



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
JEANNE DE NAVARRE
CHATEAU THIERRY**

Route de Verdilly
BP 10179
02405 Château Thierry



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 | 15 |
| Table des Annexes | 18 |
| Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche | 19 |
| Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024 | 20 |
| Annexe 3. Programme de visite | 21 |

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

| CENTRE HOSPITALIER JEANNE DE NAVARRE CHATEAU THIERRY | |
|--|---|
| Adresse | Route de Verdilly BP 10179 02405 Château Thierry FRANCE |
| Département / Région | Aisne / Hauts-de-France |
| 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 | 020004404 | CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE CHATEAU THIERRY | ROUTE DE VERDILLY BP 179 02405 CHATEAU THIERRY CEDEX FRANCE |

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

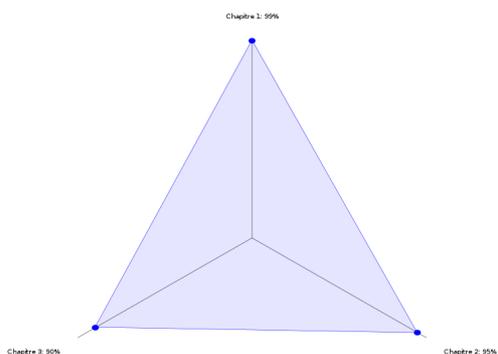
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

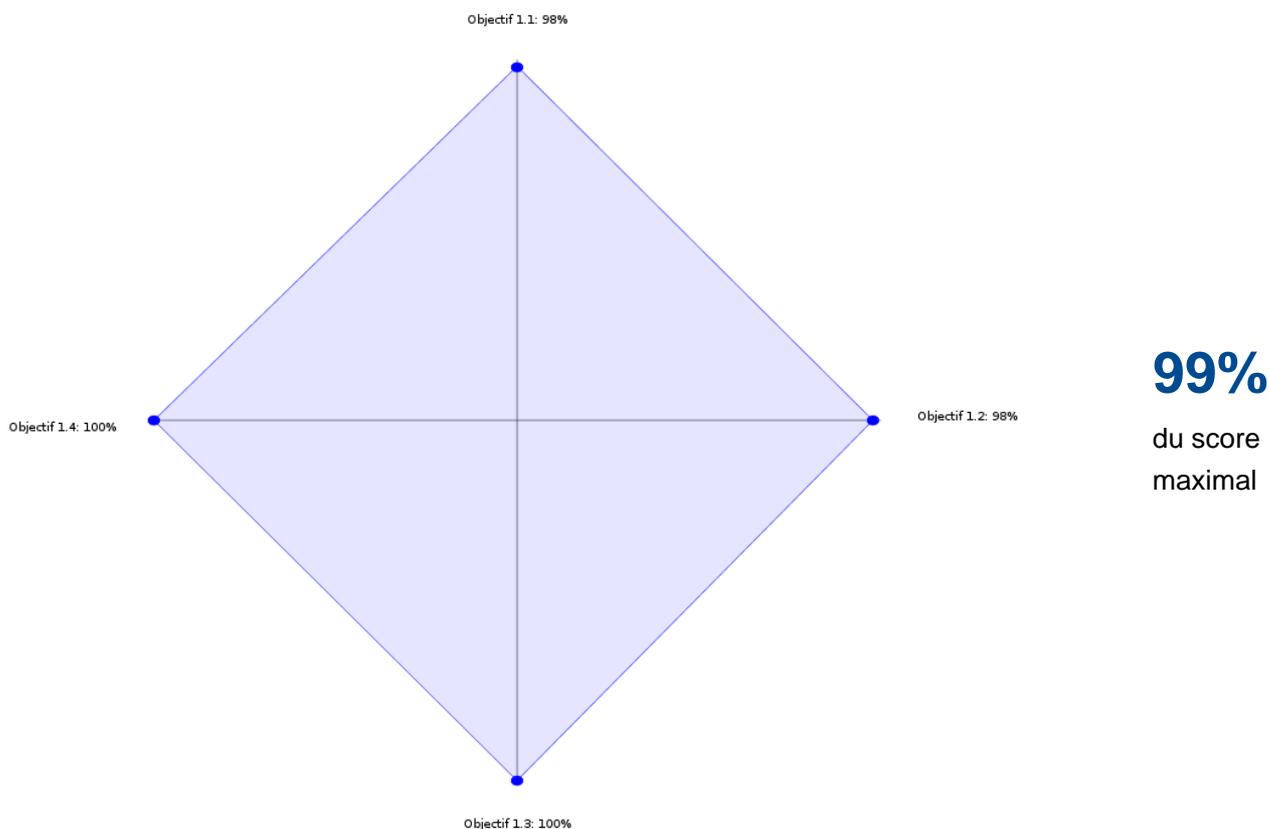
Au regard du profil de l'établissement, **118** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

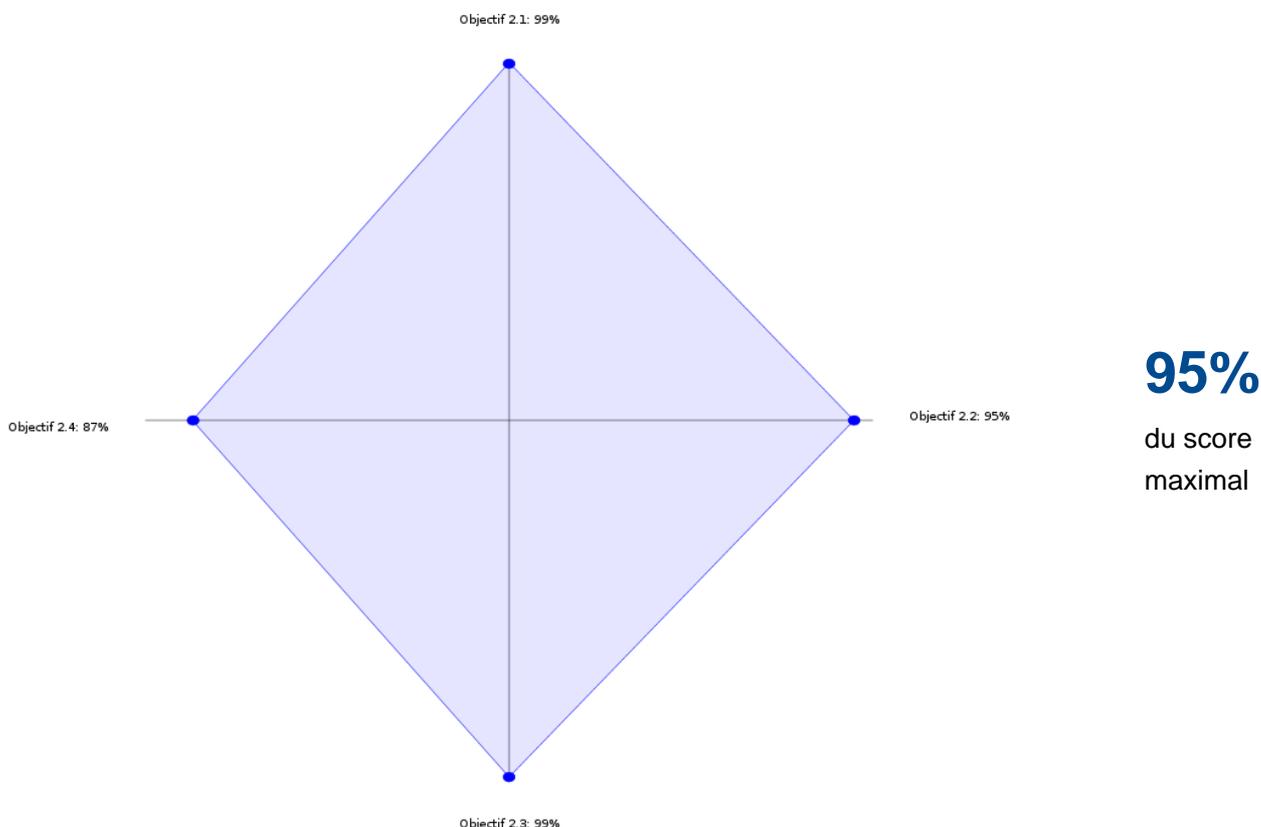


| Objectifs | | |
|-----------|--|------|
| 1.1 | Le patient est informé et son implication est recherchée. | 98% |
| 1.2 | Le patient est respecté. | 98% |
| 1.3 | Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient | 100% |
| 1.4 | Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge | 100% |

Les diverses rencontres et observations ont montré que le patient est informé, que ce soit sur ses droits ou sur son état de santé. Dès son premier contact avec l'établissement, il bénéficie d'informations sur les modalités de sa prise en charge. Il est renseigné sur ses droits grâce aux chartes affichées et à la remise d'un livret d'accueil. L'affichage des divers documents utiles à l'information du patient est très complet et réalisé dans le hall d'accueil, à l'entrée du service, et repris dans un document avec QR code affiché dans chaque chambre. Ce document intitulé « Patient partenaire et acteur de mes soins » résume les principales informations : personne à prévenir et personne de confiance, directives anticipées, demande de dossier médical, traitement des données personnelles, représentants des usagers, questionnaire de satisfaction, EIG et réclamations. Durant son séjour, il reçoit spontanément des informations sur son état de santé et sur

l'organisation de ses soins, comme en ont témoigné les patients rencontrés. Les médecins et l'équipe soignante l'impliquent dans l'élaboration de son projet de soins, en l'informant sur les bénéfices et risques, afin qu'il puisse exprimer un consentement libre et éclairé. Un projet de naissance est proposé aux futur parents et élaboré avec eux dès le début de la grossesse s'ils le souhaitent. La désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir ont été retrouvées dans l'ensemble des dossiers consultés. Le formulaire ad hoc est remis en mains propres à l'entrée dans le service par un membre du personnel, ce qui permet d'apporter une information orale et de répondre aux interrogations éventuelles. Le patient reçoit systématiquement une information sous forme d'un passeport quand il bénéficie d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire ou en chirurgie conventionnelle. Il connaît son droit à rédiger des directives anticipées qui figure dans le livret d'accueil, et les professionnels veillent à la traçabilité. Le point de vue du patient est toujours pris en compte comme il a été constaté lors des rencontres avec les patients et les équipes de soins. Les modalités pour contacter les représentants des usagers (RU) sont affichées dans le hall d'accueil, à l'entrée de chaque service et de chaque chambre, et reprises dans le livret d'accueil, qui détaille également comment soumettre une réclamation. Ces modalités sont connues des patients. Il est invité à exprimer son expérience via e-Satis et par le biais de questionnaires de satisfaction plus spécifiques recueillis alternativement dans tous les services. Les modalités pour déclarer un événement indésirable associé aux soins sont disponibles sur tous les lieux d'affichage. Les échanges avec les patients rencontrés ainsi que les observations ont mis en avant le respect constant de leur intimité et de leur dignité par les professionnels. De même, les équipements, la configuration des locaux et les pratiques garantissent cette dignité, notamment dans les chambres doubles qui disposent toutes d'un rideau central. Les patients mineurs bénéficient d'un box spécifique aux urgences avec une salle d'attente identifiée (séparation opaque et chaises enfant). Les enfants relevant d'une prise en charge médicale sont hospitalisés en pédiatrie avec deux filières identifiées : court (pas de nécessité d'une hospitalisation) et long (hospitalisation). La présence des parents est recherchée 24h/24. Le maintien de l'autonomie du patient vivant avec un handicap est préservé. Une version du livret d'accueil est disponible sous forme audio sur le site internet de l'établissement et un affichage spécifique est disponible à destination des déficients auditifs. Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une procédure institutionnelle et relève d'une décision médicale argumentée, tracée et réévaluée y compris pour la pose de barrières de lit. Une prescription ne peut se faire que pour 24h. L'anticipation, l'évaluation et le soulagement de la douleur ont été retrouvés systématiquement dans les dossiers et tous les patients rencontrés ont témoigné de leur satisfaction quant à leur analgésie. Les proches sont incités à s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins, en fonction des besoins et préférences exprimés par le patient. Leur accueil est favorisé et leurs avis sont recherchés. Leur présence, quand la situation le nécessite, est favorisée dans tous les secteurs. Les parcours de soins des patients font l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle. Chez l'enfant, le projet de soins est construit avec l'ensemble des professionnels et réévalué tout au long de son séjour, avec une prise en compte des habitudes de vie et du handicap éventuel. La prise en charge des adolescents fait l'objet d'un contrat formalisé entre les parents, le médecin et l'adolescent et réévalué tout au long de son séjour. Les conditions de vie habituelles du patient sont prises en compte pour organiser sa sortie et l'établissement fait appel à une assistante sociale si besoin.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

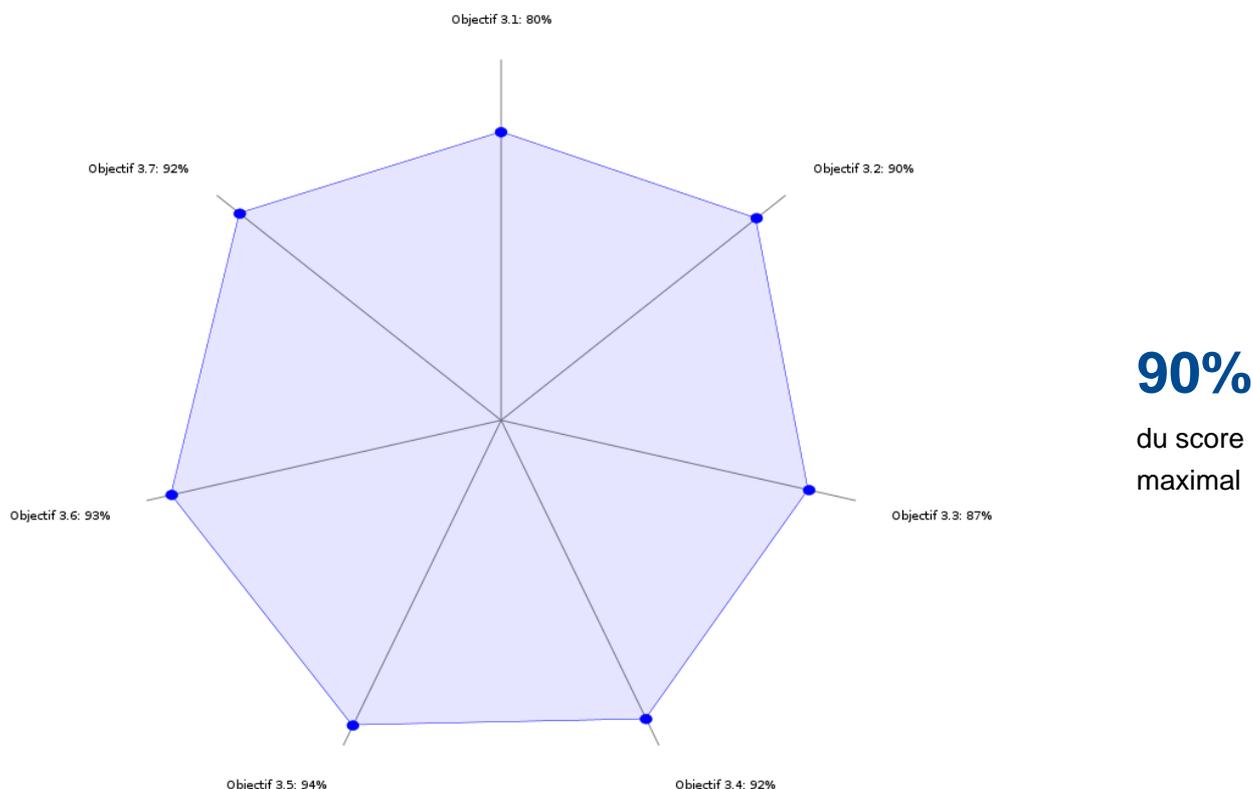


| Objectifs | | |
|-----------|---|-----|
| 2.1 | La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe | 99% |
| 2.2 | Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge | 95% |
| 2.3 | Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques | 99% |
| 2.4 | Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle | 87% |

Dès l'entrée du patient, les professionnels réalisent une évaluation initiale qui est partagée en équipe, afin de proposer et mettre en œuvre le projet thérapeutique du patient. La pertinence de la trajectoire de prise en charge est argumentée et la réflexion bénéfice-risque pluridisciplinaire est formalisée au sein du dossier patient. Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont organisées avec plusieurs établissements du GHT et avec le centre régional de lutte contre le cancer. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et tracée dans les dossiers des patients. Une réévaluation est faite à la 72ème heure mais n'est pas toujours tracée. Des formations sont organisées deux fois par an pour les nouveaux internes et un référent antibiothérapie est présent dans l'établissement. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est également toujours argumentée. Le dossier du patient est informatisé et comporte les éléments utiles à sa

prise en charge (et ce, dès le dossier médical préhospitalier du SMUR), qui sont accessibles à l'ensemble des professionnels. Une analyse mensuelle de la complétude des renseignements dans les dossiers du SMUR donne lieu à des actions d'amélioration. Le dossier des urgences est intégré au dossier patient. Aux urgences, le délai d'attente n'est pas toujours communiqué au patient de façon adaptée. L'alimentation du DMP est réalisée depuis trois mois. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins mais l'ergonomie du système d'information, notamment par la cohabitation de documents papier et du dossier informatisé, ne permet pas un accès simultané à l'ensemble du dossier patient, sans cependant impacter les bonnes pratiques de traçabilité ou de prescription. Les professionnels en soins de support sont associés : kinésithérapeutes, assistante sociale, diététicienne, psychologue. La conciliation médicamenteuse est mise en place. Une procédure existe sous forme d'un document synthétique très explicite quant à la gestion des hébergements hors de l'unité adaptée. L'établissement dispose parmi son personnel d'un réseau étoffé de référents dans chaque service (hygiène, douleur, soins palliatifs, ambassadeurs qualité, pharmacie) et peut faire appel à des correspondants extérieurs. Les interfaces entre le secteur interventionnel et le secteur des soins sont organisés, grâce aux fiches de liaison. Un conseil de bloc est en place permettant d'établir et d'arbitrer la programmation opératoire. Les différents points définis dans la charte de bloc sont respectés. La check-list « sécurité du patient » est utilisée et remplie mais n'est pas informatisée. La démarche palliative est structurée, avec une équipe mobile, et riche en actions pour accompagner les patients en fin de vie. Les équipes connaissent les vigilances sanitaires et leurs correspondants. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation sont respectées, et la pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique. Les produits injectables sont identifiés de manière conforme avec une étiquette patient jusqu'à l'administration. Les bonnes pratiques de stockage et d'administration du médicament sont respectées. L'établissement a établi une liste de médicaments à risque avec les mesures barrières, différente et adaptée selon les secteurs. Une alerte « médicament à haut risque » apparaît dans le logiciel de prescription au niveau du plan de soins pour alerter l'infirmière. Les professionnels sont formés aux risques spécifiques induits par leur utilisation et disposent de livrets d'information. Les professionnels respectent les règles de gestion des médicaments à risque ainsi que les règles de stockage, sauf dans le service d'USIC où l'un des deux dosages de chlorure de potassium présents dans l'armoire à pharmacie était rangé à côté d'un autre électrolyte, le chlorure de sodium. Cela n'a été observé qu'une seule fois, et l'établissement a immédiatement corrigé et mis en place de nouvelles barrières préventives. L'environnement du patient est propre, tant dans les chambres que dans les postes infirmiers et les couloirs. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont respectées, et les solutions hydroalcooliques sont largement disponibles dans tous les locaux et chambres. Des audits ont été réalisés mais les derniers datent de 2022. De même, les bonnes pratiques permettant de maîtriser le risque infectieux per-opératoire sont respectées au bloc opératoire. Les équipes appliquent et audient les pratiques dans la réalisation de l'antibioprophylaxie. Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants sont maîtrisés, de même que ceux liés à l'hémorragie du post-partum. L'autorisation de sortie du patient en ambulatoire est validée et le transport des patients est organisé et maîtrisé, dans le respect des conditions de sécurité et de confort lors de ce transport. Les professionnels n'analysent pas tous leurs pratiques et n'évaluent pas toujours leurs résultats cliniques. Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) datent en majorité d'avant 2020 mais de nombreuses évaluations sont menées (pertinence des transfusions, antibioprophylaxie, antibiothérapie, parcours traceurs, patients traceurs, tenue du service, tenue du dossier, HPPI...) et pourraient être reprises sous formes d'EPP. La satisfaction du patient est évaluée et les réclamations font l'objet d'une analyse et de mesures adaptées. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont connus des équipes. Les événements porteurs de risque et les événements indésirables associés aux soins sont déclarés par les professionnels, aidés par les « ambassadeurs qualité » qui ont été formés à la démarche de déclaration et d'analyse des événements indésirables. Les analyses s'appuient sur la méthode ALARM et sont réalisées selon la typologie et la criticité de l'événement indésirable lors de comités de retour d'expérience ou de revues morbi mortalité. Le suivi des Go/No Go est réalisé au bloc opératoire, mais les modalités de réalisation de la check-list dans son ensemble ne sont pas toujours suivies de façon pérenne.

Chapitre 3 : L'établissement



| Objectifs | | |
|-----------|--|-----|
| 3.1 | L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire | 80% |
| 3.2 | L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement | 90% |
| 3.3 | La gouvernance fait preuve de leadership | 87% |
| 3.4 | L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences | 92% |
| 3.5 | Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance | 94% |
| 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 | 92% |

Le Centre Hospitalier Jeanne de Navarre est engagé dans de nombreux partenariats avec notamment le CH de Soissons, le CHU de Reims mais aussi avec la médecine de ville. Il participe à la mise en place du CPTS de Château-Thierry. Les admissions directes des personnes âgées hébergées en EHPAD nécessitant une hospitalisation sont possibles sous un délai de 48h et font l'objet d'une procédure, mais il n'existe pas de

véritable circuit court pour prendre en charge la personne âgée admise en urgence. L'établissement recueille le degré de la satisfaction du patient par le biais d'e-Satis, mais aussi par des enquêtes ponctuelles sur certains secteurs (consultations, obstétrique, urgences, imagerie, pédiatrie) ou thématiques (bienveillance, respect de l'intimité et de la confidentialité aux urgences). Un questionnaire post-réanimation portant sur le vécu de l'hospitalisation et permettant de recueillir l'expérience du patient sur ses soins dans ce service est réalisé. Une patiente experte en oncologie participe à des rencontres avec des patients dans ce service et une patiente a apporté son témoignage sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral. Les résultats sont analysés avec les RU et présentés à la commission des usagers (CDU) et en CME. De même, les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications en CME et en CDU. Elles sont suivies et génèrent des actions d'amélioration. Les soignants connaissent les réclamations ou plaintes de leur secteur d'activité. Des formations à la communication avec les patients Alzheimer ou sur la gestion de l'agressivité ont été réalisées. Tous les professionnels rencontrés sont sensibilisés aux valeurs de bienveillance, ce dont témoignent aussi tous les patients avec qui nous avons pu échanger. La lutte contre la maltraitance fait l'objet de procédures, affichage et échanges et les professionnels connaissent les modalités d'écoute et les circuits d'alerte. Les RU sont très fortement impliqués au sein de l'établissement. Ils participent au conseil de surveillance et au COVIRIS, ainsi qu'au comité éthique dont ils sont membres. Ils donnent leur avis en CDU sur les actions d'amélioration concernant la vie quotidienne des patients et sont informés des plaintes et réclamations et des événements indésirables. Ils sont associés à la rencontre du patient et de sa famille lors de réclamations (par exemple aux urgences). Le projet des usagers n'est pas encore rédigé. Le management fondé sur la qualité et la sécurité des soins est une orientation prioritaire de la gouvernance, déclinée tant dans les orientations stratégiques que dans la politique qualité. C'est une valeur institutionnelle forte, partagée tant par l'équipe de direction qui a réussi à fédérer et à redynamiser la démarche, que par la gouvernance médicale. La CME et son président contribuent à l'élaboration de la politique qualité-sécurité-environnement et entraînent activement le corps médical dans la démarche qualité. Les professionnels rencontrés peuvent citer les actions concrètes du programme qualité en lien avec leurs activités et s'y impliquent. Des journées d'accueil des nouveaux arrivants sont organisées et des livrets d'accueil spécifiques existent dans certains services (urgences, radiologie). Les responsables d'équipe n'ont pas encore bénéficié de formations au management, mais cela est prévu dans les prochaines semaines. Quelques démarches d'amélioration du travail en équipe sont en place : exercices de simulation au bloc opératoire, en réanimation, en maternité et en pédiatrie. La maternité est labellisée IHAB. Un plan de formation professionnelle étoffé est institué. Un espace éthique opérationnel est en place. La qualité de vie au travail (QVT) est une des orientations stratégiques de l'établissement. La démarche QVT est traduite sous forme d'une charte recensant l'ensemble des actions menées sur le terrain. Des fauteuils massant sont disponibles ainsi qu'une salle de sport et un espace de détente extérieur. Un soutien psychologique est disponible si besoin. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Des risques spécifiques ont été identifiés. Une cellule de crise est en place et opérationnelle en moins de 45 minutes comme l'ont montré des exercices. Un plan de sécurisation de l'établissement est en place et répertorie les situations à risque pour les patients et les professionnels. L'établissement met en œuvre des actions afin de maîtriser les risques environnementaux et de promouvoir un développement durable. Un référent a été désigné. Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchet. Le circuit des déchets à risque infectieux (DASRI) est conforme. La prise en charge des urgences vitales est organisée avec un numéro d'appel direct unique pour les professionnels. Les matériels dédiés à la prise en charge des urgences vitales sont présents et accessibles. Les chariots d'urgence sont contrôlés et leur vérification est tracée. Les professionnels sont formés régulièrement (formation théorique et simulation) et savent détecter les symptômes d'une urgence vitale. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins et mobilise ses équipes dans ce sens. Cependant, le programme d'amélioration de la qualité ne prend pas suffisamment en compte l'expérience du patient et les contributions des usagers. Toutes les rencontres avec les professionnels, de jour comme de nuit, ont montré une bonne connaissance de la politique qualité et de sa déclinaison sur le terrain. Les résultats des indicateurs qualité et

sécurité des soins (IQSS) sont diffusés et connus des professionnels. Ils s'impliquent dans leur étude et dans les actions d'amélioration qui en découlent. Les équipes connaissent les événements indésirables associés aux soins de leur secteur, mais pas les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience des patients. La CDU est informée de tous les événements indésirables déclarés. 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?: Pérenniser l'analyse des modalités de réalisation de la check-list au bloc opératoire Garantir l'accès à l'ensemble des informations du DPI et du dossier papier de façon simultanée Développer les EPP, l'analyse de pratiques, des résultats cliniques, Développer les actions d'amélioration issues de l'expérience patient et des contributions des usagers dans le PAQSS et en favoriser l'appropriation par les professionnels Développer un circuit court afin de prévenir les passages évitables aux personnes âgées aux urgences

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 | 020004404 | CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE CHATEAU THIERRY | ROUTE DE VERDILLY BP 179 02405 CHATEAU THIERRY CEDEX FRANCE |
| Établissement principal | 020001061 | CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE CHATEAU THIERRY | Route de Verdilly BP 10179 02405 Château Thierry FRANCE |

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

| Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil | Valeur |
|---|--------|
|---|--------|

Annexe 3. Programme de visite

| Nb | Méthode | Sous-méthode | Champs d'applicabilité | Description traceur |
|----|------------------|--------------|---|-------------------------------------|
| 1 | Parcours traceur | | <p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 2 | Parcours traceur | | <p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 3 | Traceur ciblé | | | Antibioprophylaxie + Per opératoire |
| 4 | Parcours traceur | | <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> | |

| | | | | |
|---|------------------|--|---|---|
| | | | <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 5 | Traceur ciblé | | | Médicament à risque Per Os : Prescription à administration |
| 6 | Parcours traceur | | <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 7 | Parcours traceur | | <p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 8 | Parcours traceur | | <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> | |

| | | | | |
|----|-----------------|--|--|--|
| | | | Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement | |
| 9 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 10 | Patient traceur | | Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 11 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 12 | Audit système | | | |
| 13 | Audit système | | | |
| 14 | Traceur ciblé | | | EIG selon liste de l'établissement. |
| 15 | Traceur ciblé | | | Précautions standards et complémentaires |
| 16 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|---|
| | | | Programmé Tout l'établissement | |
| 17 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 18 | Audit système | | | |
| 19 | Traceur ciblé | | | Antibiotique injectable : Prescription à administration |
| 20 | Audit système | | | |
| 21 | Traceur ciblé | | | NON APPLICABLE. |
| 22 | Audit système | | | |
| 23 | Parcours traceur | | Chirurgie et interventionnel Soins critiques 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 SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement | |
| | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|---------------------------|
| 24 | | | 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 | |
| 25 | Parcours traceur | | Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent 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 | |
| 26 | Audit système | | | |
| 27 | Audit système | | | |
| 28 | Audit système | | | |
| 29 | Audit système | | | |
| 30 | Traceur ciblé | | | Urgences > Service > Bloc |
| 31 | Audit système | | | |
| 32 | Audit système | | | |
| | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète | |

| | | | | |
|----|------------------|--|--|--|
| 33 | | | <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 34 | Audit système | | | |
| 35 | Parcours traceur | | <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 36 | Parcours traceur | | <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 37 | Patient traceur | | <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> | |

| | | | | |
|----|-----------------|--|--|-------------------------------------|
| | | | Tout l'établissement | |
| 38 | Patient traceur | | Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 39 | Patient traceur | | Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 40 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 41 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 42 | Traceur ciblé | | | EIG selon liste de l'établissement. |
| 43 | Audit système | | | |
| 44 | Audit système | | | |
| 45 | Audit système | | | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|--|
| 46 | Traceur ciblé | | | PSL |
| 47 | Traceur ciblé | | | Urgences + SMUR |
| 48 | Traceur ciblé | | | Désinfection des endoscopes |
| 49 | Traceur ciblé | | | Chimiothérapie |
| 50 | Traceur ciblé | | | Précautions standards et complémentaires |
| 51 | Audit système | | | |
| 52 | Audit système | | | |
| 53 | Audit système | | | |
| 54 | Patient traceur | | <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 55 | Parcours traceur | | <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p> | |
| 56 | Parcours traceur | | <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p> | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|--|
| | | | Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 57 | Parcours traceur | | Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 58 | Traceur ciblé | | | EIG ou presque accidents selon la liste fournie par l'ES |
| 59 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement | |
| 60 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 61 | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement | |
| | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|--|
| 62 | | | Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement | |
| 63 | Parcours traceur | | Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement | |
| 64 | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement | |
| 65 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement | |
| 66 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement | |
| 67 | Audit système | | | |
| 68 | Traceur ciblé | | | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou |

| | | | | |
|----|-----------------|--|--|--|
| | | | | injectable |
| 69 | Traceur ciblé | | | Précautions standard et complémentaires |
| 70 | Traceur ciblé | | | Dispositif médical réutilisable (Endoscope) |
| 71 | Traceur ciblé | | | Chimiothérapie |
| 72 | Traceur ciblé | | | EIG ou presque accidents selon la liste fournie par l'ES |
| 73 | Audit système | | | |
| 74 | Traceur ciblé | | | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable |
| 75 | Audit système | | | |
| 76 | Audit système | | | |
| 77 | Audit système | | | |
| 78 | Audit système | | | |
| 79 | Audit système | | | |
| 80 | Audit système | | | |
| 81 | Audit système | | | |
| 82 | Audit système | | | |
| 83 | Audit système | | | |
| 84 | Patient traceur | | Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|--|
| | | | Programmé Tout l'établissement | |
| 85 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 86 | Audit système | | | |
| 87 | Parcours traceur | | Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement | |
| 88 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 89 | Audit système | | | |
| 90 | Traceur ciblé | | | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os |
| 91 | Patient traceur | | Médecine Ambulatoire Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|---|
| | | | Tout l'établissement | |
| 92 | Traceur ciblé | | | PSL |
| 93 | Audit système | | | |
| 94 | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement | |
| 95 | Traceur ciblé | | | Antibioprophylaxie et Per opératoire |
| 96 | Traceur ciblé | | | Précautions standard et complémentaires |
| 97 | Audit système | | | |
| 98 | Audit système | | | |
| 99 | Traceur ciblé | | | SMUR |

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

