



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DE DECAZEVILLE

60 avenue prosper alfaric
12300 Decazeville



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE DECAZEVILLE	
Adresse	60 avenue prosper alfaric 12300 Decazeville FRANCE
Département / Région	Aveyron / Occitanie
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	120780085	CENTRE HOSPITALIER DE DECAZEVILLE	60 avenue prosper alfaric 12300 Decazeville FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

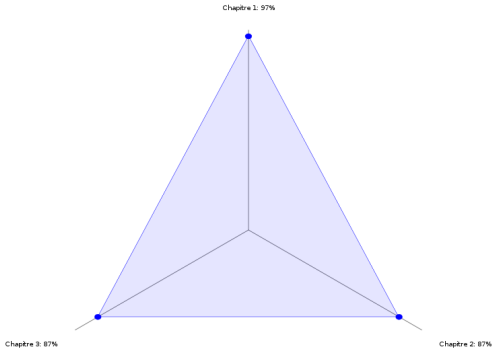
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
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
SAMU-SMUR
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

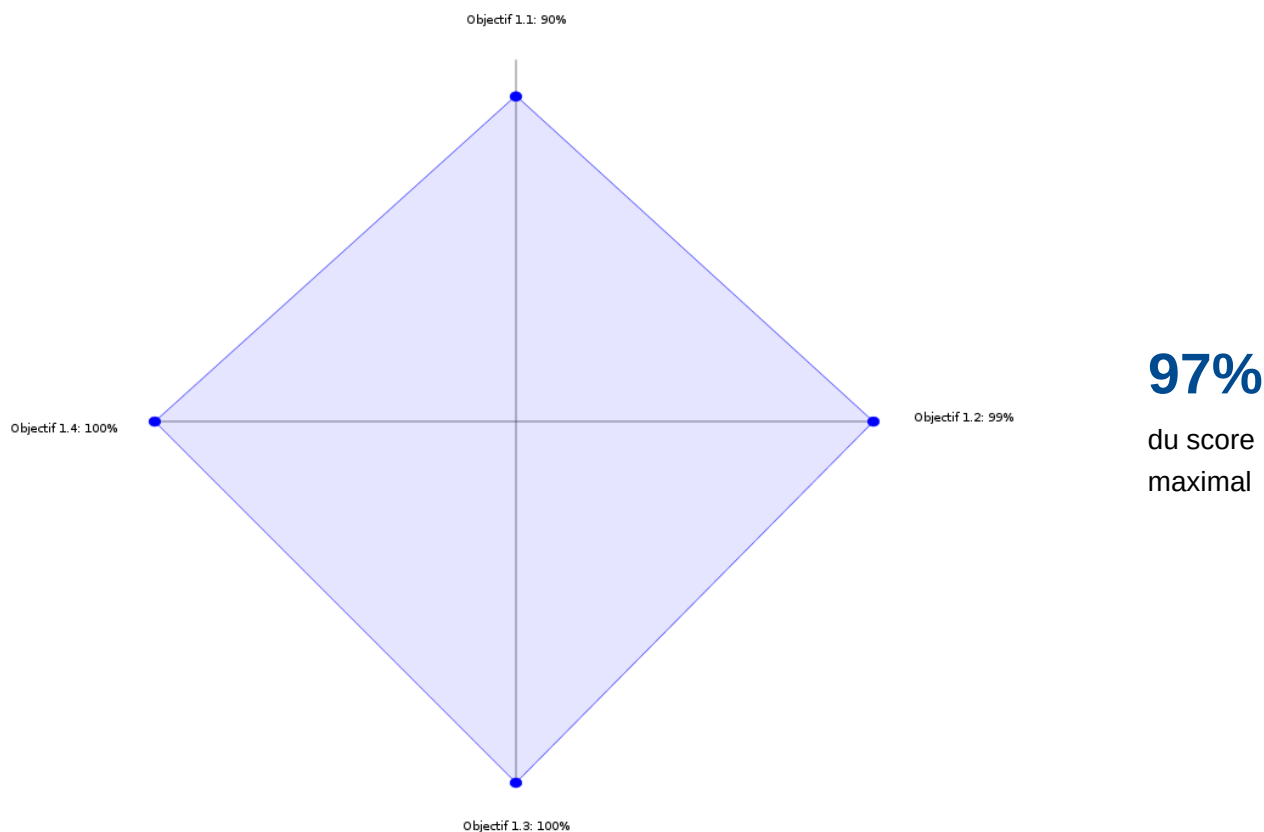
Au regard du profil de l'établissement, [112](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

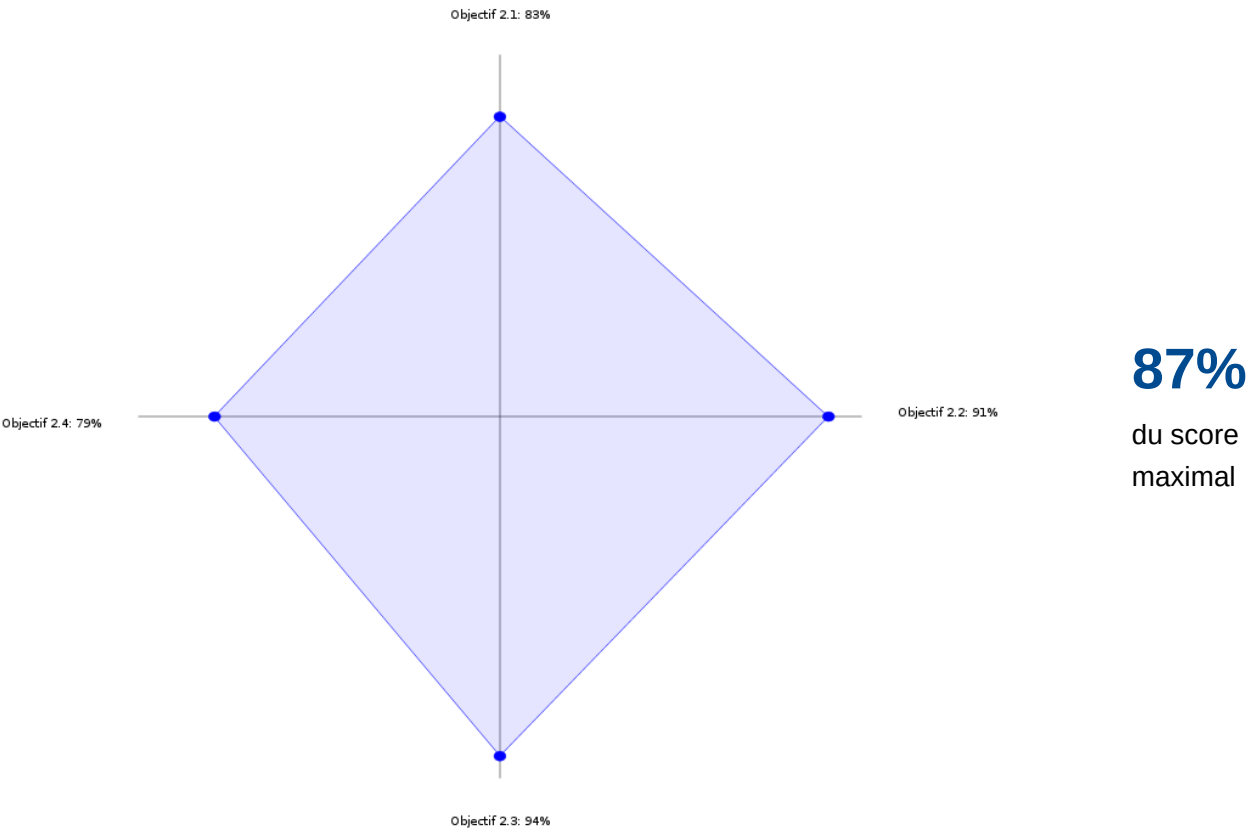


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé sur ses droits au travers du livret d'accueil remis en systématique à chaque entrée et présenté par les professionnels. Les patients bénéficient d'une écoute et d'une vérification de la compréhension des informations en lien avec l'intervention, en cas de transfert dans un autre établissement son avis est pris en compte. Des affichages sont positionnés dans les services, dans les salles d'attentes des consultations contenant différentes chartes, la charte de la personne hospitalisée ainsi que la charte Romain Jacob et documents d'informations de santé publique. Des ressources documentaires, utiles aux professionnels, pour assurer la promotion des droits des patients sont disponibles. Tout au long de sa prise en charge, le patient est informé dans son projet de soins, en service de médecine et en SMR et de son projet de vie en USLD. Le projet de soins et ses différentes évaluations sont tracés dans le dossier du patient. Des patients ne sont pas

impliqués dans les démarches collectives. Cependant, la réflexion sur l'évaluation du bénéfice risque thérapeutique n'est pas formalisée en tant que telle par les équipes. Des informations adaptées sont transmises aux proches avec le consentement du patient. Si le patient nécessite une transfusion pendant son hospitalisation, elle est réalisée en service de médecine. Une fiche d'information pré transfusionnelle et de consentement est complétée et validée par le patient avec sa signature. Ces informations sont scannées dans le dossier patient. Le patient dit ne pas être informé que son DMP va être alimenté et de son droit de refuser cet import, et qu'il doit utiliser une messagerie sécurisée. Suite aux remarques lors de la visite, ces informations ont été ajoutées au livret d'accueil. Le patient en fin de vie peut accéder aux soins palliatifs selon l'expression de sa volonté. La personne de confiance est systématiquement recueillie et tracée dans le dossier patient informatisé (DPI). Dans le livret d'accueil, il est stipulé la possibilité de rédiger les directives anticipées ; les professionnels rencontrés sont sensibilisés et ont été formés à communiquer dans l'accompagnement des patients s'ils souhaitent formuler ces directives. Il est retrouvé une exhaustivité (la saisie de la personne de confiance, l'information des directives anticipées, la précision sur les besoins, la description des aides en place, une information pour éviter les dangers, communiquer, les vigilances particulières : risques de chute, fausse route, fugue, escarre, suicidaire, violence, contention) nécessaire lors de la saisie de la macro cible d'entrée qui est effectuée par les soignants avec notamment le respect de l'identité-vigilance et la pose du bracelet d'identification. En prévision de sa sortie, le patient reçoit l'information sur son traitement et le suivi de son hospitalisation. L'information sur l'existence de la Commission des Usagers et du rôle de ses représentants est à la disposition des patients. Ils peuvent joindre en direct un représentant des usagers pour les accompagner si nécessaire dans les démarches. Cependant, la compréhension des patients est variable sur la connaissance des représentants des usagers et les modalités pour les joindre, sur leur droit à pouvoir déposer une réclamation durant leur séjour. Néanmoins, les patients savent qu'ils ont la possibilité d'exprimer leur satisfaction. Les adresses mails personnelles des patients ou celles de leurs enfants sont demandées à l'admission, afin de leur envoyer à la fin de leur séjour un questionnaire de satisfaction e-Satis. Les résultats sont exploités par le service qualité. Néanmoins, au vu du peu de retour des questionnaires e-Satis, l'établissement a décidé de maintenir un questionnaire papier qui est remis à chaque patient et les retours sont plus efficaces. Les ressources matérielles pour préserver la dignité et l'intimité du patient sont disponibles. Dans les chambres doubles, des écrans d'intimité sont mis en place. Si toutefois des portes de chambre restent ouvertes, cela est spécifié dans le PAP = projet d'accompagnement personnalisé. L'implication des familles et des proches est promue en équipe pluridisciplinaire afin d'adapter des organisations des soins telles que l'adaptation des menus en participant à la commission des menus et la localisation de la salle des familles en concertation avec elles. Les informations aux proches sont toujours réalisées dans un espace dédié respectant la confidentialité notamment lorsque le patient est installé dans une chambre double. Les patients bénéficient d'une prise en charge axée sur le retour à une autonomisation de façon précoce dans leur parcours de soins. Une attention forte est portée à la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des patients âgés dépendants quel que soit le service (médecine, SMR, USLD) dans lequel ils sont hospitalisés. Toutefois, les patients ne sont pas informés de ce risque-là. La mise en place d'une contention physique mécanique se fait sur décision médicale. Elle est prescrite, réévaluée, mais dans un service la surveillance n'était pas tracée, ce dernier point a fait l'objet de réajustement en cours de visite. Le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles adaptées. La prescription conditionnelle (pas de « si besoin ») est conforme. L'apport des proches ou aidants est recherché. Leur présence est facilitée. Le patient en situation de précarité bénéficie d'une orientation vers une assistante sociale dès le début du séjour afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Le service social est réactif à la sollicitation du personnel soignant ou à la demande du patient, aucun patient traceur n'était en situation de précarité au moment de la visite. Les patients, et notamment ceux vivant avec une maladie chronique, un handicap, une vulnérabilité bénéficient d'une attention particulière dès leur arrivée dans l'établissement jusqu'à la préparation à la sortie d'hospitalisation.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



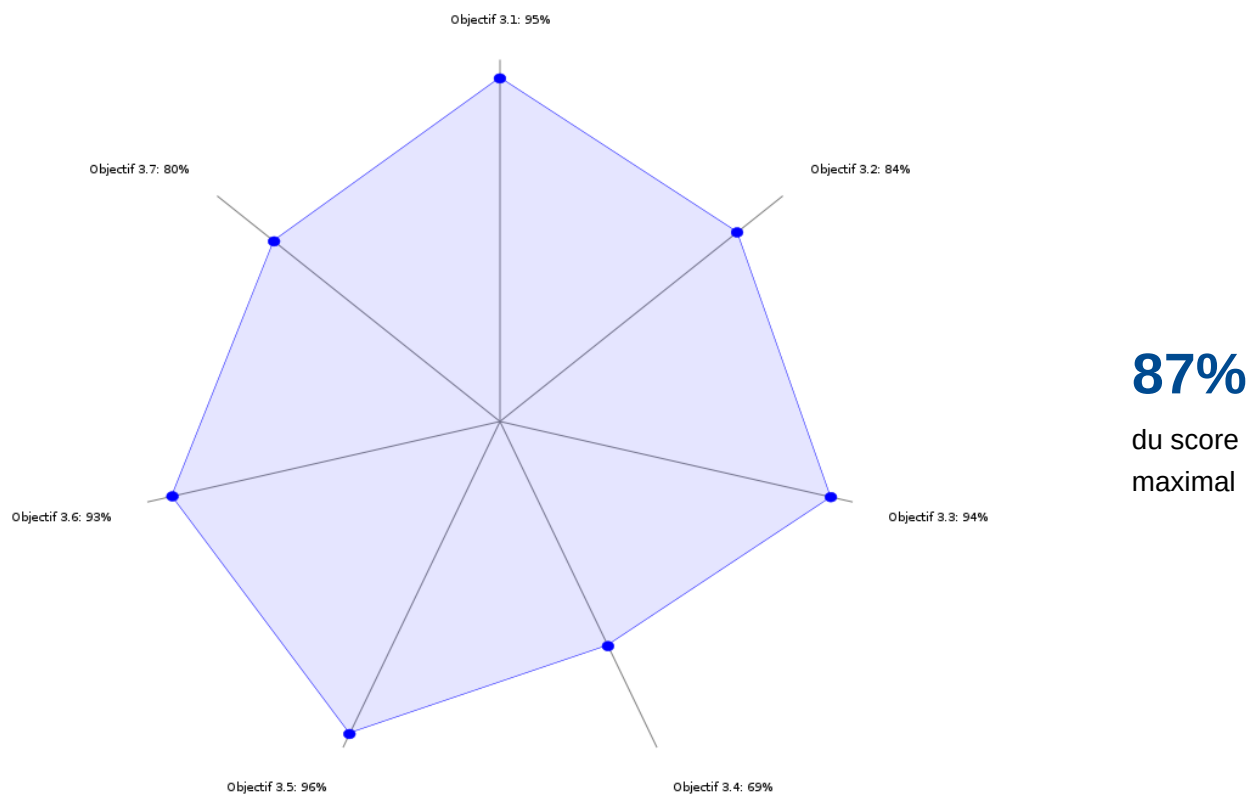
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	83%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	79%

Dans l'ensemble des services, la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Elles font l'objet d'échanges réguliers en équipe permettant de prendre en compte la réflexion bénéfices/risques partagée avec le patient ou la personne de confiance, même si celle-ci n'est pas formalisée dans le DPI. Les recommandations de bonnes pratiques sont mises en œuvre. Cependant, l'analyse de pertinence des actes transfusionnels n'est pas réalisée ni tracée dans le dossier, de même le bénéfice/risque. Les équipes n'informent pas les patients sur les doses reçues et sur les risques des rayonnements ionisants. Toutefois, les doses reçues sont notées dans le CR de radio. Des échanges sont fréquents entre la pharmacie et les services via les médecins, pharmaciens, infirmières et PPH notamment. Toutes les prescriptions sont analysées par les pharmaciens. Toute prescription d'un antibiotique répond à une justification. Les praticiens se réfèrent à des

recommandations locales (CH Rodez, établissement de référence) et un référent antibiotique, médecin avec un DU en antibiothérapie est disponible sur le CH Decazeville. Les médecins bénéficient d'une formation à l'antibiothérapie notamment par le référent ATB. La pertinence des prescriptions entre 24ème heure et 72ème heure est systématique. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Les réunions hebdomadaires sont programmées dans chaque service. Elles permettent notamment d'évaluer la situation sociale du patient afin d'anticiper les moyens à mettre en place. Par ailleurs, en SMR, un premier bilan est réalisé par le médecin en décrivant les premières indications pour la construction du projet thérapeutique. Par la suite, le projet de soin est réactualisé, tracé dans le dossier du patient. De même il est tracé l'accord du patient et ou de son entourage à son projet thérapeutique. L'équipe ne présente pas de démarche d'évaluation sur un échantillon de patients, ni des résultats cliniques des patients. Toutefois, les assistances sociales font une étude sur les difficultés de prise en charge pour les sorties. Elles ont identifié que les problèmes étaient sur un même secteur géographique ; les actions ne sont pas encore formalisées. Des médecins, sur volontariat, exercent au sein des 2 établissements de santé contribuant à une coordination fluidifiée. Des avis de spécialités sont toujours accessibles au CH de RODEZ, notamment dans la prise en charge d'enfants (avis d'un pédiatre) et de parturientes (avis d'une sage-femme). La télésanté est notamment utilisée entre des chirurgiens et des radiologues de RODEZ ou de TOULOUSE concernant des interprétations d'images, dans le cadre de la prise en charge d'un patient de neurochirurgie par exemple. Le dossier du patient informatisé (DPI) est accessible aux professionnels impliqués. De même pour les patients ayant été hospitalisés dans les établissements de la Direction commune, le DPI étant identique les informations sont accessibles en inter établissements. Il favorise la coordination du parcours patient. Il existe encore une partie du dossier en papier dans l'ensemble des secteurs. Toutefois, peu de documents papiers sont transmis lors des transferts de patient entre service, tout est notifié dans le DPI. Dans le cadre de prises en charge de situations complexes, il peut être fait appel à des équipes expertes au sein de l'établissement (antibiotique, douleur), de l'établissement de référence et du territoire. Un médecin est formé à la prise en charge palliative les professionnels ont des formations sur la démarche palliative. Les 2 psychologues de l'établissement sont sollicités en cas de situations difficiles à vivre pour les équipes. Les précautions standards et les précautions complémentaires sont maîtrisées tant au niveau de l'hygiène des mains qu'au niveau des équipements individuels. L'antibiothérapie prophylactique est systématiquement argumentée, reliée à un protocole réactualisé à partir du référentiel de l'ASFAR et réévaluée. Il en est de même pour les dispositifs invasifs. Des formations sont assurées de façon continue via la formation e-learning accessible à l'ensemble des médecins et des personnels, à partir d'une plateforme dans intranet. D'autres supports de formation créatifs sont élaborés et proposés dans l'ensemble des services. L'application des règles de bonnes pratiques est accompagnée et suivie par l'infirmière Hygiéniste et les référents en hygiène au sein des services. Pour optimiser les parcours patients et avoir une vision en temps réel de l'occupation des lits, les demandes « via le logiciel Trajectoire » sont prises en compte par l'encadrement et l'équipe médicale en relation étroites avec les cadres des autres établissements partenaires. Les assistants sociaux communiquent à l'établissement l'avancée des dossiers sociaux. Les équipes peuvent citer les différentes vigilances (hémovigilance, identito, pharmaco...) et l'organisation des alertes, les retraits des médicaments les circuits en cas de situation de maltraitance, les facteurs pouvant impacter la bientraitance. Ils ont à disposition la liste des vigilants. Ils savent retrouver dans leur gestion documentaire les procédures nécessaires. Les professionnels bénéficient de formations en lien avec la communication telles que la gestion de l'agressivité ; l'humanité ; la bientraitance. La dispensation médicamenteuse est sécurisée. L'analyse pharmaceutique est faite à 100% Cependant, les pharmaciens n'intègrent pas cette analyse dans le dossier pharmaceutique du Patient, pour ceux qui en dispose. Les interventions de la pharmacie sont prises en compte par les services prescripteurs. Le médicament est identifiable, de sa préparation à son administration ; la concordance entre le produit, le patient et la prescription est réalisé avant administration. La pharmacie met en place un sur-étiquetage des médicaments afin qu'ils soient identifiables jusqu'au moment de l'administration. Les professionnels sont formés aux risques liés aux médicaments à risque, notamment aux antibiotiques. Les MAR sont identifiés avec

une pastille rouge de la dispensation jusqu'à l'administration. L'équipe respecte les bonnes pratiques des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit : prescription, dispensation, administration, suivi, surveillance et réévaluation. Les armoires de stockage des médicaments sont révisées totalement une fois par an, avec des modifications de rangement si besoin qui respectent la sécurité, et la prévention des erreurs médicamenteuses. De nombreuses actions ont été mises en place pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Les médicaments à risque sont stockés et bien identifiés dans des armoires de pharmacie fermées dans les salles de soins. La gestion du traitement personnel du patient est prise en compte dès l'admission. La conciliation médicamenteuse n'est pas mise en œuvre néanmoins les populations ont été définies : les patients de plus de 85 ans, avec un traitement de 8 molécules au moins admis aux urgences en vue d'une hospitalisation, et les patients âgés sous psychotrope. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène lié(e)s à la prise en soins de la personne âgée sont recherchés et tracés par l'équipe. Les équipes connaissent les recommandations et obligations vaccinales. Ils sont incités à se faire vacciner par la voie du bulletin de paie. Le taux de vaccination de 11% est connu par l'encadrement et les professionnels. Les équipes participent au recueil des IQSS, ils connaissent les résultats de ceux-ci (ES et par service), et les actions d'amélioration entreprise par le service pour les améliorer (modification de la trame des courriers, lettre de liaison manuscrite réalisée le jour de la sortie du patient). Les professionnels connaissent l'outil de déclaration des événements indésirables liés aux soins. Chaque agent a un code d'accès pour signaler les événements indésirables mais également les événements désirables ou positifs. Les événements indésirables graves sont analysés selon une méthode validée ALARM et font l'objet d'actions correctives. Une Charte d'incitation au signalement responsable des événements indésirables est en place. Le circuit des FSEI est opérationnel et un retour au déclarant de la réponse suite à la déclaration de l'événement est réalisé. Toutefois, les professionnels rencontrés ne sont pas dans la configuration de l'amélioration des pratiques fondée sur l'expérience patient et de fait dans l'analyse des résultats. Il n'y a pas de mise en place d'expérience patient au sein des services.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	84%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	69%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	96%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	80%

Le Centre Hospitalier de Decazeville est membre du GHT du Rouergue avec pour mission d'organiser l'offre de soins hospitalière et médico-sociale et de permettre à la population de ce territoire de bénéficier d'une égalité d'accès aux soins. Le projet médical va dans ce sens en allant au plus proche de la population rurale. Il entretient des relations positives avec le réseau des hôpitaux de son environnement du GHT et hors GHT. Il

existe de multiples partenariats avec les autres établissements participants au service public et la médecine de ville et les MSP. Le CH accueille depuis 2019, des consultations avancées, à partir des équipes du Centre Hospitalier de Rodez, mais également du Centre Hospitalier de Villefranche-de-Rouergue. En 2023, il a été décidé de sécuriser la ligne SMUR et de l'offre de soins non programmés (SAU) par la mise en place d'une régulation 24 h/24h de son accès via le SAMU départemental au mois de juillet 2023. Une ligne SMUR permanente en H24 est sécurisée, ainsi qu'une ligne en journée lorsqu'il n'est pas possible d'avoir deux lignes. Dans ce cas, il est prévu une orientation des patients selon leur profil défini dans une procédure, partagée avec les établissements du territoire et en particulier l'établissement support, CH de RODEZ. L'alimentation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), est réalisée. Un bed manager de territoire a été nommé au CH de Rodez qui est en coordination avec les autres établissements pour la gestion des lits sur l'ensemble des secteurs. Les résultats des enquêtes de satisfaction ne sont pas analysés en collaboration avec les RU mais sont présentés à la commission des usagers. Récemment, une feuille « journal de bord, mon expérience patient » comprenant des questions sur le séjour à l'hôpital, est ajoutée dans le livret d'accueil en imagerie et USLD. Les équipes aident au remplissage dès le premier jour ; une centaine de feuilles ont été recueillies et sont en cours d'analyse par une responsable qualité. L'expérience patient associée au recueil de son ressenti n'est pas effectif à ce jour. Néanmoins lors de la visite, les équipes indiquent le projet de le mettre en place à partir du support déjà élaboré « journal de bord, mon expérience patient », en retirant les questions. L'établissement a une communication centrée sur le patient : formation bientraitance, communication, humanité, douleur, hypnose. Il existe un numéro d'appel direct à la direction qui peut recevoir en direct des réclamations ; L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs et l'impact positif est mesuré auprès des soignants qui l'applique au quotidien. Un audit a été fait sur la bientraitance. L'établissement est accessible aux personnes vivant avec un handicap. L'établissement met en place des actions visant à favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables. Le respect du patient fait partie des valeurs du service, le sujet est évoqué lors des staffs pour les patients non coopérant. Les conditions d'exercice matériel, effectif permettent d'assurer la bientraitance dans les moments sensibles et plus particulièrement pour les prises en charge palliative. Des actions de formation ciblées sur la bientraitance et les droits des patients sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Néanmoins, à ce jour il n'est pas réalisé la promotion des PREM's , et des PROM'S. L'établissement a défini dans son projet d'établissement une politique qualité gestion des risques en lien avec la CME et les RU. La dynamique d'amélioration continue est portée par la gouvernance médicale, administrative et soignante. Pour la démarche observée, l'analyse collective est réalisée avec l'ensemble des professionnels selon la méthode recommandée avec des comptes rendus et plan d'action. Le suivi est intégré au PAQSS. Une réunion de suivi est organisée à un mois. Lors de la rencontre des professionnels, certains d'entre eux n'ont pas de connaissance du programme qualité. Le plan blanc d'établissement et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) a été mis à jour en 2024. Des exercices et entraînements ont été pratiqués (COVID et NRBC). L'établissement a été confronté à des situations de crises (incendie, cyberattaque..) qui a permis de conforter les actions prévus dans le Plan blanc. D'une manière générale, l'établissement a identifié ses risques : numérique, atteintes aux personnes et biens. Il a mis en place des actions de contrôle et de maîtrise des risques. Les professionnels y sont sensibilisés.. La politique de remplacement est effective en interne. Un outil de gestion des remplacements mis en place par l'encadrement de la Direction des soins permet d'assurer des compétences en soin auprès des patients pour garantir une sécurité des soins. Le travail en équipe se fait à travers les staffs, autant, il n'a pas été formalisé de programme type PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe). Néanmoins, la culture du travail en équipe est fortement développée. Elle est valorisée au niveau du service, au travers de la réalisation de Comité de Retour d'Expérience, Staff, réunions entre l'encadrement et la Direction. Néanmoins, l'analyse de pratiques, le travail sur la pertinence ne sont pas formalisés et tracés. Les professionnels connaissent l'existence d'un comité d'éthique, mais pour certains n'ont aucune notion de leurs actions ni formalisent la démarche éthique. Dans la prospective de développement durable (DD), l'établissement a mis en place une démarche. Un diagnostic sociétal a été réalisé. Un référent développement durable a été désigné au niveau de la Direction Commune

qui intervient au niveau de l'établissement et définit ses enjeux. Celui-ci s'est doté d'une commission de suivi RSE comprenant des représentants par secteur d'activité chargé de suivre les actions mises en œuvre : affichage, cahier des charges incluant des critères environnementaux, application de la loi Egalim. Les consommations sont suivies ainsi que la prévention des risques environnementaux. Une attention spécifique est portée au suivi de la qualité de l'eau. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement avec une harmonisation des chariots d'urgence qui sont sécurisés. Des exercices de simulation n'ont pas été mis en œuvre jusqu'à présent, mais suite aux remarques des experts visiteurs, l'encadrement va organiser des formations de simulation sur l'utilisation des chariots d'urgences. Les professionnels ont été formé(s) ou recyclés à L'AFGSU. La procédure avec le numéro unique dédié est conforme. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à Analyser de manière globale le processus transfusionnel (pertinence, analyse bénéfice/risque) / Pérenniser l'information auprès du patient (RU, modalités de soumission d'une plainte ou de déclaration d'un EIAS) / Formaliser la démarche éthique et en informer les professionnels

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	120780085	CENTRE HOSPITALIER DE DECAZEVILLE	60 avenue prosper alfaric 12300 Decazeville FRANCE
Établissement principal	120000070	CENTRE HOSPITALIER DE DECAZEVILLE	60 avenue prosper alfaric 12300 Decazeville FRANCE
Établissement géographique	120787262	CENTRE HOSPITALIER DE DECAZEVILLE/SLD	60 avenue prosper alfaric 12300 Decazeville FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	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	Non
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
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	Oui
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	1,953
Nombre de passages aux urgences générales	11,580
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	35
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	13
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	64
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	2
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	30
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)	5
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	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
2	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
3	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
5	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
6	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
7	Audit système	Coordination territoriale		
8	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
9	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
10	Audit système	Risques numériques – Gouvernance		
11	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
13	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Audit système	Leadership		
16	Audit système	QVT & Travail en équipe		
17	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Audit système	Dynamique d'amélioration		
20	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Urgences Tout l'établissement	

21	Patient traceur			
22	Audit système	Maitrise des risques		
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
28	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
29	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système	Représentants des usagers		
32	Audit système			
33	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
34	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique	

			Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
36	Audit système			
37	Audit système			
38	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable

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

