



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

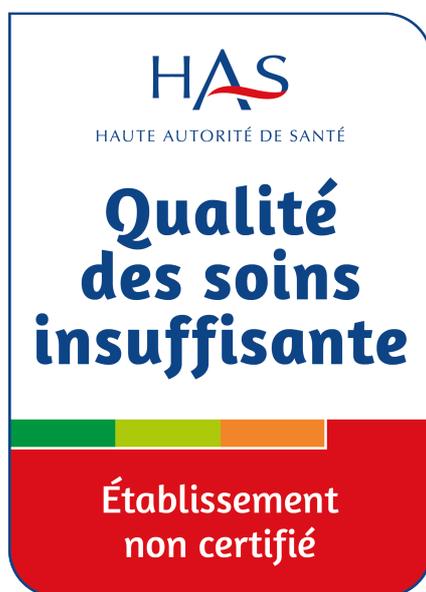
**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
PIERRE DEZARNAULDS**

2 avenue jean villejean

BP 89

45500 Gien



Validé par la HAS en Juin 2025

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 – Juin 2025

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 2025	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 PIERRE DEZARNAULDS	
Adresse	2 avenue jean villejean BP 89 45500 Gien 45503 FRANCE
Département / Région	Loiret / 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	450000096	CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS	2 avenue jean villejean BP 89 45500 Gien 45503 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

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 Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **117** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Une attention particulière portée aux informations délivrées aux patients et à leurs proches dans le respect de leurs droits a été mise en évidence lors des diverses rencontres. Les informations concernant les prises en charges sont délivrées et tracées dans le dossier. On retrouve un affichage institutionnel des chartes dans l'ensemble de l'établissement. Dans la recherche de l'alliance thérapeutique, le projet de soins est construit en concertation avec le patient en respectant ses choix y compris en pédiatrie dès que possible ; la réflexion bénéfices/risques est partagée et tracée dans le DPI. Les messages de Santé Publique sont dispensés et ciblés, on retrouve des affiches et des flyers dans tous les salons d'attente. Dans l'entrée des urgences, sont affichés des QR Codes ouvrant sur les codes de déontologie des professionnels de santé rencontrés (médecin, sage-femme, pharmacien, IDE, assistante-sociale, diététicien, kinésithérapeute). Dès la naissance, des recommandations sont données aux parents par l'équipe concernant l'éducation, les mesures de prévention ou les vaccinations et l'analyse des courbes de poids en lien avec le carnet de santé. Des flyers spécifiques intitulés « J'ai un rôle essentiel dans mes soins lors de mon hospitalisation » sont à disposition dans les accueils ; on y retrouve plusieurs éléments concernant : les documents à fournir, les informations à donner : allergies, traitements, douleur..., le rôle du patient dans sa prise en charge: partage d'informations, questions à poser, participation aux décisions..., ses droits : déclarations FEI, signalements... En maternité, le projet de naissance est élaboré avec les futurs parents. La personne de confiance et la personne à prévenir sont clairement identifiées et sollicitées à propos. Les modalités de sortie sont organisées et expliquées au patient dès la consultation surtout pour les ordonnances afin que les patients puissent anticiper l'achat des antalgiques mais également lors de l'entrée par le relevé systématique des conditions de vie. Les Dispositifs Médicaux Implantés lui sont signalés et les explications nécessaires au suivi lui sont fournies. En cas de transfusion, les informations sont données concernant les produits administrés et son accord est tracé. Les informations spécifiques au parcours ambulatoire sont transmises en amont en en aval de la prise en charge et on retrouve les éléments dans un passeport qui lui est remis. Une attention particulière est portée sur la recherche et la traçabilité systématique des directives anticipées dans le DPI. En fin de vie, le patient a la possibilité d'exprimer sa volonté d'accès aux soins palliatifs, ses choix sont intégrés dans le projet de soins. Les coordonnées des représentants des usagers sont disponibles dans les halls d'accueil, à l'entrée des services et dans le livret d'accueil. Cependant ces informations sont peu relayées par les professionnels de santé de l'établissement, peu d'usagers intègrent donc ces éléments et savent comment contacter les RU, formuler une plainte, signaler un événement indésirable, exprimer leur satisfaction ou les modalités d'accès au DMP ou à une messagerie sécurisée. L'expérience du patient quant à sa maladie ou sa prise en charge est peu développée actuellement dans l'établissement. La majorité des patients considère que les conditions d'accueil et les pratiques garantissent le respect de leur intimité de leur dignité. Les jeunes patients pris en charge bénéficient d'un circuit adapté, d'un environnement ludique et de professionnels formés à leurs spécificités. Les autorisations de prise en charge de mineurs sont présentes dans le dossier. L'autonomie physique, psychologique et sociale des personnes porteuses d'un handicap ou âgées est préservée. Les équipes ont le souci de préserver la confidentialité des données (les écrans sont verrouillés, on retrouve la traçabilité dans le DPI du souhait du patient de maintenir la porte ouverte). L'organisation des prises en soins est faite autour d'une discussion collégiale pluridisciplinaire concernant le recours à la contention et son maintien. Les comportements observés montrent une grande bienveillance, une réponse rapide aux sollicitations et une recherche de l'implication du patient hormis en situation de tension. La prise en charge de la douleur est efficace. L'implication des proches et des aidants est recherchée avec l'accord du patient, des organisations spécifiques sont prévues pour permettre leur présence en cas de situations difficiles identifiées (lits d'appoints, horaires de visite élargis,

hospitalisation d'un des parents auprès de son enfant en pédiatrie ; place et présence du coparent en maternité H24 hormis en SSPI après la césarienne; pour une alimentation « Plaisir », les proches peuvent apporter des aliments choisis par le patient...). L'ensemble des patients de l'établissement bénéficie d'une prise en charge globale socio-environnementale. Le projet de soins du patient porteur de handicap est élaboré en tenant compte de ses préférences et besoins ; la socialisation éducative et scolaire des patients mineurs est organisée. Les conditions de vie habituelles de l'utilisateur sont questionnées pour évaluer les potentialités de sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

A l'occasion des patients traceurs et des parcours traceurs, il a été constaté une coordination pluri professionnelle et pluridisciplinaire des équipes effective dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins ainsi que dans sa réévaluation. Aux urgences, une réunion pluri professionnelle quotidienne le matin permet de coordonner les prises en charge en s'appuyant sur des protocoles et recommandations (douleur, traumatisme de la cheville, infarctus...). A la maternité, les équipes s'appuient sur un ensemble de protocoles travaillés en partenariat avec le CHUO et sur des staffs hebdomadaires médicaux et médico-psychologique avec les professionnels de ville (PMI, services sociaux...). En médecine et en SMR, la mise à disposition des nouvelles procédures est réalisée par les référents Gestion Des Risques dans des classeurs, sur la GED, à partir de cahiers de supports d'information et sur des raccourcis sur les postes de travail informatiques (avec émargement validant la prise de connaissance). Le projet de soins en SMR est signé par le patient. La pertinence de l'orientation par l'équipe du SAMU est argumentée en tenant compte des préférences du patient. Les demandes d'admission en SMR sont étudiées en équipe et la pertinence du maintien des prises en charge est régulièrement remise en question concernant les modalités, les prescriptions ou le suivi des parcours. L'orientation en HAD est mise en œuvre et donne lieu à une analyse de suivi des motifs de refus d'admissions. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et régulièrement réévaluées. Deux infectiologues du CHUO sont présents 1 jour par semaine et joignables 5 jours sur 7. Ils organisent des temps de sensibilisation aux bonnes pratiques pour les médecins de l'unité de Médecine. Ils diffusent les protocoles d'antibiothérapie du CHUO. L'analyse bénéfice / risque est effectuée pour chaque acte de transfusion. L'équipe de médecine rencontrée fait une analyse de pertinence des actes transfusionnels au fil de l'eau. Néanmoins cette analyse n'est ni formalisée, ni tracée, ni régulière. Les prises en charge SMUR sont tracées dans le dossier en 3 volets : 1 administratif, 1 patient, 1 qui reste au sein du SMUR mais il n'a pas été réalisé d'analyse de ce triptyque. L'effectivité du travail est constatée cependant la composition de l'équipe SMUR est incomplète car il n'y a pas d'ambulancier. La majorité des IDE est formée IAO, on note l'utilisation d'une échelle de tri paramétrée dans le logiciel Easily + des niveaux d'alerte personnalisés en interne. De nombreux médecins de spécialités sont consultables (infectiologue, gastro-entérologue, diabétologue, chirurgien orthopédiste, praticiens du CHUO). Les prises en charge sont adaptées aux vulnérabilités (selon la provenance géographique du patient transfert à SULLY ou BRIARE, validation de l'acceptation des patients CMU par la clinique avant transfert vers Orléans). Les délais d'attente sont communiqués aux patients et la disponibilité des lits est connue sur appel entre cadres. Les dossiers des venues des patients avec une antériorité inférieure à 8 ans sont informatisés sinon le dossier papier est accessible. Les urgences pédiatriques sont organisées au niveau du service de pédiatrie. L'admission est faite au niveau du service d'urgence adulte puis l'enfant et ses parents sont admis dans le service de pédiatrie, accueillis par une secrétaire en journée ou directement par une IAO (H24) qui réalise le tri avec une priorisation indiquée aux parents selon la gravité. En cas de gravité extrême l'enfant est susceptible de rester aux urgences adultes dans le 1er box disponible, du matériel pédiatrique est à disposition et le pédiatre est joignable. L'ensemble des informations utiles aux prises en charge sont retrouvées dans le DPI, y compris les résultats de radio accessibles sur un ordinateur dédié, le laboratoire de biologie est joignable H24. En maternité, les équipes médicales utilisent le logiciel Omnidoc qui est également utilisé dans la région Centre Val de Loire par les professionnels de santé pour la télé expertise et les transferts entre établissements. Au cours de la visite, une réflexion d'équipe et un échange avec les responsables de la maternité du CHUO ont acté le transfert du dossier Easily de la patiente en version informatisée. L'accès au dossier médical de Mon Espace Santé (DMP) par les équipes médicales est favorisé. Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient autour du projet de soin partagé et validé par celui-ci lors des staffs multidisciplinaires

hebdomadaires et des concertations quotidiennes sur leurs évolutions. Si besoin l'équipe peut faire appel à un IDE du CMPT, à l'aumônier, à l'équipe addictologie, une IDE de l'Equipe Mobile de Gériatrie est présente tous les matins aux urgences. La mise en œuvre de l'Echelle de BRADEN est systématique ainsi que l'évaluation gériatrique. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre depuis octobre 2024 pour les patients hospitalisés en SMR ou en médecine en attente d'un passage en EHPAD. Les rares hébergements en gynécologie font l'objet d'une prise en charge coordonnée et sont suivis par équipe médicale de l'UHTCD. Les équipes disposent des accès directs à des correspondants experts (CMP Psy, EPSM Loiret G. Daumézon à Fleury les Aubrais, addictologue, soins palliatifs, IPA maladies chroniques stabilisées diabète cardio et pneumo). En SMR, l'intervention d'une conseillère en éducation sociale et familiale est précoce et systématique pour compléter les conditions de vie. Une diététicienne établit un score de dénutrition et met en place les mesures nécessaires. En pédiatrie, la présence de correspondants est identifiée avec le CHU d'Orléans (en particulier cardiologue). Le recours à la télé expertise est actif depuis 4 mois pour la radiologie et des cabinets de télédiagnostic sont disponibles en ville. Un projet télé AVC est en cours (IRM au sein du GIE partenaire depuis 6 mois). Au bloc opératoire, les programmations sont coordonnées. En raison de la spécialité obstétricale, les déprogrammations des césariennes programmées sont très rares et les délais de reprogrammation sont très courts. Néanmoins les écarts ne sont pas analysés. Une fiche de liaison « Gynécologie Obstétrique – Bloc opératoire » est utilisée pour transmettre les informations utiles en amont des interventions chirurgicales de la spécialité gynéco obstétricale. Toutefois l'analyse de pertinence des informations contenues dans cette fiche n'a pas été réalisée. Au bloc obstétrical, la check-list « Sécurité du patient » adaptée à la césarienne est utilisée lors des vérifications croisées. Elle a été évaluée à deux reprises en 2024 et des actions d'améliorations ont été mises en place. Les équipes se coordonnent pour assurer la continuité des prises en charges en transition adolescent-adulte. Le carnet de santé de l'enfant est utilisé comme support d'informations lors des prises en charge pédiatriques. En maternité, le DMP est alimenté dès la phase prénatale et connu par la patiente. La démarche palliative et la prise en soins palliative sont organisées autour de 3 lits en médecine et 3 lits en SMR avec 4 médecins ayant un DU « Douleur-soins palliatifs ». L'inclusion d'un patient en soins palliatifs est décidée en réunion pluri professionnelle et pluridisciplinaire lors du staff hebdomadaire du lundi qui inclut médecin en soins palliatifs. Dès lors la fiche « inclusion des patients en soins palliatifs » est ouverte. Le projet de soins est co-construit avec le patient et ses proches. L'équipe peut avoir recours à l'EMSP du CHU d'Orléans. 1 psychologue passe 1 fois /semaine pour les patients et les familles, il peut également voir les équipes si besoin. Un suivi au SST des professionnels est aussi organisé avec possibilité de rencontrer un psychologue sur RDV ou par la hotline. En médecine, 1 journée d'accompagnement est organisée en mars 2025 à la demande de l'équipe paramédicale avec la présence d'un psychologue toute la journée et des rencontres en 2 temps : collectif puis individuel. Dans l'établissement, la lettre de liaison est remise au patient le jour de la sortie. La sage-femme donne toutes les explications nécessaires à la patiente pour son retour à domicile. Le dossier médical de Mon espace santé (DMP) est mis à jour automatiquement. L'identité des patients est recueillie et tracée dès l'arrivée, un bracelet d'identification est apposé et vérifié avant toute prise en charge. Tous les documents papiers persistants sont identifiés. Les vigilances sanitaires sont organisées, efficaces. Les informations ascendantes et descendantes sont relayées par des correspondants en gestion des risques formés dans tous les secteurs. La dispensation des médicaments est sécurisée sur la base d'un système plein vide avec 2 armoires sécurisées en rotation ramenées dans les services par un préparateur en pharmacie pour les médicaments en dotation. Cependant il a été retrouvé lors de la visite des prescriptions manuscrites aux urgences incomplètes (manquent l'heure, la durée du traitement, la DCI, la voie d'administration, l'unité). Au sein de l'ES, les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique pour l'ensemble des prescriptions sans intégrer actuellement les informations du Dossier Pharmaceutique. Le bilan thérapeutique n'est pas retrouvé dans le courrier de sortie qui fait office de lettre de liaison. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre. Un état des lieux des produits médicamenteux à risques a été réalisé pour chaque secteur de l'ES. La liste spécifique est connue des professionnels qui sont régulièrement sensibilisés à l'usage des médicaments à risques et

connaissent les Never Events. Les MHR sont identifiés comme tels dans les armoires à médicaments et dans le logiciel Easily. Les transports des médicaments se font dans des caisses scellées avec un bon de réception à renvoyer. Le respect de la chaîne du froid est garanti avec des glacières identifiées et transportées soit par les IDE soit par les préparateurs. Un planning de vérification des périmés est organisé au sein du service avec un classeur de traçabilité. Les règles de stockage sont majoritairement suivies hormis concernant les stylos à insuline dans le chariot de soins en cours d'utilisation (pas de date d'ouverture) et la présence d'un pochon de NaCl laissé à disposition sur le chariot de soins pour la préparation des injectables. Le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable est irrégulièrement identifié (informations données au patient). Le bilan thérapeutique n'apparaît pas systématiquement dans la lettre de liaison. Le dépôt de sang est agréé par l'EFS d'Orléans et est contigu au laboratoire. Le dossier « PSL » n'est pas informatisé. Les prescriptions, les administrations et les surveillances se font sur papier alimentant ainsi le dossier transfusionnel. Malgré les documents dans la GED et un classeur hémovigilance à disposition dans chaque service, les professionnels rencontrés ne connaissent pas les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'OAP, TRALI et TACO. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont intégrées par les professionnels. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène est composée d'un pharmacien hygiéniste (0,30 ETP) et de 2 IDE (1,6 ETP), elle conduit de nombreux audits (gestion des excréta, hygiène des mains, PS&C, ...). Elle collabore et travaille avec des comités (CLIN), des réseaux nationaux et régionaux en hygiène (SEPIAS Val de Loire, ...) et s'appuie sur un réseau de correspondants en hygiène au sein de l'ES. Elle réalise des formations : « nouvel arrivant », PS&C, chambre des erreurs, ... et des surveillances (eau chaude, prélèvement de surfaces, ...). Elle mène de nombreuses actions de communication : t'Chat Hygiène 1 fois / trimestre, flash Hygiène dans les services 1 fois/trimestre et 1 fois par an pour les équipes de nuit, organisation de la journée « Hygiène des mains », formation des stagiaires et des nouveaux arrivants...), un classeur « hygiène » est disponible dans les services comprenant l'ensemble des procédures hygiène. En pédiatrie, l'importance des règles d'hygiène et des risques est expliquée aux parents. Dans le cas d'une infection associée aux soins, les précautions mises en place sont expliquées au patient et à ses proches et tracées dans le dossier. La propreté de l'ensemble des locaux est à noter. Les équipes gynéco obstétricales disposent de protocoles d'antibioprophylaxie écrits selon les dernières recommandations et validés par le référent infectiologue de l'ES. Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie au bloc opératoire sont respectés et tracés dans le logiciel DIANE. L'antibioprophylaxie est inscrite dans la Check-List et évaluée lors de l'audit de la CL Césarienne, une alerte est instaurée dans le logiciel de prescription. Cependant la prescription d'antibioprophylaxie utile n'est ni prescrite en consultation d'anesthésie, ni en visite préopératoire. Au cours de la visite, l'établissement a modifié la fiche d'anesthésie remplie en CPA et inclus un chapitre « Antibioprophylaxie prévue ». Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux. Les pratiques de prévention du risque infectieux lié aux abords invasifs sont conformes. Lors de la programmation d'une intervention chirurgicale gynécologique ou obstétricale l'équipe remet à la patiente un passeport dans lequel se trouvent les recommandations pour la préparation corporelle pré opératoire. A l'admission, l'équipe s'assure de la réalisation de cette préparation et la trace dans la fiche de liaison « Gynécologie Obstétrique – Bloc opératoire ». Avant l'intervention, dans la salle du bloc opératoire, l'IDE applique, pour les césariennes, le protocole « préparation de la paroi abdominale en vue de son incision pour extraire un fœtus/ Mai 2023 ». La prescription médicamenteuse d'antibiotique IV et/ou per os est réalisée par des médecins ou internes des services. La réévaluation de l'antibiothérapie est réalisée à 48h et une alerte apparaît sur le logiciel. L'équipe soignante effectue le recueil des facteurs de risque du syndrome de dépendance iatrogène et ses causes cependant il n'a pas été mis en évidence de plan d'action ciblé de prévention ou de traitement précoce. La vaccination est promue par des notes de service et des messages intranet et proposée au sein des services par l'IDE EOH et l'IDE SST sur plusieurs créneaux. Une analyse des freins est mise en œuvre avec des actions en regard. L'utilisation des rayonnements ionisants se fait dans des conditions conformes aux attendus (formation, port des EPI) hormis concernant l'information du patient et la traçabilité des doses reçues qui ne sont pas systématiques). La gestion du risque d'Hémorragie du Post-

Partum Immédiat est effective. Le chariot HPPI est connu, utilisé et sa maintenance est assuré par les sages-femmes. La procédure HPPI est affichée, actualisée et utilisée par les professionnels des salles de naissances. Le DPI Easily permet la traçabilité exhaustive des modalités de délivrance, de l'injection d'ocytocine et de la conclusion de l'examen du placenta. En chirurgie ambulatoire gynécologique, les règles de bonnes pratiques sont respectées avec un score de sortie identifié et la remise d'un passeport avec les explications opportunes à la patiente. Il y a 2 brancardiers par jour dans l'établissement joignables par téléphone, les urgences sont priorisées. Les transferts sont réalisés dans les bonnes conditions: désinfection préalable du fauteuil, identitovigilance, respect de la pudeur et du confort du patient, matériel adapté. Les équipes mènent des démarches d'évaluation des potentiels d'amélioration des résultats cliniques de leurs patients. Afin d'améliorer la prise en charge des patients relevant de la cardiologie, les urgentistes se sont formés à l'échographie ; ils mènent actuellement une évaluation sur les pratiques de prise en charge des AVC. Les équipes paramédicales suivent les résultats des audits « hygiène des mains » et une EPP est en cours sur « précautions standards et complémentaires ». Les équipes de maternité évaluent leurs pratiques en réalisant des audits (hygiène des mains, CL, ...), des RMM, des EPP (excrétas, identitovigilance, VVP, déchets, hygiène des mains, précautions standards et complémentaires, chambre des erreurs... Un atelier pratique mensuel d'analyse de rythme cardiaque fœtal avec des sages-femmes des maternités du réseau est aussi proposé. Néanmoins, sur l'activité de prise en charge des soins palliatifs, l'équipe médicale et para médicale de médecine la démarche d'évaluation des résultats cliniques n'est pas encore initiée. La satisfaction des patients en interne est recueillie par l'enquête e-satis et le traitement des plaintes et réclamations mais l'expérience patient n'est pas évaluée à ce jour. Un questionnaire de satisfaction est remis à la sortie dans tous les secteurs d'hospitalisation et des enquêtes ponctuelles sont menées pour les usagers aux urgences. Le recueil de la satisfaction du patient concernant la restauration a amené à une modification de la présentation à l'assiette et plus en barquette et de la diversité des menus proposés. Les représentants des usagers ne participent pas à la campagne de recueil de satisfaction mais sont informés en CDU et sont forces de proposition. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont diffusés par l'équipe qualité cependant on ne retrouve pas d'appropriation dans l'ensemble des services par les équipes paramédicales et médicales des actions d'amélioration qui sont proposées. Hormis en maternité où, épaulées par le Réseau de périnatalité Centre Val de Loire, les équipes ont définis et suivent des IQSS: nombre de césarienne, nombre d'HPPI, taux d'épisiotomie, ... De plus, en 2024, la réactivation du CLUD institutionnel a alerté sur les résultats IQSS concernant la douleur avec un plan d'actions en regard mettant l'accent sur les traçabilités EVA et EVN. Les événements indésirables y compris les presque-accidents sont déclarés et analysés (méthode ORION) et donnent naissance à des plans d'actions pour lesquels on ne retrouve pas systématiquement de pilote avec des indicateurs de suivi et des évaluations. La gestion des EIAS et des EIG est centralisée au niveau de la direction de l'ES et non au sein des équipes directement. Mais il existe une diffusion générale de ces REX au sein de l'ES. Certaines équipes sont en cours d'accréditation (1 gynécologue). Des indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la Check-list et les Go /No Go sont suivis. Les délais de rendu des résultats des prélèvements biologiques sont partagés en temps réel. Une collaboration avec les radiologues est mise en place en faveur de la qualité des prises en charge.

Chapitre 3 : L'établissement

Le centre hospitalier a défini ses orientations stratégiques dans une dynamique de territoire inscrite dans le projet d'établissement en cours de formalisation. Le Registre Opérationnel des Ressources est effectif et rempli quotidiennement. Plusieurs partenariats sont identifiés avec des conventions de coopération (HAD, CHUO, site Jeanne d'Arc). L'établissement a mis en œuvre une politique « d'aller vers » en organisant des rencontres « ville-hôpital » et avec le maintien d'une Maison Médicale de santé en interne le week-end. La coordination des parcours est effective en lien avec plusieurs réseaux en appui (périnatalité, addictions, diabétologie, consultation mémoire). La contribution au développement du CPTS giennois Berry est active ; on retrouve au SMR deux chambres relais validées par l'ARS pour l'hébergement post-hospitalisation des personnes âgées en attente de RAD ou EHPAD. Certaines consultations avancées sont organisées avec le CHUO ainsi que la mise à disposition d'équipes mobiles qui peuvent intervenir à la demande (équipe de soins palliatifs territoriale). La télé imagerie est mise en œuvre pour les avis en traumatologie. Une IDE coordinatrice de parcours est mobilisable (application Noé) pour le RAD ; le devenir post-hospitalisation est anticipée grâce à Trajectoire mais l'établissement reconnaît un manque d'association permettant d'assurer les prises en charge HAD dans certains territoires. Le délai de délivrance de la lettre de liaison est suivi, une normalisation des courriers de sortie est en cours à partir du DPI GHT. Un circuit court est efficient pour les personnes âgées (admission directe en médecine et SMR, adressage par le médecin traitant). Un travail en relation avec les urgentistes du CHUO permet d'orienter au mieux les patients (transfert pour la chirurgie à Orléans, neurologie à Tours). Une permanence cadre et administrateur de garde assure la remontée des informations affectant la sécurisation des prises en charge, le suivi des lits occupés par les patients admis en urgence est mensuel. Un contrat IDE est partagé pour faire face aux tensions saisonnières (6 mois en pédiatrie, 6 mois en gériatrie). Les modalités de communication mises en place par l'établissement envers la ville ou les usagers leur permettent d'avoir l'ensemble des informations demandées : accès téléphonique, mail, site internet, annuaire interne, livret d'accueil et affichage. Des messageries sécurisées de santé (brochures explicatives) permettent l'échange des informations mais elles ne sont pas majoritairement utilisées. Les maquettes de tous les courriers sont normalisées avec les coordonnées à joindre. L'ensemble des documents versés au DMP n'est pas toujours connu des patients et des personnels paramédicaux, un travail est en cours pour permettre l'accès au DMP par les professionnels médicaux du CH. Les cadres et la direction des soins sont investis dans des groupes de travail GHT (groupe accueil des étudiants paramédicaux en stage, groupe plaies chroniques). Les professionnels exerçant à la maternité ont été intégrés en 2024 dans un projet d'évaluation d'un programme de réduction de l'exposition aux perturbateurs endocriniens (PEMAPRO). Néanmoins, actuellement, la recherche clinique n'est pas développée au sein du centre hospitalier. L'établissement soutient la participation des patients au dispositif e-Satis (flyer de sensibilisation, affichage du QR Code, recueil des boîtes mail des proches pour augmenter le nombre de répondant / population spécifique) cependant il n'a pas été retrouvé d'encart spécifique dans le livret d'accueil en cours de réactualisation et le taux de retour reste faible. Il y a peu de questionnaire de satisfaction interne hormis le questionnaire de sortie distribué dans le livret d'accueil. L'ensemble des résultats du recueil de l'expression du patient est présenté aux équipes, dans les instances et en CDU. Les RU ont participé à la Semaine de Sécurité du Patient avec des actions en faveur des patients mais non proposées par les patients. En janvier 2025, une journée de recueil de l'expérience patient sur la douleur avec la participation des référents du CLUD a été organisée avec mise en place d'actions d'améliorations. Une politique de communication envers les patients et entre les professionnels est initiée, des formations continues sont proposées. Des groupes GHT d'analyses de pratiques professionnelles pour les faisant fonction Cadre de Santé (PNL, communication non violente, process com) sont systématisés. Le

recours à un médiateur médical est possible et un numéro vert est à disposition (association ALMA). Les agents sont identifiables par catégorie professionnelle. Une formation à la bientraitance est proposée annuellement pour l'ensemble des professionnels. On retrouve dans chaque secteur l'affichage et le partage des valeurs de la charte, des flyers prônant la bientraitance sont mis à disposition et un encart spécifique « bientraitance » est retrouvé dans le livret d'accueil du patient. Récemment, l'établissement a diffusé un questionnaire d'autoévaluation « Regards croisés » sur les méthodes et supports de promotion de la bientraitance aux patients et professionnels de l'établissement. Les risques impactant la bientraitance sont évalués (protocoles de remplacement RH, demandes de travaux en temps réel, en 2022 identification du matériel ou équipement obsolète ou défectueux et remplacement). L'accès des accompagnants et aidants est facilité pour les usagers en situation de vulnérabilité. L'établissement diffuse les recommandations de bonnes pratiques permettant de lutter activement contre les situations de maltraitements et d'aider à leur dépistage (sensibilisation de l'encadrement lors d'une réunion en janvier 2025 et des professionnels des services lors des réunions par la responsable GDR) notamment par le recensement PMSI et l'analyse systématique des dossiers associés pour vérifier la mise en œuvre des actions de dépistage, signalement et prévention. Les outils sont disponibles et actualisés dans la GED. Des temps d'écoute privilégiés sont réservés lors des soins de confort et de rééducation. Des procès-verbaux d'accessibilité sont systématisés lors des rénovations et reconstructions architecturales. Une vigilance accrue est mise en œuvre concernant l'accessibilité des locaux (chambres adaptées PMR à disposition, bandes de guidage, signalétique, ascenseurs majoritairement communicants, accueil des PMR, éclairages dans les circulations, accès entre les différents bâtiments, évaluation systématique des besoins du patient vivant avec handicap ou de la personne âgée). Des solutions d'accès aux soins pour les personnes vulnérables sont mises en œuvre (PASS organisée au sein du pôle de consultation externe ½ journée / semaine, liste d'interprètes, utilisation d'outils de communication, appel aux services sociaux, vigilance lors des transferts). Le centre hospitalier a organisé l'accès du patient à son dossier facilité par l'affichage d'un modèle type de demande et la possibilité de dématérialisation sur le site internet avec des indicateurs de rendu qui sont suivis au DIM. L'information du patient sur les modalités d'accès à « mon Espace Santé » et son alimentation par le DPI est présente dans le livret d'accueil. On ne retrouve pas d'inclusion de patients dans des essais cliniques ni de partenariats d'accès aux patients éligibles dans des centres de compétences ou de référence. Les RU sont impliqués dans les instances institutionnelles et au comité d'éthique. Ils sont informés des plaintes, réclamations, EI, IQSS mais ne participent pas aux actions entreprises. Le projet des usagers est écrit mais non diffusé actuellement. Le volet Qualité du projet d'établissement 2024-2028 du centre hospitalier n'est pas formalisée actuellement cependant un COPIL Qualité pluri professionnel (directeur, vice-président CME, cadres de santé, EOH, système d'information, gestion des risques) se réunit mensuellement depuis février 2024, un travail sur la politique qualité GHT a été finalisé en 2024. Malgré un « Tchat » mensuel envoyé aux agents avec les indicateurs Qualité, la connaissance de la démarche qualité n'est pas totalement appropriée par les équipes rencontrées. Les professionnels sont peu à même d'identifier des axes qualité en dehors de leurs propres pratiques. La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et sécurité des soins. Une présentation des résultats des indicateurs a été faite aux instances et a été décidé l'envoi d'un courrier nominatif aux médecins concernés pour incitation à l'amélioration de certains IQSS (remise et contenu de la lettre de liaison). Un audit Culture Qualité et Sécurité des Soins a été proposé aux professionnels de juillet à septembre 2024. Lors de la semaine de Sécurité du patient, des actions sont ciblées (précautions standards et complémentaires, « boîte à coucou », infos sur les droits des patients) cependant les organigrammes de décisions sont peu connus et aucun plan d'action n'a été construit. La reconstruction des maquettes organisationnelles en octobre 2024 a permis l'adaptation au plus juste des ressources humaines à l'activité et la mise en œuvre de vacataires (sur la base d'un fichier actualisé), les heures supplémentaires spontanées ou par sollicitation OxiSMS, l'adaptation des plannings et le projet de mutualisation de certaines ressources (Sage-femme) avec le CHUO ou la contractualisation pour les médecins remplaçants. La formation au management est promue pour l'encadrement qui bénéficie d'un parcours de professionnalisation pour les FFCdS (tutorat, évaluations,

analyses de pratiques vis ma vie) en inter établissement et de formations partagées sur le territoire. Il existe des réunions d'encadrement mensuelles. Une formation conjointe Chefs de Pôle et Cadres de Pôle a eu lieu en janvier 2025. Les CSS du CHUO interviennent en soutien sur des parcours spécifiques tels que la pédiatrie et les urgences. Des démarches collectives d'amélioration du travail en équipe sont effectuées de façon informelle lors des transmissions. Une chambre des erreurs est mise à disposition en permanence pour les équipes. On ne retrouve pas de démarches d'accréditation en équipe mais en 2021, les équipes médicales et paramédicales en médecine se sont réunies ayant pour objectif l'amélioration de l'organisation et la cohésion d'équipe (horaires, programmation des injectables, prescriptions orales, nombre de bilans, transmissions, organisation des visites, protocoles de service, organisation des sorties) avec un plan d'action en regard. Le maintien et le développement des compétences repose sur un plan de formation en 4 parties (institutionnel, congrès, formations de service, demandes individuelles) et une commission des études promotionnelles. On retrouve des évaluations paramédicales annuelles sur Gestform mais pas d'évaluation médicale formalisée. Le questionnement éthique a été relancé en juin 2024, il est diffusé par des flyers et oralement. Le comité pluridisciplinaire, pluri professionnel et pluriculturel se réunit sur dans des réunions trimestrielles où sont abordées les questionnements issus des professionnels. Les RU sont associés et un travail en inter établissement est aussi conduit avec l'hôpital de BRIARE. Le projet social 2024-2028 est intégré au projet d'établissement en cours de formalisation. Il est établi avec les représentants des professionnels sur la base d'un plan d'action en 5 thèmes dont 1 QVT (mise en place d'indicateurs absentéisme, accidents du travail..., notes RH concernant les modalités de paie, la contractualisation..., investissements du quotidien en matériels et équipements, mise à disposition de logements pour les internes en médecine, tournois sportifs, thérapies bien-être au profit des agents). L'établissement a répondu au baromètre social en 2023, qui a été présenté en F3SCT avec nomination d'un référent F3SCT qui mène les enquêtes auprès des professionnels. Un affichage des risques encourus pour les usagers en cas d'agression verbale ou physique est présent dans l'ensemble des locaux, une plateforme de déclaration des situations de conflits est à disposition. Deux référents harcèlements ont été nommés en juin 2023 et officialisés en octobre 2024, cette information n'est pas diffusée auprès des professionnels. Les situations de conflits sont anticipées lors de l'accueil des nouveaux arrivants avec le rappel des valeurs de l'établissement (charte d'accueil), par la formation de l'encadrement via l'ANFH ou en formations territoriales à la gestion des conflits, par l'accompagnement des agents via l'encadrement et/ou le SST cependant les solutions pour aider à gérer les conflits sont peu connues des professionnels. La gestion des tensions hospitalières et SSE est organisée en collaboration avec le CHUO, des fiches réflexes pour chaque membre de la cellule de Crise sont retrouvées sur Blue Kango, un listing du matériel mobilisable est disponible. En cas de crise, les ressources supplémentaires sont apportées par le CHUO. Il n'y a pas eu d'exercice de mise en situation et les modalités de déclenchement sont peu connues des professionnels. Le plan de sécurisation de l'établissement est adapté. Des bracelets anti-fugues et la sécurisation des accès ascenseurs et escaliers effective par badges est organisée dans les secteurs accueillant des patients à risque de fugue. Le développement durable est un axe initié (définition de 5 axes de travail : pilotage, déchets, rénovation, pratiques, transports) qui n'a pas donné lieu à la mise en œuvre d'un diagnostic initial RSE. La politique DD sera incluse dans le futur projet d'établissement. Les circuits des déchets sont identifiés, sécurisés par accès par badge dans les locaux intermédiaires et définitifs et séparés (DASRI, DAOM et filières de tri). Actuellement, un appui à la démarche est apporté par un conseiller en transition écologique du CHUO (1 à 2 réunions annuelles). Quelques filières et quelques actions sont mises en œuvre (remplacement des ampoules par Led, sensibilisation orale des professionnels, covoiturage...). La prise en charge des urgences vitales est structurée sur la base d'un numéro unique connu de tous les professionnels arrivant dans les urgences sur un téléphone identifié qui met en relation avec un médecin en capacité d'intervenir immédiatement. Des chariots d'urgence sont disponibles et sécurisés et les formations AFGSU assurées par des formateurs internes. Quelques mises en situation ont été proposées aux urgences pour les nouveaux arrivants mais non formalisées ou généralisées à l'ensemble de l'établissement. Un recensement du nombre d'appel et du motif est présenté en COVIRIS et diffusé. La maîtrise des bonnes pratiques et la diffusion de la veille réglementaire et scientifique

est encouragée. La transmission des recommandations de bonnes pratiques se fait lors du point COMEDIMS à chaque CME ou par chaque Chef de Pôle et par l'encadrement paramédical avec plusieurs canaux de communication (mail, affichage, classeur de procédures, présence accrue de l'EOH sur le terrain). La gestion documentaire des protocoles est assurée et un mail de revalidation des procédures à date est lancé. Des revues de pertinence des admissions et des séjours sont effectives en SMR lors des staffs. Les professionnels de terrain sont peu acculturés au suivi des PAQSS qui intègrent peu de retour de l'expérience patient à ce jour hormis la mise à disposition de plateaux repas diversifiés suite à des retours des patients en Commission restauration. En novembre 2024, une enquête par l'EOH sur « la visibilité des informations existantes autour de l'hygiène des mains par les patients » a eu lieu et un questionnaire douleur a été diffusé en janvier 2025 avec présentation du plan d'actions au CLUD prévue en mars. Aucune action n'a été mise en place suite au retour des représentants des usagers. Les IQSS sont connus et diffusés, des actions sont mises en œuvre mais ne sont pas répertoriées dans un plan d'action formalisé et ne sont pas toujours identifiées par les professionnels de terrain. Les équipes déclarent les événements indésirables, le niveau de criticité est évalué par le déclarant, une analyse rapide est faite par la GDR qui décline un plan d'action élaboré en collaboration avec les référents selon la typologie du risque encouru. Une synthèse des analyses des FEI est présentée en COVIRIS trimestriellement et diffusée par les correspondants mis en place depuis avril 2024 dans chacun des services. Les EI critiques ou récurrents sont analysés en CREX avec une diffusion du plan d'action intégré au PAQSS par la Gazette CREX (journal interne à destination des soignants). La CDU est informée des EIAS déclarés par l'établissement. Cependant les professionnels ne connaissent pas l'ensemble des EI déclarés en lien avec leur activité et l'évaluation des plans d'actions proposés n'est pas formalisée avec un échéancier, des indicateurs et une réévaluation. De plus, l'information donnée au patient et la traçabilité des dommages n'est pas effective actuellement. Un suivi des indicateurs démographiques et géographiques des patients admis aux urgences permettant l'adaptation des prises en charge (convention avec une HAD d'un secteur géographique différent, adaptation des PEC cardio et neuro) est opérationnel. Certaines actions telles que la réouverture des lits en médecine pour la période hivernale, la différenciation des effectifs sur plusieurs services, l'adaptation des organisations pour le rassemblement évangélique annuel sont programmées. L'accréditation des équipes médicales est promue dans l'établissement mais ne concerne pas l'ensemble des activités à risque et les actions menées ne sont pas articulées avec le PAQSS. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à :? Respecter les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments, notamment aux urgences. Fournir une aide aux patients pour ses besoins élémentaires. Sécuriser l'ensemble des étapes de la prise en charge transfusionnelle. Perfectionner la prise en charge de la douleur. Renforcer la prise en charge des urgences vitales en réalisant des exercices de mise en situation. Impliquer les professionnels dans le plan de gestion des tensions hospitalières. Associer l'ensemble des professionnels à la démarche qualité. Développer l'analyse régulière et collective des EIAS et diffuser le retour de l'analyse des EIAS pour permettre une appropriation par les professionnels Maîtriser le risque de dépendance iatrogène. Garantir la maîtrise des risques numériques 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 2025
- 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	450000096	CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS	2 avenue jean villejean BP 89 45500 Gien 45503 FRANCE
Établissement géographique	450021431	CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS - SSR	2 Avenue Jean Villejean 45500 Gien BP89 FRANCE
Établissement principal	450000047	CENTRE HOSPITALIER PIERRE DEZARNAULDS	2 avenue jean villejean BP 89 45500 Gien 45503 FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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	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	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	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	33,374
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	89
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	25
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	130
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	20
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	10
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	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement Urgences	
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
4	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
5	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Tout l'établissement Urgences	
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Audit système	Dynamique d'amélioration		

9	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
10	Parcours traceur		<p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p>	
11	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR-Urgences
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Audit système	Représentants des usagers		
16	Audit système	QVT & Travail en équipe		
17	Audit système	Leadership		
18	Audit système	Engagement patient		
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os
	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	

20			Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
23	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
24	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	

25	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
26	Audit système	Coordination territoriale		
27	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p>	
30	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport interne assis ou couché entre 2 services par un brancardier ou personnel de soins
	Audit	Maitrise des risques		

31	systeme			
32	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique
33	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
34	Parcours traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
35	Parcours traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
36	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
38	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
39	Parcours traceur		Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé SAMU-SMUR Tout l'établissement Urgences	

40	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR
41	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
42	Parcours traceur		Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
43	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
44	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
45	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
46	Audit système	Leadership		
47	Audit système	Entretien Professionnel		
48	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
49	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
50	Audit système	Dynamique d'amélioration		

51	Audit système	Engagement patient		
52	Audit système	Maitrise des risques		
53	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
54	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
55	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
56	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
57	Audit système	Entretien Professionnel		
58	Patient traceur		<ul style="list-style-type: none"> Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement 	
59	Patient traceur		<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement 	
60	Patient traceur		<ul style="list-style-type: none"> Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement 	
	Patient		Adulte	

61	traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Audit système	QVT & Travail en équipe		
63	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
65	Audit système	Entretien Professionnel		
66	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Médecine Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
67	Audit système	Représentants des usagers		

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

