice en lien avec la prise en charge de l'urgence vitale. La dynamique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins est portée par la gouvernance. Des protocoles existent et se retrouvent dans la GED, comme le protocole « douleur » / « protocole insuline » avec un paramétrage dans le DPI pour prescription en conditionnelle d'insuline rapide, l'IDE indique la quantité fournie en fonction des résultats cliniques. Les pratiques professionnelles comme la pertinence des admissions et des séjours sont évaluées. L'établissement n'a pas pris en compte dans son programme d'amélioration « l'expérience patient ». Les IQSS sont exposées lors des instances. Cependant, les actions d'amélioration basée sur les IQSS ne sont pas connues de l'ensemble des professionnels rencontrés. Comme ils ne participent pas à l'analyse des résultats des IQSS, les équipes ne peuvent pas identifier les axes de progrès et participer aux actions d'amélioration à mettre en place. Dans le PAQS, l'établissement n'a pas mis en place une priorisation des actions à mener, ni une identification des risques mais une identification des actions. Les professionnels connaissent la procédure à suivre pour déclarer les événements indésirables. Cependant, les actions mises en place à la suite de leurs déclarations ne sont pas systématiquement connues des professionnels déclarants. Sur le tableau de fiches d'événements indésirables informatisées, nous ne retrouvons pas les réponses apportées à l'EI par la commission des EI ainsi que par celles du pilote du domaine concerné. Cette commission se réunit de façon hebdomadaire pour traiter les FEI de la semaine écoulée. Les professionnels ne connaissent pas la méthode utilisée pour l'analyse des EI, méthode ORION. Les événements indésirables sont présentés en CDU, en CME. Concernant les presque-accidents, aucune sensibilisation par la RAQ est effective, de ce fait aucune déclaration de ce type d'EI. Le bilan des EI montre que sur le secteur sanitaire pour une année est de 193 FEI, et ce malgré une sensibilisation des professionnels à effectuer des déclarations et de l'existence d'une charte de non-punition. La structure dispose d'une instance le CODIR qui a pour objectif de transmettre les informations- décisions prises de façon descendante ainsi qu'ascendante. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à :
Améliorer la vétusté des locaux
Systématiser la réévaluation de la douleur
Réaliser la réévaluation des antibiotiques et mettre en place des formations
Mettre en place des évaluations de pertinence concernant les transfusions
Sécuriser le circuit du médicament
Maîtriser le risque lié à l'hygiène
Améliorer la prise en charge de l'urgence vitale,
Renforcer l'appropriation des professionnels à la démarche qualité
Structurer la démarche de repérage lié à la maltraitance
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 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	360000061	CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE	40 rue des oiseaux 36400 La Chatre FRANCE
Établissement principal	360000145	CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE	40 rue des oiseaux 36400 La Chatre 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	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	25
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	3
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	37
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	35
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	40

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	40
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	10
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	10
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	1
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	1,818
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	1,818
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	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur			
3	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
4	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
5	Audit système			
6	Traceur ciblé			EI
7	Traceur ciblé			transfusion
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	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
17	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
18	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Parcours traceur		Médecine 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	

21	Audit système			
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

