



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

## MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

### RAPPORT DE CERTIFICATION

---

## CENTRE HOSPITALIER BELAIR

1 rue pierre hallali  
08013 Charleville-Mezieres



Validé par la HAS en Novembre 2025

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Novembre 2025

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	19
Table des Annexes	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	27
Annexe 3. Programme de visite	31

# 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 BELAIR	
Adresse	1 rue pierre hallali 08013 Charleville-Mezieres Cedex
Département / Région	Ardennes / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

**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	080000086	CENTRE HOSPITALIER BELAIR	1 rue pierre hallali 08109 Charleville-Mezieres FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

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

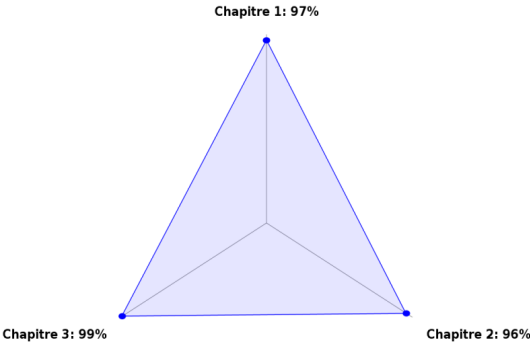


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

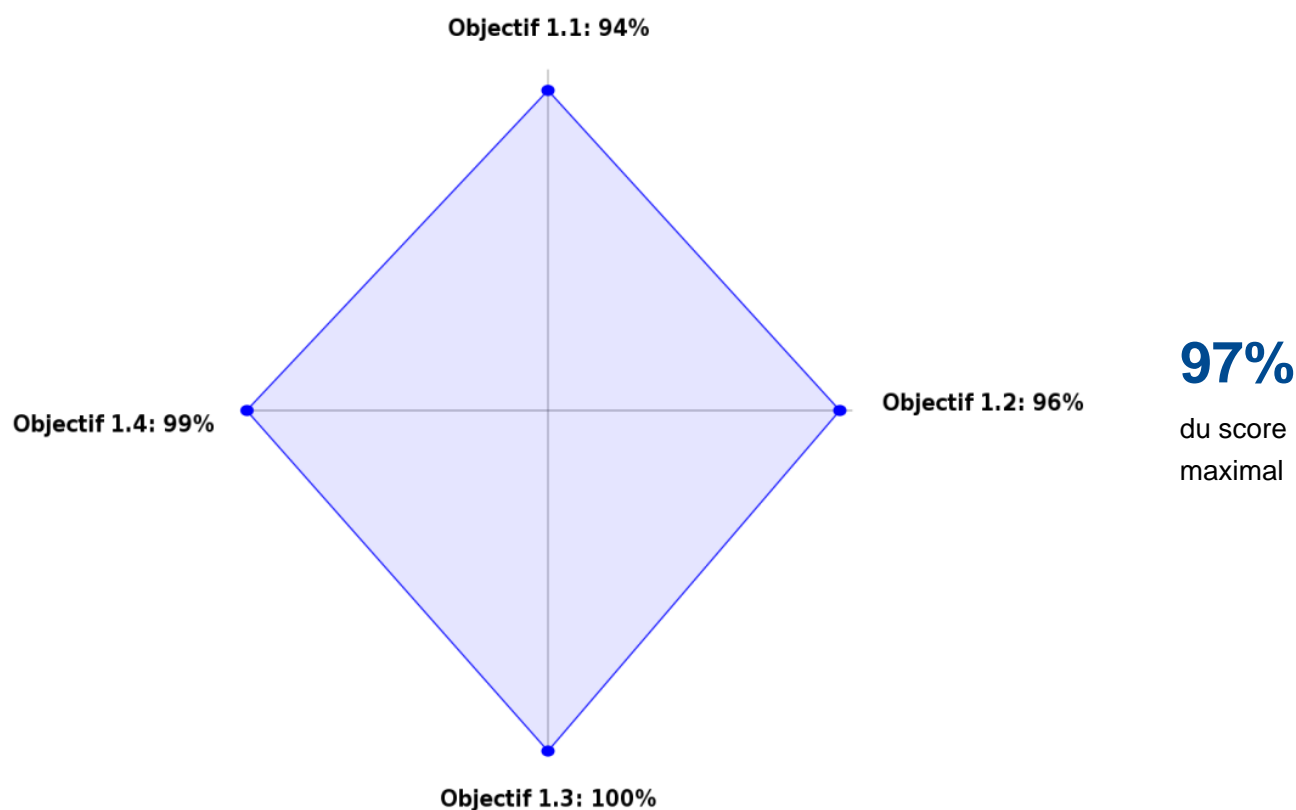
Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

# 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.	94%
1.2	Le patient est respecté.	96%
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	99%

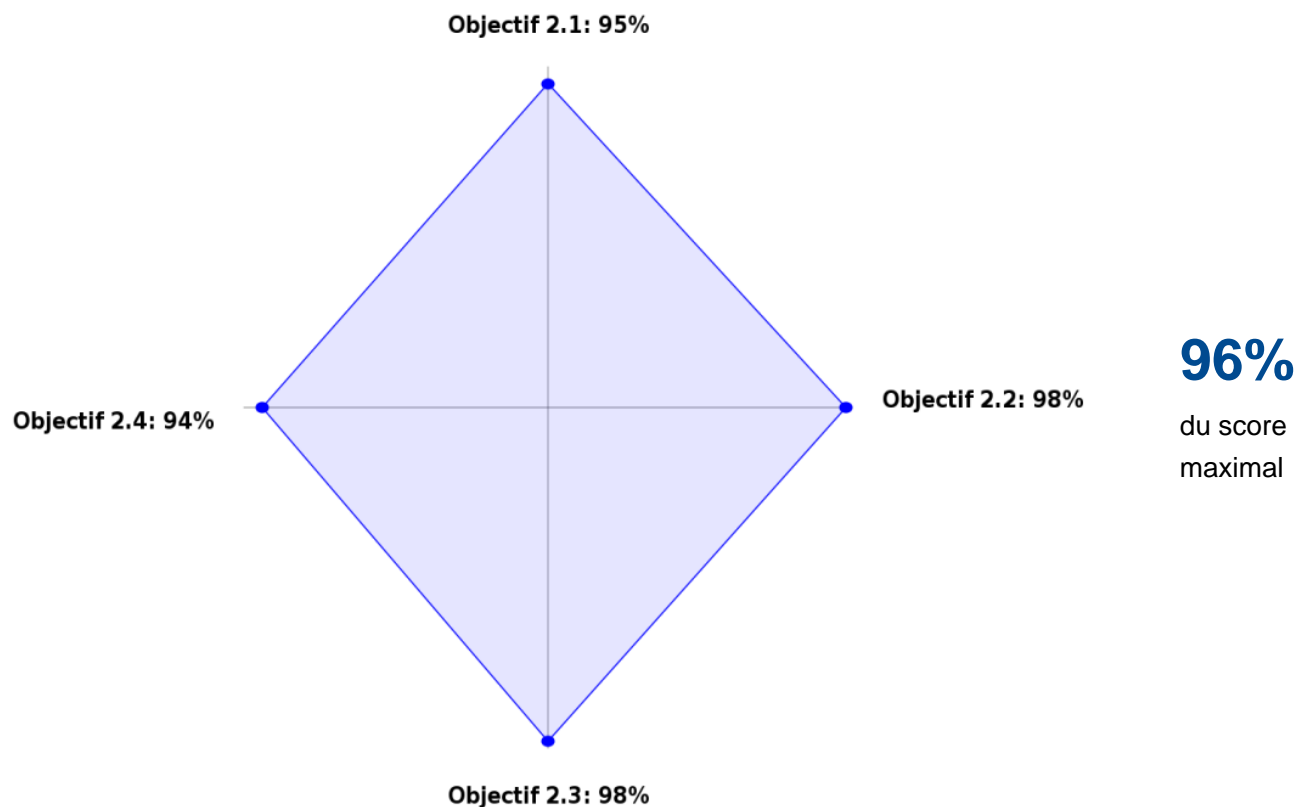
Lors de son admission au Centre Hospitalier Bélair, le patient est informé et son implication recherchée : Le patient reçoit une information claire et adaptée. Des documents et affichages l'informent sur ses droits (charte du patient hospitalisé, charte Romain Jacob, commission des usagers et modalités pour contacter les représentants des usagers, conditions d'accès au Dossier Patient, règles de vie des unités), ces informations sont complétées dans l'ensemble des unités et espaces publics par des affichages dynamiques. Le livret d'accueil est systématiquement remis à l'admission, il comporte des informations complémentaires sur ses droits et voies de recours. Des documents faciles à lire et à comprendre sont mobilisés au besoin. Le patient est informé qu'il peut désigner une personne à prévenir ainsi qu'une personne de confiance, dont les coordonnées, le cas échéant, sont disponibles dans le dossier patient). Les patients rencontrés ont

connaissance des informations concernant leurs droits, avec un bémol toutefois concernant la connaissance des modalités pour soumettre une réclamation et déclarer un évènement indésirable lié à ses soins. L'équipe délivre au patient une information claire sur son état de santé, l'organisation des soins et la durée du séjour lorsque cela est possible. Le patient est impliqué dans sa prise en charge et les décisions qui le concernent. Il consent à son projet de soins et la traçabilité est retrouvée dans le DPI. Les adolescents ainsi que les titulaires de l'autorité parentale sont impliqués dans le projet de soins. Le psychiatre informe systématiquement les titulaires de l'autorité parentale du projet thérapeutique. Les patients bénéficient de messages renforçant leurs capacités à agir pour leur santé. Les facteurs de risque du patient sont identifiés à l'entrée, comme le risque suicidaire ou le risque de chute par exemple. Des actions de prévention sont menées par l'équipe (sensibilisation à l'hygiène des mains, équilibre diététique, sexualité ou addictions...). Des ateliers de psychoéducation ou d'éducation à la santé favorisent l'implication du patient dans sa prise en charge, comme l'atelier « Aidmédocs » qui favorise l'alliance thérapeutique et prévient les ruptures de traitements. Les unités intra hospitalières et extra hospitalières disposent d'équipes pluridisciplinaires composées de médecins psychiatres et généralistes, IDE et Infirmiers en Pratique Avancée, aides-soignants, personnel éducatif, assistante sociale, psychologues, neuropsychologue et diététicienne permettant d'assurer un programme thérapeutique complet et adapté. Les unités intra et extra hospitalière disposent de salles d'activités pour les soins à médiation. Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi thérapeutique. En unités ambulatoires, les équipes ont déployé récemment le passeport ambulatoire, ce document reprend les contacts utiles, notamment en dehors des horaires d'ouverture de la structure. La plupart des patients rencontrés témoignent de la connaissance de ce dispositif. Le patient est informé de son droit à rédiger ses directives anticipées (D.A.) via le livret d'accueil, un triptyque d'information, un échange avec les soignants. Les rencontres avec les patients confirment une bonne connaissance des patients de leur droit à rédiger des D.A., qui le cas échéant, sont intégrées au Dossier Patient. De même, les Représentant des Usagers sont le plus souvent connus et identifiés des patients. Les patients sont invités à exprimer leur satisfaction (questionnaire de sortie, enquête de satisfaction à rythme régulier en ambulatoire, affichage promouvant e-satis par ex.). L'information sur l'alimentation du DMP/mon espace santé est donnée et majoritairement connue des patients rencontrés. Toutefois, peu de patients témoignent d'avoir été sensibilisés à l'utilisation de la messagerie santé citoyenne pour communiquer avec l'équipe soignante. Les pratiques permettent le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Cependant, du fait du parc immobilier vieillissant (ouverture de l'établissement en 1969) mais entretenu, les locaux ne permettent pas de garantir en tout temps l'intimité des patients du point de vue de celui-ci (toutes les chambres ne disposent pas de douche, certaines chambres sont défraîchies, etc.). La Direction tient compte de ces remarques et les chambres doubles disposent toutes de paravent. Les chambres individuelles sont équipées de verrous à la main du patient ou accessibles via des badges magnétiques. Le schéma directeur immobilier prévoit la livraison en 2027 de plusieurs nouvelles unités qui correspondent aux standards actuels en termes de mobilier hospitalier avec un nombre plus important de chambres individuelles. Les travaux de construction sont en cours au moment de la visite. Des écarts à l'attendu a été observé concernant les espaces d'isolement/contention. En effet, la plupart des appels malades de ces espaces dédiés avaient été dégradés par les patients et inutilisables au moment de la visite. En situation d'isolement ou de contention, et du fait de l'éloignement assez fréquent entre les espaces dédiés et les salles de soins, les patients n'avaient aucun moyen d'interpeller l'équipe. La Direction s'est montrée réactive en installant des dispositifs de sonnette sans fil dans l'ensemble des espaces dédiés concernés, à défaut de pouvoir installer les appels malades bénéficiant d'un report sur les téléphones professionnels en commande chez le fournisseur de dispositifs médicaux. Les chambres ne disposent pas d'armoire avec coffre permettant la mise en sécurité d'effets personnels. Des casiers à cadenas sont installés soit dans les espaces communs, soit dans des pièces fermées, afin de pallier ce manque. Le respect de la confidentialité a été confirmé lors des entretiens avec les patients ainsi que lors des observations au sein des différentes unités. Les équipes qui accueillent des mineurs disposent d'un panel de formations adaptées (autisme, victimes du harcèlement scolaire, psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, etc.). En unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie, les dispositions prises pour les

visites parentales garantissent de bonnes conditions de rencontre dans un local attenant à l'unité, mais extérieur, ne mettant ainsi pas en contact les usagers et les familles des autres usagers. Quand un mineur est hospitalisé en secteur adulte, une organisation en mise en place pour réduire la durée de présence en unité adulte (priorisation pour intégrer l'unité de pédopsychiatrie par exemple) et qu'il soit à l'écart des adultes (prise en charge en journée dans l'unité départementale d'hospitalisation en pédopsychiatrie, accompagnement avec un éducateur spécialisé en dehors), Tous les professionnels sont identifiables (badges ou tenues identifiées par nom/fonction pour les professionnels portant des blouses). L'établissement réalise des aménagements (ex : remplacement de cabines de douche par des douches PMR, disponibilité de lève malades, formations PRAP pour les professionnels). Le projet architectural de reconstruction de 100 lits doit permettre de solutionner certains manquements constatés dans l'accessibilité des locaux. Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Une vigilance particulière est assurée auprès du patient âgé et au maintien de son autonomie. Les contentions mécaniques font l'objet d'une décision médicale systématiquement expliquée au patient et réévaluée autant que de besoin, et demeurent une mesure de dernier recours. Le patient bénéficie de soins visant à soulager rapidement sa douleur. L'évaluation de la douleur est retrouvée systématiquement à l'entrée et/ou si plainte douloureuse. Les prescriptions conditionnelles prévoient, lorsqu'elles existent, le niveau de douleur à partir duquel le traitement est administré. La réévaluation de la douleur est tracée. Certaines unités ambulatoires ne disposent d'aucun traitement médicamenteux et seule une prise en charge non médicamenteuse est proposée, associée à l'orientation vers le médecin traitant. Cependant, dans certaines structures (HJ l'Arche, unité Argonne), l'anticipation de la douleur ne fait pas partie des habitudes des équipes rencontrées. Certaines unités ambulatoires ne disposent d'aucune thérapeutique, ni de prescriptions conditionnelles. En visite, une re sensibilisation des équipes a été faite, un planning d'accompagnement des équipes ambulatoires a été proposé par le CLUD. Les proches et représentants légaux sont associés à la prise en soins : Les visites des proches et aidants sont possibles et facilitées (des salons d'accueil des familles existent dans les unités), l'organisation de leur venue est précisée dans le livret d'accueil, les règles de vie. Autant que possible et si le patient le souhaite, les proches et les aidants sont associés au parcours de soins : lors des consultations, à l'élaboration du projet de soins, en préparation à la sortie. L'établissement démontre une réelle volonté d'associer les familles et les proches aux projets de soins du patient s'il en est d'accord. Cette politique s'accompagne d'actions concrètes : l'élaboration d'un livret d'accueil à destination des familles et des proches élaboré par le groupe de travail « droits des patients ». Ce livret explique les parcours de soins, la prise en charge sociale, les modes de soins, etc. L'établissement mobilise également une équipe mobile d'aide aux aidants (EMAA). Cette équipe rencontre sur rendez-vous les parents et proches des patients hospitalisés pour les accompagner dans leurs démarches ou les orienter, les aider à comprendre la maladie, évaluer leur fardeau, sans s'immiscer dans la prise en charge en cours. Le programme d'accompagnement « profamille », à destination des proches et des aidants est également dispensé au sein de l'établissement depuis 2012. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. La présence d'un pool d'assistantes sociales facilite l'actualisation des droits sociaux des usagers et l'accompagnement dans les démarches, notamment pour les patients en situation de précarité. L'accord du patient pour rencontrer l'assistante sociale est tracé. De nombreuses activités à médiation (artistique, travail du bois, ferronnerie, médiation animale, etc.) complètent les soins relationnels. Dans chaque unité, des éducateurs complètent les équipes paramédicales. Ces activités sont réalisées dans les unités, ou en dehors. L'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), complétée d'une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS-Psy), entreprend une démarche « d'aller vers » les personnes en situation de précarité, et facilite leur accès aux soins. Le Centre Hospitalier Bélair est labélisé « Centre de Proximité en réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive ». La consultation de l'équipe du centre support est située en ville. Tant en intra hospitalier (Espace thérapeutique Intersectoriel) que dans les structures ambulatoires, la promotion de la réhabilitation psychosociale est un enjeu porté par la gouvernance, l'intention étant de réduire l'impact du handicap psychique et de faciliter l'intégration du patient dans la cité. Des partenariats ont permis des actions concrètes pour faciliter la déstigmatisation et les actions dans la cité,

comme la prise des repas des patients l'hôpital de jour Aubily dans le restaurant administratif de la ville de Charleville-Mézières, ou encore, l'atelier « marionnette », spécialité de la ville, dont le point d'orgue est la représentation des patients au Festival Mondial des Théâtres de Marionnettes qui se tient en septembre. Les accès aux Groupes d'Entraide Mutuelle du territoire est facilité. Pour les mineurs hospitalisés, une convention avec l'Éducation Nationale prévoit l'intervention de professeurs pour assurer une continuité scolaire au 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	95%
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	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	94%

La pertinence des décisions concernant les patients est concertée. L'organisation du parcours patient au CH Bélair est le fruit d'une réflexion institutionnelle de longue date. Les filières de soins (Personnes âgées de plus de 65 ans, addictologie, patients mineurs, unités ouvertes ou fermées) sont identifiées, l'Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO) en est un des pivots car elle assure l'accueil de crise pour une durée maximale de 4 jours. L'évaluation globale des besoins du patient et les modalités thérapeutiques mises en place sont définies à travers des réunions pluriprofessionnelles rassemblant tous les acteurs concourant à la prise en charge (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, etc.). Des organisations particulières sont prévues selon les filières (contrat de soins en addictologie par exemple). La pertinence du recours à des mesures de restriction de liberté est argumenté et réévalué. Les restrictions de libertés (limitation de visites, retrait du

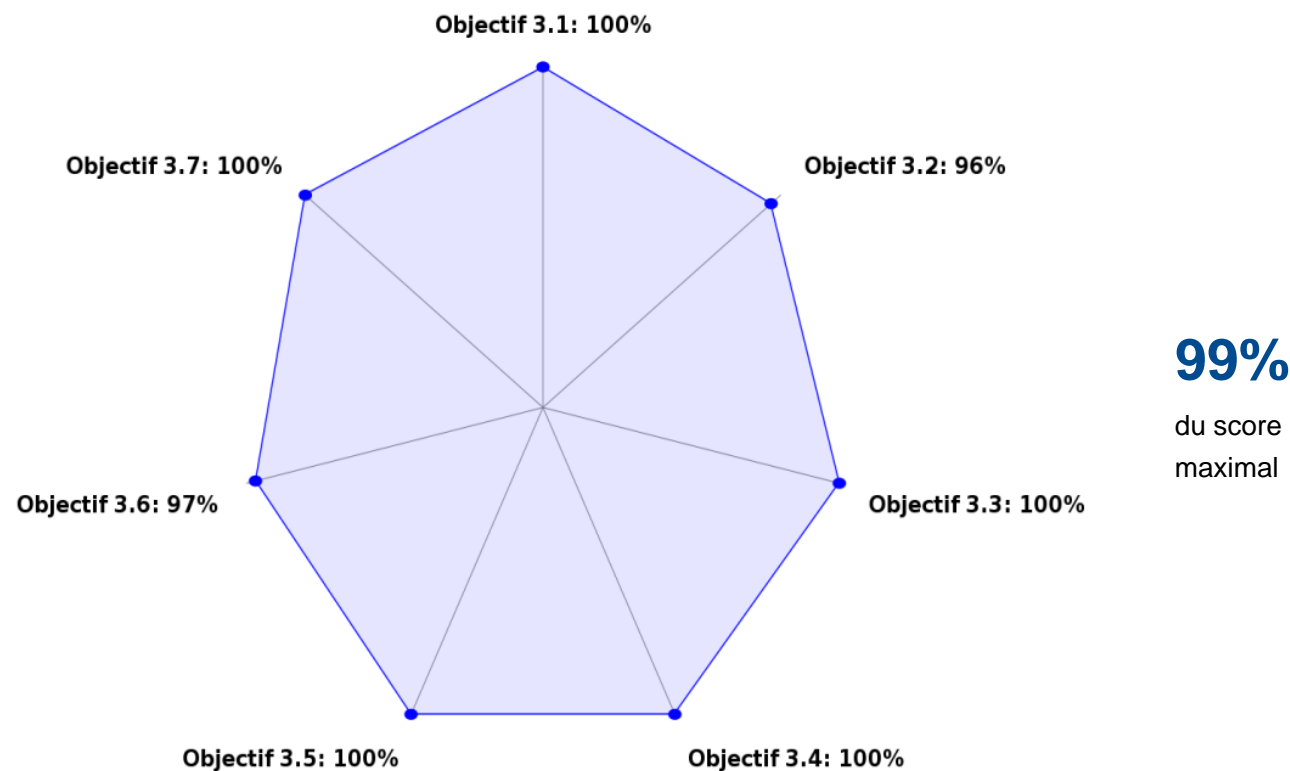
téléphone) sont proportionnées à la clinique du patient, et lui sont expliquées. Les patients en Soins Psychiatrique sur Décision du Directeur peuvent être hospitalisés en unités ouvertes. Toutefois, concernant les patients en Soins Psychiatrique sur Décision d'un Représentant de l'État, ils sont systématiquement hospitalisés en unité fermée, même si la symptomatologie ne l'exige pas. L'équipe d'expert a observé un engagement de l'hôpital à lever les mesures de soins sans consentement dès lors que cela était possible. Les mesures d'isolement et de contention sont des mesures de derniers recours, décidées par un psychiatre, la surveillance infirmière est tracée dans le DPI selon le rythme décidé. Ces mesures font l'objet d'un suivi au fil de l'eau par le bureau des entrées. Des statistiques trimestrielles sont transmises à l'encadrement médico-soignant des unités afin de suivre l'évolution du nombre de mesures, leur durée, le taux d'occupation des espaces d'isolement, les audiences au Juge des Liberté et de la Détention pour l'examen des mesures et les éventuelles mains-levées. Le rapport annuel 2023 sur les pratiques d'isolement et de contention montre une diminution globale de 20% du nombre de mesures d'isolement/contention, sur la période 2020-2023. Les chiffres 2024 non encore consolidés dans un rapport annuel montrent une augmentation statistique par rapport à l'année 2023. L'isolement hors espace dédié (la chambre du patient) représentait 1/3 des mesures. Les raisons de cette augmentation sont analysées par un groupe de travail dédié et une politique de moindre recours associée à des actions concrètes est en place. Des actions visant à réduire le recours à l'isolement et la contention ont été observées en visite : l'équipe de soutien et d'assistance qui intervient depuis 2021 pour réaliser une désescalade ou renforcer l'équipe en situation de crise, la mise en œuvre du Plan de Prévention Partagée, le déploiement d'espaces d'apaisements dont l'équipement et les modalités d'utilisation sont fixées par les équipes concernées, la formation des professionnels (OMEGA), etc. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée dans les 72h. Toute prescription répond à une justification. Un médecin généraliste de l'établissement est identifié référent antibiotique et il est, au moment de la visite, en cours de formation. Des supports d'aide à la prescription des antibiotiques existent et sont accessibles, mais les autres prescripteurs n'ont pas bénéficié de formations au bon usage des antibiotiques. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de la prise en charge. Les équipes de soins ont accès aux informations du patient au travers du dossier patient informatisé. Toutefois, un Dossier Patient papier co-existe pour conserver certains éléments (notes à l'admission, documents à signer, accords de soins). Tous les éléments du dossier papier n'étaient pas toujours identifiés avec une étiquette, ce qui a été corrigé en cours de visite. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient (antécédents, examen somatique du médecin généraliste, éléments du dossier d'admission, prescriptions de ville ...) sont intégrés dans le dossier patient. Le projet de soins réalisé est co-construit dès l'entrée aussi bien en hospitalisation complète qu'en hospitalisation partielle. Une bonne coordination des différents professionnels dans l'organisation des ateliers thérapeutiques a été observée. Une évaluation du risque suicidaire est systématiquement réalisée par l'équipe psychiatrique des urgences du Centre Hospitalier Intercommunale Nord Ardennes, ainsi qu'à l'entrée en hospitalisation et au besoin durant le séjour avec l'échelle Risque Urgence Dangerosité (RUD). Celle-ci déclenche des niveaux de surveillance rapprochées selon 3 niveaux, allant du risque faible à un risque majeur. Les conduites à tenir sont définies, appliquées, et tracées. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes du secteur de pédopsychiatrie se coordonnent avec les équipes des secteurs adultes pour assurer la continuité des prises en charge, cette transition s'opère durant le 17<sup>e</sup> année de l'enfant. L'équipe de pédopsychiatrie mobilise le carnet de santé du jeune, à l'entrée dans le cadre du recueil de donnée, et à l'issue de la prise en charge pour y consigner les informations, en accord avec les titulaires de l'autorité parentale. Tout patient hospitalisé bénéficie d'un examen somatique d'entrée et d'un suivi somatique. En effet, l'établissement a prévu dans son organisation la présence d'un médecin somaticien dans chaque unité d'hospitalisation complète. Les structures ambulatoires sont pour la plupart regroupées dans l'enceinte de structures couplant hôpital de jour, Centre Médico-Psychologique et Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel. Ces structures suivent leurs délais d'accès aux soins. Une réflexion et des actions sont menées pour réduire le temps d'attente pour une consultation de première intention. Dans le cadre du parcours de soins, les professionnels de l'hôpital Bélair peuvent faire appel à des



équipes de recours ou d'expertise : en interne, un dispositif une consultation de dentisterie existe par exemple, l'accès aux urgences et soins somatiques est conventionné avec un établissement hospitalier de proximité, qui est également l'établissement support du GHT. De nombreux partenariat d'amont et d'aval permettent une continuité de parcours avec les soins spécifiques. Toutefois, Il n'existe pas de recours à la télésanté. La lettre de liaison est en place et est le plus souvent remise au patient lors de sa sortie avec explications. Elle est versée dans le DMP. L'équipe médicale s'attache à reprendre l'ensemble des éléments nécessaires à la continuité des soins dans ce courrier. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient ont fait l'objet d'une réflexion liée au parcours patients. Ainsi, les professionnels de chaque unité ont défini les risques liés à la spécificité du public accueilli et ont mis en œuvre les mesures qui leur semblaient pertinentes : bracelets d'identification dans l'unité accueillant des personnes âgées, question ouverte dans une unité d'admission, recours à la carte d'identité scannée dans le DPI pour les non communicants, etc. les équipes rencontrées maîtrisées les consignes qui leur étaient spécifiques. Le bureau des admissions veille au recueil de l'ensemble des éléments permettant l'identification et la qualification de l'identité. Les référents locaux des vigilances sanitaires sont connus. Le circuit des alertes montantes et descendantes est conforme à l'attendu et maîtrisé. La prise en charge médicamenteuse est sécurisée : La prescription est réalisée sur le DPI. La conciliation médicamenteuse n'est pas encore initiée au moment de la visite, mais les patients et situations à risque sont identifiés. Le pharmacien n'a pas d'accès au DMP ou Dossier Pharmaceutique, elle réalise une analyse pharmaceutique de niveau 2. Les alertes pharmaceutiques sont transmises aux praticiens qui les prennent en compte. Également, les infirmiers ont accès aux alertes pharmaceutiques lors des phases de préparation et d'administration des traitements. La dispensation des médicaments est sécurisée. Les circuits spécifiques (stupéfiants, thermosensibles) sont respectés. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. Ceux-ci sont identifiés jusqu'à la prise. La liste spécifique à l'activité est affichée et connue des infirmières, les éléments de surveillance sont maîtrisés. Les unités disposent d'armoires de dotation, une organisation concernant les besoins urgents est connue et maîtrisée. Globalement, la plupart des structures ambulatoires n'ont pas de stocks de médicaments, et n'administrent pas de traitements. Une unité ambulatoire de pédopsychiatrie administre des traitements mais le DPI ne permet pas d'en assurer la traçabilité, l'équipe trace les administrations sur le plan de préparation papier et intègre les documents scannés dans le DPI pour en conserver la trace. Les infirmiers bénéficient de formations/sensibilisations sur le bon usage des médicaments et leurs risques : never event, médicaments à risque, entretien à visée médicamenteuse. Les équipes maîtrise le risque de dépendance iatrogène en portant une vigilance accrue sur le risque d'effets indésirables des médicaments ainsi que le risque de chute. Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité médicamenteuse en traçant la plupart du temps le bilan médicamenteux dans la lettre de liaison à la sortie. Dans les unités, des ateliers sur le médicament sont animés lors de prises en charge individuelles infirmières, ceci favorisant l'alliance thérapeutique et prévenant les ruptures de traitement. En appartement thérapeutique, les patients sont incités à préparer leurs traitements et à en identifier les effets secondaires. Les prérequis de l'hygiène des mains sont respectés dans l'ensemble des structures, tant intra hospitalières que sur l'ambulatoire : tous les professionnels portent des tuniques-pantalons ou blouses à manches courtes, y compris en CMP, les ongles sont courts et non vernis, les bijoux et montres sont absents. Il existe dans l'établissement une équipe opérationnelle en hygiène. Les professionnels de cette équipe réalisent des audits de la thématique : la pratique d'utilisation des SHA, la tenue vestimentaire, la gestion des DASRI, l'hygiène des locaux... Les professionnels rencontrés démontrent une bonne connaissance des mesures à appliquer pour les précautions complémentaires. De plus, les professionnels sont régulièrement invités à se former à nouveau aux bonnes pratiques pour la réalisation de gestes techniques (de type pose de cathéter ou sondes vésicales). Les équipes connaissent leur consommation en SHA et mettent en œuvre des actions d'amélioration pour les faire progresser. Les circuits des déchets (Déchets d'activité de soins à risque infectieux, ordures ménagères, tri sélectif, ...) sont conformes aux attendus. L'établissement s'assure que les professionnels respectent le calendrier des vaccinations obligatoires via le suivi assuré par le service de santé au travail. L'établissement organise et facilite la vaccination des professionnels contre la grippe, le COVID et la

coqueluche. L'indicateur de vaccination antigrippal est à 23%, l'établissement a analysé les freins organisationnels. Des actions en faveur des vaccinations saisonnières sont mises en place : déplacement sur les structures ambulatoires, élargissement des créneaux d'ouverture du service de santé au travail, information lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants. Les moyens de transport internes à l'établissement sont en nombre et en qualité suffisants, les accompagnements sont majoritairement effectués par des professionnels soignants formés aux gestes d'urgence. Les équipes de soins évaluent leurs pratiques, notamment au regard du suivi des résultats de leurs évaluations. Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et de pertinence sont réalisées, certaines depuis de nombreuses années, sur des thématiques variées : tenue du dossier patient, moindre recours à l'isolement/contention, réévaluation des antibiotiques, parcours et patients traceurs, évaluation et prévention du risque suicidaire, conformité des prescriptions conditionnelles, etc. Les actions issues de ces EPP sont intégrées au programme d'action qualité. La satisfaction des patients est recueillie au travers des questionnaires de sortie et des enquêtes réalisées sur les structures ambulatoires. Le recueil de l'expérience patient est également mobilisé : le recueil E-satis est promu, plusieurs fois par an, des café débats sont proposés à l'ensemble des patients et professionnels permettant des échanges sur des thématiques allant des droits fondamentaux, l'exercice de la citoyenneté à la qualité des soins. Certaines unités proposent des réunions soignants-soignés pour permettre l'expression des patients hospitalisés. L'ensemble de ces éléments permettent des évolutions des organisations et donnent du sens à la démarche : extension des horaires d'ouverture de la cafétéria, recrutement d'éducateurs dans les unités afin de pallier au manque d'activité perçu par les patients. La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs sont également mobilisés par le management et les équipes pour identifier les axes d'amélioration prioritaires. Par exemple, les résultats des indicateurs concernant la remise de la lettre de liaison à la sortie ont amené à la déclinaison par unité des actions nécessaires pour les améliorer. Les événements indésirables et les presque événements sont déclarés. La déclaration se fait via le portail qualité. Elle est traitée par le référent risque correspondant, qui apporte une réponse à la personne déclarante. Les événements indésirables graves (EIG) sont déclarés à l'ARS, une analyse des causes profondes est réalisée avec les professionnels concernés par la méthode ORION pour les EIG ainsi que pour les événements indésirables associés aux soins d'importance moindre mais récurrents. Au besoin, des Comités de Retour d'Expérience inter établissement sont mobilisés. Au moment de la visite, le laboratoire de biologie médicale du Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes qui traite les prélèvements du CH Bélaïr ne transmet pas les non-conformités relatives à la phase pré analytique pour en assurer le suivi et d'éventuelles actions d'améliorations.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec le territoire. Le Centre Hospitalier Bélaïr est un Établissement Public de Santé Mentale. C'est le seul établissement des Ardennes à prendre en charge les troubles psychiques. Il est autorisé pour les soins sans le consentement. La Direction par intérim de l'établissement est assurée par le directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes (CHInA),

établissement support du GHT Nord Ardennes, situé également à Charleville-Mézières. Le Centre Hospitalier Bélair est en Direction Commune avec un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Le CH Bélair couvre les 4 secteurs de psychiatrie adulte des Ardennes et le même territoire pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le CH Bélair dispose de nombreux partenariats et conventions qui participent à la définition de parcours de soins sur le territoire, que ce soit avec les acteurs du médico-social (ex : pour la filière gériatrique avec des conventions EHPAD, renforcé par une équipe mobile de gérontopsychiatrie portée par le CH Bélair et un accès privilégié à l'avis d'un gériatre du court séjour gériatrique), les établissements sanitaires (accès facilité aux consultations de spécialité du CHInA), la justice (antenne médico-judiciaire, audiences foraines du Juge des Liberté et de la Détention sur site, convention avec l'UHSA de Nancy, présence soignante à la Maison d'Arrêt de Charleville-Mézière), les associations (Groupes d'Entraide Mutuelle, UNAFAM). En plus des structures ambulatoires réparties sur le territoire et les secteurs, l'établissement porte un réel engagement dans « l'aller vers », avec plusieurs équipes mobiles spécialisées : pédopsychiatrie, Addictologie, médico-social, psychiatrie précarité. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est à jour. L'établissement est impliqué du maillage territorial : il participe activement au Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC 08), à la communauté professionnelle de territoire (CPT 08). Le CH Bélair est un acteur clé du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM 08) dont le bilan des réalisations montre le dynamisme : 2 colloques réalisés (handicaps et vieillesse, honte et fierté : LGBTQIA+ ), des formations dispensées auprès des partenaires du médico-social, une Maison des Ados itinérante via un camping-car, l'Équipe Mobile d'Aide aux Aidants, etc. Ces exemples démontrent les solutions mises en œuvre avec les acteurs du territoire pour répondre aux enjeux d'un département rural et étendu. Les équipes des structures ambulatoires tiennent le médecin traitant informé de l'évolution de son état de santé, avec l'accord du patient. Elles accompagnent également le patient dans la recherche d'un médecin traitant. L'établissement est facilement joignable, via un standard téléphonique, les différentes unités disposent de plaquettes de présentation qui sont remises aux patients. Dès l'entrée, les documents nécessaires à la qualification de l'identité sont recueillis. L'établissement alimente le Dossier Médical Partagé avec la lettre de liaison. L'établissement repère annuellement les professionnels désireux de s'investir dans la recherche. Une politique de promotion de la recherche est définie au niveau du GHT, dans le projet médico-soignant partagé. L'établissement est conventionné pour la recherche avec le CHU de Reims. Cette Implication de l'établissement se concrétise par des publications dans des revues professionnelles, des travaux de recherche internes sur le moindre recours à l'isolement ou la contention, ou l'inscription récente de l'établissement dans la démarche « Quality Rights » du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement : l'établissement informe les patients du recueil e-satis (livret d'accueil – affichage – recueil des adresses courriel). La campagne e-satis 2024 fait état de 24 réponses, les résultats ont été analysés aux instances de l'établissement dont la CDU. Les patients sont également sollicités pour compléter le questionnaire de satisfaction à l'issue de l'hospitalisation. Des « Café Débat » sont organisés mensuellement avec les patients pour recueillir le ressenti de leur prise en charge et les informer de sujets divers (« Addictions : parlons-en », « Informations sur vos droits », « traitements et sexualité », etc.). En ambulatoire, des enquêtes sont réalisées à rythme régulier. L'établissement recourt à d'autres formes de recueils comme l'enquête « bientraitance » qui a mobilisé récemment l'expérience des patients de l'ambulatoire sur cette thématique. Les résultats des enquêtes, les plaintes et les réclamations sont suivies et analysées en instances, dont la CDU. Des médiateurs médicaux et non médicaux sont désignés et sollicités en cas de besoin. Des actions d'amélioration issues de ces éléments sont proposées et intégrées au Programme d'Action Qualité et Sécurité des Soins. Les professionnels et les patients sont informés des actions entreprises, notamment via un affichage. L'établissement a récemment choisi d'intégrer un patient expert dans ses soins (éducation thérapeutique), mais ne peut pas en mesurer à ce stade les impacts. L'établissement développe une communication centrée sur le patient : les supports choisis par l'établissement sont adaptés en quantité (panneaux d'affichages, écrans dynamiques, affiches, dépliants à disposition, etc.) et en qualité (documents Faciles à Lire et à Comprendre (FALC), brochures, supports adaptés à la population accueillie : livret d'accueil mineur, livret à destination des familles, etc.). Les professionnels sont

formés à des méthodes de communication spécifiques (MAKATON par exemple, pour usagers dys-communicants). Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle. L'établissement veille à la bientraitance. Les situations à risque de maltraitance sont cartographiées. Les situations de maltraitance sont recensées dans le PMSI. Les professionnels sont formés au repérage des situations de maltraitance, aux violences intrafamiliales et connaissent les circuits d'alerte. Par ailleurs, une unité médico judiciaire est implantée sur le site du CH Bélaïr, elle dépend du ministère de la justice, elle facilite le parcours des victimes de violence. L'accès du patient vivant avec un handicap aux différentes structures est partiel : une structure ambulatoire (HJ/CMP « l'Héliotrope ») visitée n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduites. Globalement, le déficit visuel n'est pas pris en compte. Quelques structures rencontrées n'étaient pas adaptées aux personnes à mobilité réduite, tant en ambulatoire (HJ Héliotrope) qu'en unité d'hospitalisation (unité 4 vents). Le projet architectural de reconstruction de 100 lits doit permettre une mise aux normes en termes d'accessibilité. En interne, l'établissement dispose d'un pool d'assistantes sociales pour accompagner les patients dans leurs démarches. L'accès aux soins des personnes en grande précarité est facilité par l'existence d'une équipe mobile psychiatrie précarité adossée à un Permanence d'Accès aux Soins de Santé-Psy interne à l'établissement. Le CH Bélaïr organise l'accès des patients ou de leurs ayants droits au Dossier Médical. Les indicateurs de suivi de demandes d'accès au dossier sont présentés en CDU. Le patient est informé dès l'entrée de l'alimentation du Dossier Médical Partagé. Les Représentants des Usagers sont très présents et actifs dans l'établissements. L'établissement favorise l'accès des patients à la recherche clinique de par ses conventions, et oriente les patients vers les centres de référence identifiés (plateforme de diagnostic autisme par exemple). Les RU sont forces de proposition : ils animent des permanences dans les unités. Ils co-animent dans les unités des actions éducatives sur les droits des patients, des sujets de santé publique, la prise en charge des mineurs : les réunions « l'info-roule ». De son côté, le CH Bélaïr est très transparent dans sa communication et invite les RU à participer à la vie de l'établissement au-delà du règlementaire, à tous les Comités de Retour d'Expérience, à divers groupes de travail, dont celui sur les droits des patients. Cette dynamique de longue date est formalisée dans un projet des usagers 2023-2027 assorti de 5 fiches actions impliquant les RU. La gouvernance fait preuve de leadership et fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Chaque membre de la gouvernance est impliqué dans le PAQSS. L'Ordre du Jour des instances comporte systématiquement des points qualité et gestion des risques. Le projet Qualité et Sécurité des Soins est un des piliers du projet d'établissement 2023-2027. Un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est en place (PAQSS). Il est alimenté en continu par divers éléments : analyse des risques, Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels, résultats d'audits, indicateurs, visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté... L'implication des professionnels à la démarche qualité est intégrée aux pratiques. Il a été observé en visite une bonne appropriation et une acculturation qualité des équipes. De nombreux professionnels participent à l'animation de thématiques qualité : référents hygiène, circuit du médicament, etc. Les responsables de l'établissement pilotent l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge. Sur des périodes d'absentéisme non programmé, l'encadrement recourt aux heures supplémentaires. Pour cela, un listing recense les agents volontaires. L'établissement ne recourt pas à l'intérim et le recours aux CDD est possible selon les métiers. Les nouveaux professionnels se voient proposer une formation nouvel arrivant. Des formations relatives à leurs missions et des formations obligatoires sont proposées. Les nouveaux professionnels bénéficient d'un tutorat par des pairs expérimentés. Un livret d'accueil du nouvel arrivant est donné également. Les managers bénéficient de formations spécifiques à l'encadrement d'équipes (« Techniques d'optimisation du potentiel », « management intergénérationnel »). L'établissement porte une politique d'évolution et de promotion professionnelle inscrite dans ses Lignes Directrices de Gestion. Un dispositif de « faisant fonction » permet un accompagnement spécifique et une transition préparatoire à la formation cadre de santé. Des espaces de partages permettent de fédérer le collectif cadre : les temps de « thé cadre », les séminaires d'encadrement. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Une démarche collective d'amélioration du travail et de la dynamique d'équipe existe, notamment porté par le projet social de l'établissement et le dialogue sociale.



De plus, confronté à une pénurie médicale et une tension sur les effectifs soignants, l'hôpital a revu son organisation : en intra, le parcours patient est privilégié à la sectorisation. Cette réflexion a été menée de longue date. Les organisations ont intégré les Infirmiers en Pratiques Avancées dans la coordination des parcours. Une cellule d'analyse des parcours et de la pertinence se réunit quotidiennement pour s'assurer de la cohérence entre les places disponibles et les besoins des patients admis. La synchronisation des temps médicaux avec les équipes, et la permanence des soins sont assurées. Depuis le printemps 2025, l'établissement est engagé dans une démarche PACTE. A ce stade, l'unité Roc La Tour est concernée, l'établissement est accompagné dans cette démarche par la Structure Régionale d'Appui. La gouvernance mobilise des référents thématiques (qualité, douleur, nutrition, parcours spécifiques...) et les professionnels sont associés aux réflexions des comités et aux décisions sur les sujets structurants. Le plan de formation annuel prévoit des formations obligatoires et des formations correspondant au projet de l'établissement (formations à la prise en charge spécifique des mineurs, formation OMEGA pour gérer les épisodes de violence). La démarche éthique est structurée dans le cadre du Commission Local d'Éthique (CLE) qui existe depuis 2011. Le bureau restreint est chargé d'étudier les saisines et questionnements éthiques. Les réponses proposées sont validées en réunion plénière et diffusées. Les représentants des usagers sont pleinement associés à la démarche. Les professionnels de terrain remontent leurs questionnements éthiques et sont informés des avis de la commission. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail (QVT) impulsée par la gouvernance. La politique QVT du projet social s'appuie sur les résultats de l' « enquête de la qualité de vie au travail au CH Bélair » réalisée en 2021. La politique QVT a été formalisée en 2023. Cette politique est validée et suivie par le CSE local. Le CH Bélair a réitéré l'enquête en 2025. Des actions concrètes sont mises en œuvre : création d'un espace QVT au rez-de-chaussée du self, programmation d'une fête du personnel, accompagnement à la transition vers des mobilités douces. Des dispositifs de soutien des professionnels existent : un temps de psychologue du personnel est effectif. Pour les situations de crise, le dispositif UTOPI, déclinaison locale de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, permet un accompagnement efficace et rapide de professionnels soumis à un traumatisme. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté (ex : Plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, risques numériques, plans de continuité ou retour à l'activité...). Le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles répond aux attendus du guide ministériel et au dispositif d'organisation de la réponse du système de santé (ORSAN) de l'ARS. Les exercices ou mises en œuvre réelles de la cellule de crise font l'objet d'un retour d'expérience. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée et connue. Le Plan de Sécurisation de l'Établissement répertorie les situations à risque prévisible et les conduites à tenir en cas de survenue sont définies par ailleurs (suicide par exemple). Des conventions avec la police et la gendarmerie sont effectives. L'établissement complète le Registre National des Violences en Santé avec les situations remontées des équipes. L'établissement sensibilise aux risques environnementaux et aux enjeux du développement durable avec un responsable identifié. Une politique développement durable est définie. Un diagnostic a été réalisé sur les consommations d'eau, d'énergie. Des initiatives sont en place : mise en place de voitures électrique et vélo électriques. Sensibilisation au tri des déchets avec filières d'élimination organisées, l'établissement dispose du label « zéro phyto ». Différents projets d'ampleur doivent permettre d'améliorer encore le bilan carbone : le raccordement du chauffage à un réseau urbain, la construction de bâtiments d'hospitalisation répondant aux standards actuels. Les professionnels et les patients sont associés à ces démarches (par exemple, les vélos électriques sont prêtés aux professionnels pour qu'ils essayent la mobilité douce). Pour ce qui concerne le risque lié à la prise en charge des urgences vitales, le numéro unique est le 1515. Sur le site de l'hôpital Bélair, des défibrillateurs sont facilement accessibles et cartographiés. La plupart des unités sont équipés en chariot d'urgence, ce qui peut être problématique dans les structures à étage. L'établissement s'est montré réactif en ajoutant des sacs d'urgence dans les unités à étage dont le contenu est validé par le groupe de travail interne sur les urgences vitales. Les structures ambulatoires, qui regroupent régulièrement Hôpitaux de jour et CMP/CATTP sont pourvues de défibrillateurs et d'insufflateurs, ce qui est apparu partiellement adapté pour quelques structures situées loin de centres hospitaliers avec service

d'urgence. Encore une fois, la Direction s'est montrée réactive en installant rapidement des sacs de matériel d'urgence. L'établissement démontre une volonté d'assurer un taux élevé de professionnels à jour des formations aux gestes d'urgence. Pour cela, 6 formateurs AFGSU sont identifiés. Enfin, des exercices de simulation sont réalisés. Les retours d'expérience de ces exercices sont exploités. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Cette dynamique est portée par la Direction, le président de CME – Coordonnateur de la gestion des risques, la Direction Qualité transversale au GHT, et l'ensemble des professionnels. Les recommandations de bonnes pratiques sont présentées aux instances et communiquées aux professionnels. L'établissement participe au recueil des indicateurs nationaux qualité sécurité des soins (IQSS). De plus, il réalise de façon volontaire des audits pluri annuels du DPI inspirés des campagnes nationales (qualité de la lettre de liaison, traçabilité évaluation douleur, ...) et des audits ciblés (administration des traitements, utilisation de solution hydro alcoolique...). En cas d'indicateurs inférieurs au niveau de maîtrise, des actions d'amélioration sont mises en place. La gestion électronique des documents est accessible et maîtrisée des professionnels, elle est régulièrement actualisée. La déclaration des événements indésirables (EI) est réalisée sur le portail qualité. Les EI sont ensuite instruits et des réponses sont apportées par le référent risque à chaque déclaration. L'annonce d'un dommage lié aux soins est organisée. Le circuit de déclaration des EI Grave est prévu et conforme à l'attendu. En cas d'EI répétitifs et porteurs de risques, une analyse collective est réalisée avec la méthode ORION. Des comités de retour d'expérience inter établissement sont réalisés au besoin. Les professionnels et les Représentant des Usagers sont invités à participer à la réflexion collective et sont associés à l'élaboration du plan d'actions. Un retour d'information aux équipes est organisé, de même qu'en Commission des Usagers. Les plans d'actions sont suivis. 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 :? Assurer aux patients en isolement la présence de sonnette d'appel Assurer une prise en charge de la douleur incluant des mesures d'anticipation Assurer l'accessibilité des locaux aux patients porteurs de handicap.

# 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	080000086	CENTRE HOSPITALIER BELAIR	1 rue pierre hallali 08109 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement principal	080000318	CENTRE HOSPITALIER BELAIR	1 rue pierre hallali 08013 Charleville-Mezieres Cedex
Établissement géographique	080007206	"ALOHA" - CH BELAIR	38 route de nouzonville 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080007180	CATTP/HDJ INFANTO-JUVENILE - CH BELAIR	CASPEA ARC EN CIEL 1 rue Jean MERMOZ 08300 Rethel FRANCE
Établissement géographique	080007172	CMP-CATTP-HJ LA FARANDOLE -REVIN-CH BELAIR	CASPEA LA FARANDOLE 10 rue du colonel vaulet 08500 Revin FRANCE
Établissement géographique	080006356	HDJ AUBILLY - CH BELAIR	44 place de la gare 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080006273	CMP-CATTP-HDJ CASPEA- SEDAN - CH BELAIR	CASPEA LES LIBELLULES 4 rue Berthelot 08200 Sedan FRANCE
Établissement géographique	080005861	HJ L'ARCHE - CH BELAIR	4 boulevard fabert 08200 Sedan FRANCE
Établissement géographique	080005853	"LES LUCIOLES" - CH BELAIR	CASPE LES LUCIOLES 36 route de nouzonville 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080001621	HDJ VOLTAIRE - CH BELAIR	44 place de la Gare 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080001613	CMP/CATTP/HJ L'HELIOTROPE - CH BELAIR	10 place andre carree 08400 Vouziers FRANCE
Établissement géographique	080001803	CMP MILLEPERTUIS-GIVET - CH BELAIR	4 avenue pasteur 08600 Givet FRANCE
Établissement géographique	080001720	CMP LES CHARMETTES - CH BELAIR	44 place de la Gare 08000 Charleville-Mezieres FRANCE

Établissement géographique	080001704	CMP SEDAN - CH BELAIR	CMP LA PRAIRIE 4 boulevard fabert 08200 Sedan FRANCE
Établissement géographique	080001696	CMP - CATTP ADULTE LOUIS HACHETTE	1 rue Mermoz 08300 Rethel FRANCE
Établissement géographique	080001654	CMP / CATTP CAMILLE CLAUDEL - CH BELAIR	2 rue de la Fonderie 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080010556	CATTP MILLEPERTUIS - GIVET	4 avenue pasteur 08600 GIVET FRANCE
Établissement géographique	080010549	ATELIER THERAPEUTIQUES - CHARLEVILLE MEZIERES	FERRONNERIE 3 rue Louis Jouvét 08000 CHARLEVILLE MEZIERES FRANCE
Établissement géographique	080010531	ATELIERS THERAPEUTIQUES - CHARLEVILLE MEZIERES	ECHECS / MOSAIQUE / JARDINS THERAPEUTIQUES 3 rue louis jouvét 08000 CHARLEVILLE MEZIERES FRANCE
Établissement géographique	080010051	CMP-CATTP AQUARELLE	8 rue edouard vaillant 08700 NOUZONVILLE FRANCE
Établissement géographique	080010069	CMP PÉDOPSYCHIATRIE	1 rue Jean Mermoz 08300 RETHÉL FRANCE
Établissement géographique	080001746	CATTP LES CHARMETTES - CH BELAIR	44 place de la gare 08000 Charleville-Mezieres FRANCE
Établissement géographique	080001712	CATTP SEDAN - CH BELAIR	4 boulevard fabert 08200 Sedan FRANCE
Établissement géographique	080001647	CMP/CATTP/HDJ LE VAL DE MEUSE - CH BELAIR	10 rue du colonel vaulet 08500 REVIN
Établissement géographique	080001837	APP THÉRAPEUTIQUE LES SOURCES - CH BELAIR	3 rue des tambours 08000 Charleville-Mezieres

## 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	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
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	196

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	8
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	204
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	67
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	45
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	112
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	7
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	5
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	12
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	37,459
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	12,619
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	50,078
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	Audit système	Maitrise des risques		
2	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
8	Audit système	Coordination territoriale		
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
10	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
12	Audit système	Leadership		
13	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé	



			Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Représentants des usagers		
20	Audit système	Engagement patient		
21	Audit système	QVT & Travail en équipe		
22	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	

23	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
25	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	

27	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
28	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotiques injectables ou per os
29	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI et EIG
30	Audit système	Dynamique d'amélioration		
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	

34	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
35	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
36	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI et EIG
37	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Non applicable
38	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Assis/couché
39	Audit système	Entretien Professionnel		
40	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
41	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
42	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires

44	Audit système	Entretien Professionnel		
45	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
46	Audit système	Représentants des usagers		
47	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
48	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
49	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
50	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		El critique ou presque accident
51	Traceur ciblé	Prévention des infections associées		Précautions standard et complémentaires

		aux soins		
52	Audit système	Leadership		
53	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
54	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et/ou Per Os
55	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
56	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
57	Audit système	Maitrise des risques		
58	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
59	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
60	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
61	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
62	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
63	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
64	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et/ou Per Os
65	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale	

			Tout l'établissement	
66	Audit système	Coordination territoriale		
67	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
68	Audit système	QVT & Travail en équipe		
69	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
70	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et/ou Per Os
71	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
72	Audit système	Entretien Professionnel		
73	Traceur ciblé	Gestion des évènements		EI critique ou presque accident

		indésirables graves		
74	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et/ou Per Os
75	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
76	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
77	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
78	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
79	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale	



			Tout l'établissement	
80	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
81	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
82	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
83	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
84	Audit système	Engagement patient		
85	Audit système	Entretien Professionnel		
86	Audit système	Dynamique d'amélioration		
87	Audit système	Entretien Professionnel		

---

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

---

