



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DU PAYS CHAROLAIS
BRIONNAIS**

Boulevard des charmes
Hopital les charmes - bp 147
71600 Paray Le Monial



Validé par la HAS en Janvier 2024

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Janvier 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	28

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 DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	
Adresse	Boulevard des charmes Hopital les charmes - bp 147 71600 Paray Le Monial CEDEX FRANCE
Département / Région	Saône-et-Loire / Bourgogne-Franche-Comté
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	710780644	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	Boulevard des charmes Bp 147 71604 Paray-Le-Monial CEDEX FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

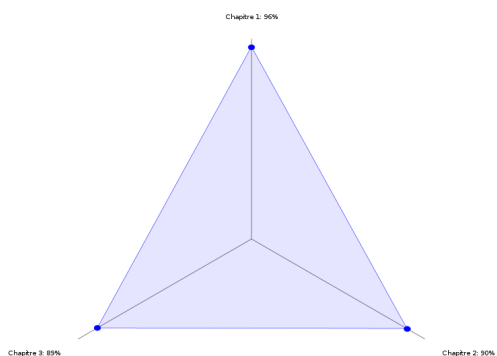
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

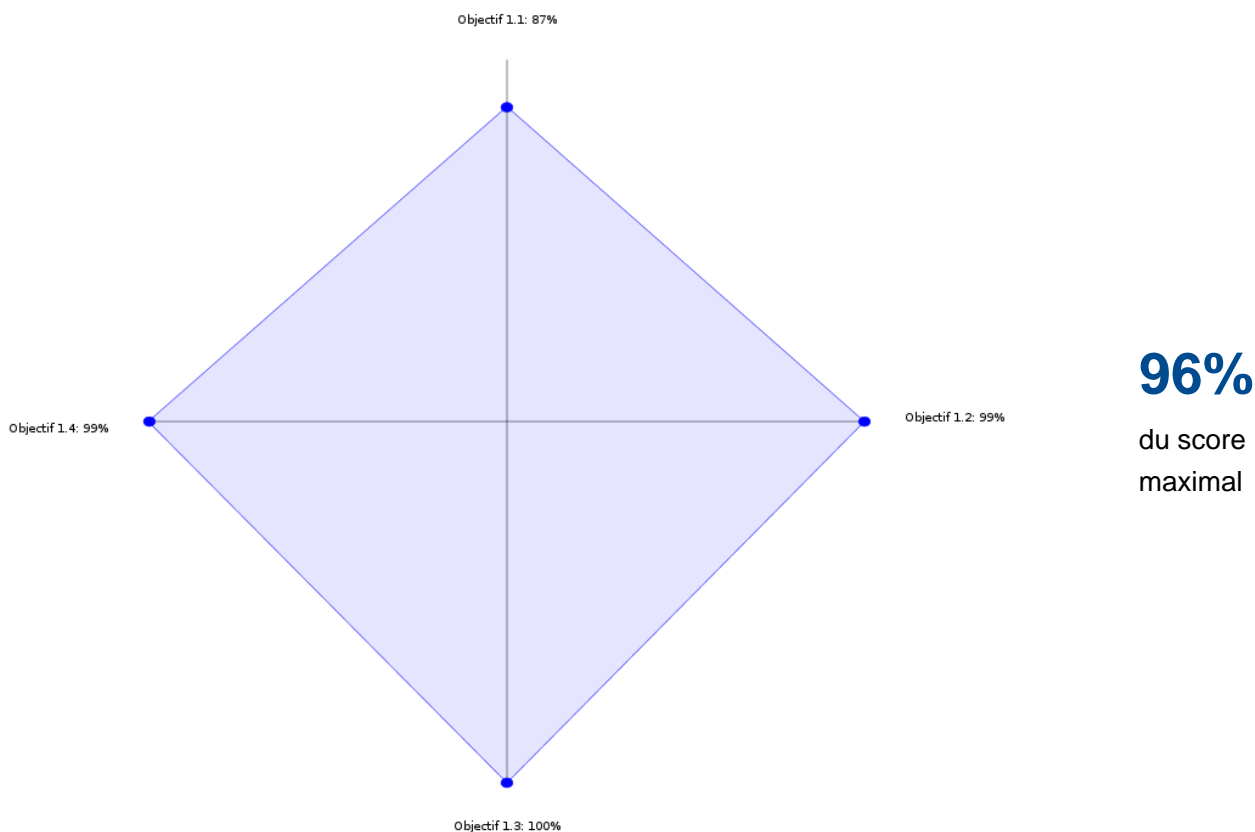
Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



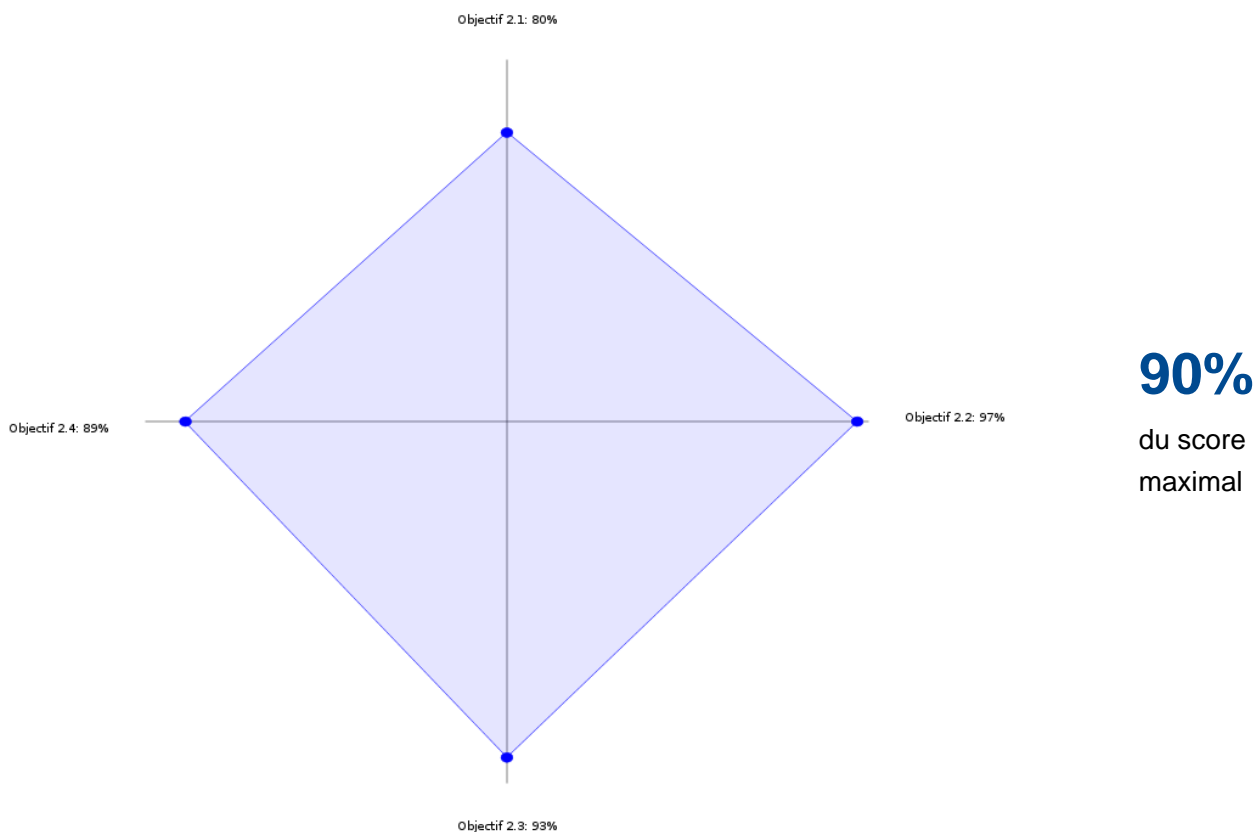
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	87%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Le patient est informé sur ses droits au travers du livret d'accueil remis au moment de la pré-admission pour les hospitalisations programmées. Des affichages sont positionnés dans les services, dans les salles d'attentes des consultations contenant différentes chartes, la charte de la personne hospitalisée ainsi que la charte Romain Jacob et documents d'informations. Un QR code pour accéder au livret d'accueil est disponible dans les chambres des patients. Toutefois, dans un service de Paray le Monial, le livret d'accueil n'était plus remis de façon systématique au patient sur décision de l'équipe, sans en avoir informé la direction. Des mesures correctives ont été immédiatement mise en place par l'intermédiaire d'une note de service diffusée aux cadres et la modification de la procédure de remise de ce livret avec la traçabilité dans le dossier patient. Des ressources documentaires, utiles aux professionnels, pour assurer la promotion des droits des patients sont

disponibles. Tout au long de sa prise en charge, le patient est informé et impliqué dans son projet de soins. Il est également associé dans l'évaluation du bénéfice risque de sa prise en charge. Toutefois, il a été constaté lors du traceur ciblé « Produit Sanguin Labile », que ces informations ne sont pas tracées dans le dossier patient. Concernant l'accès à ces informations, des modalités sont définies. Les patients sont informés et les délais de traitement sont suivis et analysés lors de staffs pluridisciplinaires hebdomadaires. Le patient est informé des Dispositifs Médicaux Implantables, qui lui sont posés, ou des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang qui lui sont administrés. Des fiches de consentement éclairé sont remises au patient devant bénéficier d'une intervention chirurgicale ou d'une endoscopie. Pour les patients mineurs, l'information donnée à l'enfant est adaptée à sa maturité de compréhension concernant sa pathologie. L'autorisation des deux parents est recherchée autant que possible pour les interventions, à défaut une explication est notée dans le dossier. La remise au patient d'une information bénéfices risques est organisée lors de sa consultation médicale, reste à optimiser la traçabilité de celle-ci. En chirurgie ambulatoire, il reçoit les informations spécifiques à cette prise en charge et le passeport chirurgie ambulatoire est en place. La démarche « Patient Debout », mode de prise en charge qui vise à améliorer la dignité et l'autonomie du patient, est effective dans l'établissement. En maternité, les sages-femmes proposent aux patientes de rédiger un projet de naissance et si les patientes le souhaitent, les accompagnent dans cette démarche. En secteur de pédiatrie, l'avis de l'enfant sur son projet de soins est recherché, l'explication est donnée aux parents sur la prise en charge et le projet de soin de l'enfant. Leur présence auprès de l'enfant est privilégiée autant que possible dans une prise en charge sécurisée. Concernant la fin de vie, il existe des réunions pluri professionnelles en coordination avec le réseau de soins palliatifs et le projet de soins est présenté à la famille pour les accompagner dans la prise de décision. En unité de médecine ambulatoire, les consultations d'annonce sont mises en place. La personne de confiance n'est pas systématiquement recueillie ni tracée dans le dossier patient informatisé (DPI). Dans le livret d'accueil, il est stipulé la possibilité de rédiger les directives anticipées ; néanmoins les professionnels rencontrés n'en font pas état et n'y sont pas sensibilisés. En prévision de sa sortie, le patient reçoit l'information sur son traitement et le suivi de son hospitalisation. L'information sur l'existence de la Commission des Usagers et du rôle de ses représentants est à la disposition des patients. Ils peuvent joindre en direct un représentant des usagers pour les accompagner si nécessaire dans les démarches. Cependant, la compréhension des patients est variable sur leur droit à connaître les représentants des usagers et les modalités pour les joindre, sur leur droit à pouvoir déposer une réclamation durant leur séjour et sur les modalités pour exprimer leur satisfaction même si l'établissement participe à la campagne Esatis, et malgré la diffusion documentaire réalisée. Les adresses mails des patients sont demandés à leur admission afin d'améliorer ce recueil. Une sensibilisation des futurs patients est prévue via le site WEB du CHPCB en informant sur l'importance de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées. Les formulaires de rédaction seront accessibles via le site internet dès novembre 2023 et une conférence d'ouverture au grand public, aux médecins libéraux et aux ESMS du territoire autour des directives anticipées et de la personne de confiance, autour des notions juridiques et éthiques avec communication presse et réseaux sociaux est prévue au printemps 2024. Les ressources matérielles pour préserver la dignité et l'intimité du patient sont disponibles. Les enfants et adolescents bénéficient d'un environnement adapté à leurs arrivées par les urgences adultes et sont redirigés vers le service de pédiatrie avec une signalétique spécifique et accompagnés si nécessaire. L'accueil et le séjour de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage sont organisés. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état. Dans le cas d'une chirurgie ambulatoire, l'enfant est admis dans un environnement adapté. Il peut être transféré en service de pédiatrie au sortir du bloc pour permettre d'accueillir d'éventuelles urgences (en face à face). Lors des patients traceurs réalisés dans ce secteur, il a été constaté que tous les besoins spécifiques de cette population sont pris en compte. Ce constat a été vérifié lors de l'entretien avec les parents et les enfants. Une attention forte est portée à la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des patients âgés dépendants quel que soit le service dans lequel ils sont hospitalisés. Les patients bénéficient d'une prise en charge axée sur le retour à une autonomisation de façon précoce dans leur parcours de soins. Une infirmière

en pratique avancée (IPA) prend en charge les personnes en situation de fragilité et se déplace également à domicile pour évaluer la nécessité d'hospitalisation sans passage par les urgences. La mise en place d'une contention physique mécanique se fait sur décision médicale. Elle est prescrite, réévaluée et une information est délivrée au patient et à la personne de confiance. Lors des investigations des patients traceurs, la majorité n'était pas concernée par la contention physique mécanique. Le DPI est adapté à cette prescription. En ce qui concerne sa réévaluation, l'établissement va mettre en place via le DPI un système d'alerte. Le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles adaptées. Toutefois, dans certains secteurs, la prescription conditionnelle "si besoin" n'est pas complète en l'absence du niveau de douleur à partir duquel l'IDE administre son antalgique. Il existe des protocoles auxquels se référer mais qui ne sont pas systématiquement mis en œuvre dans les prescriptions si besoin. L'apport des proches ou aidants est recherchée. Leur présence est facilitée. Les parents dont les enfants sont pris en charge au bloc opératoire, les accompagnent et les récupèrent à la sortie de la salle de réveil. L'accès au bloc obstétrical est facilité pour le père. Quel que soit le service où il se trouve, le patient en situation de précarité bénéficie d'une orientation vers une assistante sociale dès le début du séjour afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Le service social est réactif à la sollicitation du personnel soignant ou à la demande du patient, aucun patient traceur n'était en situation de précarité au moment de la visite. Les patients et notamment ceux vivant avec une maladie chronique ou un handicap bénéficient d'une attention particulière dès le passage par les urgences jusqu'à la préparation à la sortie d'hospitalisation. Le projet de soins et ses différentes évaluations sont bien tracés dans le dossier du patient notamment en court séjour gériatrique. Cependant, l'information et l'accord sur le projet de soins n'est pas toujours tracé dans le dossier du patient, alors que l'information est donnée tout au long de la prise en charge.

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	80%
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	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	89%

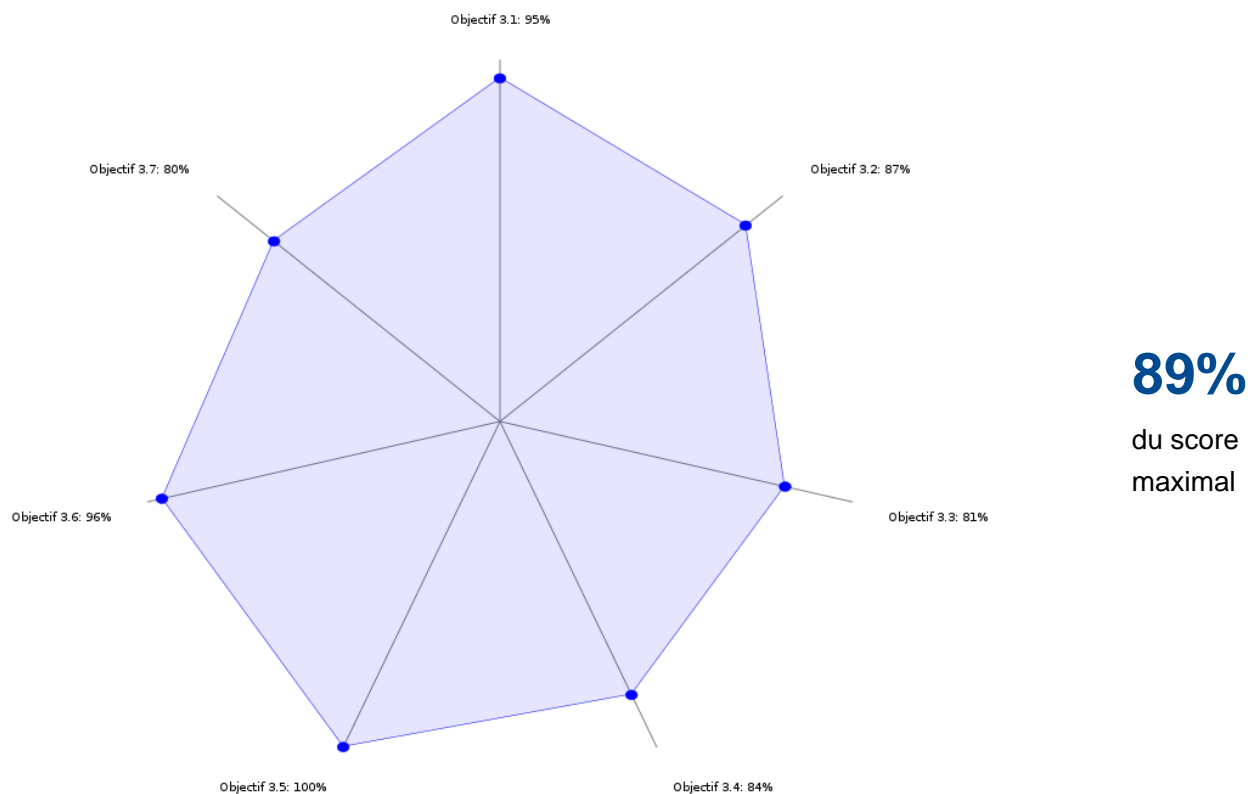
Dans l'ensemble des services, la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Elles font l'objet d'échanges réguliers en équipe permettant de prendre en compte la réflexion bénéfiques risques partagée avec le patient ou la personne de confiance et les recommandations de bonnes pratiques. Cependant, il a été constaté lors du traceur ciblé « Produit Sanguin Labile », que l'analyse de pertinence des actes transfusionnels n'est pas systématiquement réalisée et tracée dans le dossier. La protocolisation des antibiotiques est effective, et réalisée avec le recours à un infectiologue si besoin. La réévaluation entre la 48ème et 72ème heure est effectuée Quel que soit le service, les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Au service d'accueil des urgences, les équipes se coordonnent pour assurer une prise en charge optimale. L'équipe dispose d'un dossier SMUR

embarqué interfacé avec la régulation SAMU et le DPI de l'établissement permettant ainsi l'accès au dossier patient. La coordination est efficiente entre les secteurs pédiatriques et adultes pour assurer la continuité de la prise en charge du patient adolescent/jeune adulte, notamment en ce qui concerne la pathologie du diabète. Dans le cadre de cette prise en charge le service s'ouvre sur l'extérieur avec par exemple l'utilisation de « patients experts » et l'organisation de rencontre avec des professionnels diabétiques pouvant expliquer aux patients adolescents, en fonction de leur aspiration professionnelle, comment on peut combiner le travail et sa pathologie diabétique. En exemple, une sortie avec un groupe de jeunes enfants diabétiques dans un lieu ludique où un pique-nique a été organisée afin que les enfants calculent les glucides de leur repas. Le dossier du patient informatisé est accessible aux professionnels impliqués. Il favorise la coordination du parcours patient. Il existe encore une partie du dossier en papier dans l'ensemble des secteurs. Toutefois, peu de documents papiers sont transmis lors des transferts de patient entre service, tout est notifié dans le DPI. Le déploiement d'un nouveau dossier patient informatisé (DPI) à l'échelle du GHT est prévu en 2024. Deux logiciels métier sont actuellement en cours de déploiement : le logiciel qui concerne la pharmacie, le logiciel pour l'optimisation de la gestion du bloc opératoire. Les équipes peuvent faire appel à des référents experts et des équipes mobiles ou de liaison : un recours possible à un équipe mobile de soins palliatifs +/- orientation vers une unité de soins palliatifs du réseau, mais également à l'équipe mobile de gériatrie. L'accès à des professionnels/experts extérieurs --> réseau TELEAVC est en place permettant une prise en charge rapide des AVC dès le service des urgences avec accès via télémedecine à des avis de neurologiques et radiologiques avec le CHU de Dijon. Toutefois il n'existe pas de possibilité d'un réseau sécurisé pour la transmission d'image avec les CHU de Lyon et Clermont Ferrand. Un pédopsychiatre se déplace une fois par semaine en service de pédiatrie. En pédiatrie la télémedecine n'est qu'en projet, pas par manque de volonté du pédiatre de Paray le Monial mais par absence de spécialiste pouvant répondre à la sollicitation. Pour optimiser les parcours patients et avoir une vision en temps réel de l'occupation des lits, un questionnaire de parcours va être mis en place dès octobre pour organiser la gestion de l'occupation des lits, s'assurer des interfaces entre les services lorsqu'un patient n'est pas hospitalisé dans l'unité dont il relève. Dans le cas, le spécialiste continue le suivi. Celui-ci suivra les demandes « via le logiciel Trajectoire » et sera en relation étroites avec les cadres des services et des autres établissements partenaires. Les assistants sociaux communiquent aux structures d'aval l'avancée des dossiers sociaux. La mise à jour du carnet de santé de l'enfant est effective par les professionnels le prenant en charge en service d'hospitalisation de Pédiatrie. Les prises en charge complexes sont articulées avec recours à des intervenants internes (neuropsychologue, psychologue, éducateurs, assistante sociale...) et extérieurs : avis pédiatrique, neuro-pédiatrique, cardiologue, ORL. Elles font l'objet de concertation et de réévaluation lors de réunions de synthèse. Pour chaque patient pris en charge en hospitalisation, un projet de soins est élaboré en équipe pluridisciplinaire selon le service. Les équipes connaissent les règles à respecter en matière d'identitovigilance quelle que soit l'étape du parcours de soins du patient. Celui-ci dispose d'un bracelet d'identification pour sécuriser sa prise en charge. De nombreuses actions ont été mises en place pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Les médicaments à risque sont identifiés et stockés dans des armoires de pharmacie dans les salles de soins. La liste générique des Médicaments risque (MR), affichée, est adaptée aux médicaments utilisés par spécialité (Médecine, Court séjour gériatrique, pédiatrie, maternité, chirurgie...). Des aides à la prescription et administration sont paramétrées. Les professionnels connaissent les modalités d'accès à des médicaments en urgence. Cependant en cours de visite, deux piluliers mal identifiés (par le n° de chambre) ont été retrouvés dans un service, ceci a été rectifié dans la journée suite aux remarques des experts visiteurs. Dans le chariot d'urgence dans certains services, il a été retrouvé un seul contenant pour les médicaments injectables. Les corrections ont été apportées en cours de visite avec des casiers individualisés. La gestion du traitement personnel du patient est prise en compte dès l'admission. Toutefois, l'évaluation de la capacité d'auto gestion du traitement médicamenteux du patient n'est pas systématiquement réalisée. En effet, lors du patient traceur, il a été constaté que le patient disposait de son traitement personnel en autogestion. Cette information n'était ni connue des professionnels ni prescrite sur le DPI. Les pharmaciens ont développé la conciliation médicamenteuse sur un secteur. Les patients sont priorisés

: de chirurgie orthopédique, sujet >75ans. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène lié(e)s à la prise en soins de la personne âgée sont recherchés et tracés par l'équipe. Les équipes peuvent s'appuyer sur L'EOH constituée d'un praticien hospitalier et de 2 IDE hygiénistes (1 ETP en charge du secteur sanitaire et 0.1 ETP en charge des EHPAD rattachés au centre hospitalier) pour les 3 sites. Ils sont bien identifiés dans l'établissement et animent un réseau de correspondants en hygiène ASH, AS et IDE. L'EOH assure les formations (PS/PC, hygiène des mains...), réalise des audits (pulp'friction, conformité des OPCT, tenue vestimentaire...), néanmoins l'audit des Précautions Complémentaires n'a pas encore été réalisé. Pour le suivi des secteurs à risque (blocs opératoires, secteurs pharmaceutiques, endoscopie) l'EOH évalue les bonnes pratiques en participant aux enquêtes nationales Spiadi (gestion des dispositifs invasifs) et Spicmi (préparation cutanée au bloc, antibioprophylaxie). Les professionnels connaissent les bonnes pratiques d'hygiène des mains, les précautions standards et complémentaires. L'EOH a élaboré des aides mémoires de PS/PC, fiches d'informations patients mises à disposition des professionnels. Les précautions sont prescrites et repérables dans le DPI. Concernant l'endoscopie, les actes d'endoscopie bronchique, digestive (gastrosopies, coloscopie et rectoscopie), ORL et urologique (cystoscopie) sont réalisés dans l'établissement en secteur de consultations externes. Les actes d'endoscopies interventionnelles (duodéoscopie, choléoscopie) sont réalisés aux blocs opératoires. Des bronchoscopes à usage unique sont disponibles en secteur de soins continus. En absence d'astreinte en gastro-entérologie, les patients sont transférés au CH de Macon en cas d'urgence. Le risque prion est recherché, la check list endoscopie est réalisée avant tout acte. L'EOH assure la formation des nouveaux agents complétée par une formation externe. L'entretien des endoscopes est centralisé en consultations soins externes : après une étape manuelle, les endoscopes (digestives, bronchiques et ORL) sont désinfectés en laveurs désinfecteurs. Les cystoscopes souples bénéficient d'une désinfection manuelle de haut niveau. Les nasofibrosopes ORL sont utilisés avec une gaine à usage unique. L'EOH assure les prélèvements, le suivi microbiologique des endoscopes et des laveurs désinfecteurs, la mise à jour des procédures... Pour un examen endoscopique, la check list endoscopie est réalisée. Le compte rendu d'examen comporte la référence de l'endoscope utilisé et remis au patient en fin d'examen. La feuille de traçabilité de désinfection de l'endoscope utilisé n'était pas intégrée au dossier du patient. Cela a été corrigé en cours de visite. Cependant, le carnet de vie des endoscopes et des laveurs n'est pas formalisé : les résultats de suivi microbiologique, les interventions techniques (maintenance curative et préventive), le nombre d'actes ne figurent pas sur un document unique. L'antibioprophylaxie per-opératoire selon intervention est vérifiée lors de la vérification de la check-list. La programmation opératoire prend en compte la priorisation des urgences. Au bloc opératoire, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés en temps réel par le cadre du bloc. L'analyse des écarts de programmation est réalisée. Le logiciel actuel ne donne que le nombre de GO et NO-GO sans possibilité d'analyse du motif (réunion de travail prévue le 10/10/2023 sur cette question). L'évaluation des délais de retour des examens anatomopathologiques n'est pas réalisée elle le sera à la suite des remarques des EV au moyen d'une E.P.P. Des patients n'ont pas intégré l'information d'avoir reçu des rayonnements ionisants à risque pour leur santé. La quasi-totalité des équipes connaissent la conduite à tenir en cas d'accident ionisant. Pour les patients de chirurgie ambulatoire, l'ordre de passage est précisé par la cellule de régulation de la semaine précédente. Cette cellule gère les déprogrammations. L'organisation du circuit patient de la chirurgie ambulatoire distingue une filière courte et une filière longue de prise en charge. L'établissement a mis en œuvre le « parcours debout » pour tous les patients de l'ambulatoire, cette organisation est effective et efficiente. Les professionnels bénéficient d'un suivi vaccinal par la médecine de santé au travail et sont sensibilisées à l'importance des vaccinations. Un affichage du Service de Santé au Travail est diffusé auprès des équipes et le dernier en date fait un focus sur la campagne vaccinale Grippe et Covid. La majorité des responsables de service ignore le taux de couverture vaccinale des équipes, mais suivent la campagne avec la médecine du travail. L'EOH participe à la campagne de vaccination antigrippale. Une coordination des transports internes des patients opérationnelle est en place, avec une équipe d'agents formés : les besoins identifiés par les services sont recensés informatiquement, un professionnel se charge d'affecter le

brancardage du patient auprès d'un professionnel de l'équipe qui reçoit la demande via un smartphone. Le brancardier dispose des informations nécessaires : identité du patient, service, N° chambre, points de vigilance particulier (O2, perfusion, risque infectieux). Les brancardiers bénéficient d'un parcours de formation (AFGSU 2, risque infectieux, nouvel arrivant) et de compagnonnage à la prise de fonction lui permettant de valider des acquis (identitovigilance entretien du matériel, communication avec les patients...). Les enfants sont brancardés par des professionnels habitués à la prise en charge des plus jeunes. Le Centre Hospitalier vérifie que la lettre de liaison est datée du jour de la sortie. Il est relevé dans certains services, la lettre de liaison est produite plusieurs jours après la sortie, et n'est pas remise au patient, ne garantissant pas la continuité des soins. Lors du parcours physique du patient en médecine et à la suite de la consultation d'un dossier patient sorti la veille, il a été constaté que la lettre de liaison comportait le traitement du patient à la sortie de l'établissement en précisant, notamment pour les traitements à l'entrée confère pièce jointe avec l'ordonnance initiale. Lors du parcours en pédiatrie, la lettre de sortie est rédigée avec toutes les mentions à intégrer obligatoirement, mais n'est pas remise à la famille le jour de la sortie du patient. Toutefois, en CSG/ SMR la lettre de sortie est remise le jour de la sortie. Contenu conforme, indicateur du service 95 % de conformité. Un audit mensuel de 10 dossiers est réalisé au Centre Hospitalier de La Clayette par le cadre de santé et un personnel du service pour sensibiliser les professionnels avec des actions d'amélioration connues. Les équipes sont destinataires des résultats des indicateurs qualité sécurité des soins nationaux. Les résultats sont affichés dans les services. La plupart des équipes rencontrées connaissaient les IQSS et ont participé au recueil. Les professionnels connaissent l'outil de déclaration des événements indésirables liés aux soins. Chaque agent a un code d'accès pour signaler les événements indésirables. Les événements indésirables graves sont analysés selon une méthode validée REMED, ou ORION, et font l'objet d'actions correctives. Une Charte d'incitation au signalement responsable des événements indésirables est en place. Le circuit des FEI est opérationnel et un retour au déclarant de la réponse suite à la déclaration de l'événement est réalisé. Les équipes bénéficient d'un soutien méthodologique pour la réalisation de l'analyse de causes approfondies ou Revue Morbi Mortalité (RMM).

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	81%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	84%
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	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	80%

L'établissement « CHPCB » est le résultat de la fusion récente entre trois établissements. Le Centre Hospitalier du Pays Charolais Brionnais (CHPCB) a été constitué le 1er janvier 2020 par la fusion des trois centres hospitaliers de Paray-Le-Monial, de Charolles, et de La Clayette. Son siège administratif est situé à Paray le Monial. Il est membre du Groupement Hospitalier de Territoire de la Bourgogne Méridionale

regroupant les hôpitaux de Mâcon (établissement support), de Bourbon-Lancy, du Clunisois et de Tournus avec pour mission d'organiser l'offre de soins hospitalière et médico-sociale du sud Saône et Loire et permettre à la population de ce territoire de bénéficier d'une égalité d'accès aux soins. Le CHPCB est par ailleurs membre du Groupement de Coopération Sanitaire du Pays Charolais Brionnais constitué en 2012 et regroupant aujourd'hui les EHPAD autonomes de Bois Sainte Marie, de Chauffailles/Coublanc/St Maurice les Châteauneuf, de Digoin et de la résidence du coeur du Brionnais (Semur en Brionnais et Marcigny). Ce groupement gère en commun certaines activités spécifiques (blanchisserie, formation, informatique) et pose surtout les bases d'une filière gériatrique du territoire. La filière psychiatrique avec le CH de Macon n'est pas efficiente à ce jour, les patients sont soumis à un double passage aux Urgences de Paray-le-Monial puis aux Urgences psychiatriques du CH de Macon. Plusieurs filières existantes par télé-médecine avec la CARDIO de Macon, neuro vasculaire avec le CH de Chalon sur Saône, neurochirurgie avec le CHU de DIJON préférentiellement. Toutefois il n'existe pas de possibilité d'un réseau sécurisé pour la transmission d'image avec les CHU de Lyon et Clermont Ferrand. Le projet d'établissement Cap 2025 a été validé en instances et diffusé. Le projet médical va dans ce sens en allant au plus proche de la population rurale. Il entretient des relations positives avec le réseau des hôpitaux de son environnement du GHT et plus; En maternité et néonatalogie : réseau périnatalité régional et réseau proximité naissance. Il est au cœur d'une dynamique territoriale, à différents niveaux : conventions de partenariats avec les EHPAD, le Laboratoire, le centre d'imagerie. Il existe de multiples partenariats avec les autres établissements participants au service public et la médecine de ville et les MSP. Cette coopération avec la médecine de ville et les autres acteurs, assure un soutien aux établissements de la région prenant en compte la gradation des soins et des filières de recours au plan régional et interrégional. La filière de prise en charge de la personne âgée est active avec une équipe de gériatres qui privilégie l'admission directe en service. Une équipe mobile de gériatrie est disponible, ainsi qu'une Hotline Gériatre. Cependant la collaboration avec la CPTS, la communauté professionnelle territoriale de santé, n'est pas possible à ce jour, étant donné que celle-ci n'est pas opérationnelle, du fait de la non mise en oeuvre par les intervenants du secteur, ne dépendant pas de l'établissement. L'alimentation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), est réalisée 3 fois par jour, ce qui permet une actualisation en temps réel, en lien avec l'équipe des urgences. A partir d'octobre un gestionnaire de parcours apportera une expertise dans ce domaine. Les patients experts seront développés quand il y aura les ressources nécessaires. Néanmoins, dans certains secteurs des actions d'expertises patients sont menées, comme par exemple en Diabétologie. Une rencontre avec des professionnels diabétiques est organisée pouvant expliquer aux patients adolescents, en fonction de leur aspiration professionnelle, comment on peut combiner le travail et la pathologie diabète. Une sortie avec un groupe de jeunes enfants diabétiques dans un lieu ludique où un pique-nique a été organisée afin que les enfants calculent les glucides de leur repas. De même, pour les patients entrant dans le programme de chirurgie bariatrique, une journée mensuelle en HDJ permet des échanges entre les patients ayant déjà réalisés l'intervention et ceux qui sont en cours, un programme ETP (Education Thérapeutique a été déposé pour valoriser cette activité. Les représentants des usagers sont sollicités pour participer à différentes instances. L'investissement des représentants des usagers a été entravé par la crise sanitaire et par la fusion. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont analysés en collaboration avec les représentants d'usagers et présentés à la CDU. Les RU ont connaissances des plaintes et réclamations, des EIAS, des résultats des questionnaires de satisfaction. La rédaction d'un projet des usagers est en cours, la 1ère réunion a eu lieu en juillet 2023. La satisfaction des patients est évaluée à la sortie du patient sur la base d'un questionnaire de satisfaction remis à l'entrée et rappelé par le professionnel la veille de la sortie. Les questionnaires e-Satis sont réalisés. Les résultats des enquêtes de satisfactions sont communiqués aux équipes et analysés par certaines équipes en vue de plan d'actions. Cette méthode est très hétérogène selon les secteurs, qui ne connaissent pas ou peu le questionnement post hospitalisation par e-satis par exemple. Au CH de la Clayette, une fois par mois, 10 patients ayant été hospitalisés dans la structure sont appelés et font part de leurs expériences. Des conventions sont passées entre l'établissement et les associations notamment « les 4 saisons », « Arc en ciel », « Mince Alors » pour encadrer leur rôle dans l'établissement et leur permettre

de développer des projets auprès des patients. L'établissement veille au quotidien à la bientraitance et aucun des manquements aux prises en charge des patients n'est à signaler. Une sensibilisation des professionnels sur la bienveillance, est initiée pour tous les secteurs. Les professionnels ont bénéficié de formations en lien avec la bientraitance. Dans les pratiques, les équipes veillent à une prise en charge bienveillante. Des actions de formation ciblées sur la bientraitance et les droits des patients sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Un projet plus global autour d'actions de formation et d'audits sur la bientraitance est en déploiement. Concernant la prise en compte des personnes en situation de vulnérabilité, l'appel à l'assistante sociale permet d'accompagner les équipes médicales soignantes dans la gestion des situations complexes. L'établissement a défini dans son projet d'établissement une politique qualité gestion des risques en lien avec la CME et les RU. La dynamique d'amélioration continue est portée par la gouvernance médicale, administrative et soignante. Toutefois, dans l'équipe de direction, qualité et médicale des mouvements RH ont eu lieu, ce qui a retardé l'appropriation par le terrain de la démarche qualité dans son intégralité. Pour la démarche observée, l'analyse collective est réalisée avec l'ensemble des professionnels selon la méthode recommandée avec des comptes rendus et plan d'action. Le suivi est intégré au PAQSS. Une réunion de suivi est organisée à un mois. Par ailleurs sur d'autres secteurs, les analyses ne sont pas mises en œuvre de manière opérationnelle. Lors de la rencontre des professionnels, certains d'entre eux n'ont pas de connaissance du programme qualité, et ne se sentent pas sensibilisés sur le sujet. L'équipe ne pouvait par conséquent être force de propositions pour proposer des axes d'amélioration et s'approprier les actions à mettre en place alors que des audits et EPP ont été réalisés. L'équipe présente n'a pas fait le lien entre les résultats des audits et EPP réalisés et le PAQSS notamment une EPP sur la prise en charge de la douleur, traçabilité et réévaluation ont été réalisés. Des actions ont été définies signature et intégration de ces données dans le dossier du patient. Le contexte de l'établissement fait apparaître cette difficulté de diffusion des informations et de suivi de la culture qualité. Une équipe de direction toujours en restructuration, jusqu'à dernièrement, de même une équipe de cadres supérieurs de pôle nouvellement constituée sans Directeur des Soins (Poste Vacant depuis un certain temps) la dernière CSS est arrivée en mai 2023, ils doivent gérer le quotidien et suivre les projets. Une équipe qualité également restructurée répartie sur 3 sites, toutes ces évolutions ces derniers mois ont retardé la mise en œuvre et le suivi des actions qui étaient programmées. L'établissement est bien au fait des axes d'amélioration à mener. L'évaluation de la culture qualité est programmée dans les prochains mois, et permettra aux équipes de continuer à s'approprier la démarche qualité. Pour ce faire, des quarts d'heure qualité sont menés dans les services par l'équipe qualité très présente dans les secteurs. Le plan blanc d'établissement et les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est réalisé et en cours d'actualisation. Des exercices et entraînements ont été pratiqués (COVID et NRBC). Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels, DUERP, est en place. Des référents RPS (Risques Psycho Sociaux) sont formés et interviennent dans les secteurs si nécessaires. Le Centre Hospitalier du Pays Charolais Brionnais est confronté à de grandes difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels. Cette situation qui s'explique essentiellement par le positionnement géographique de l'établissement met régulièrement l'établissement dans une tension majeure. La politique de remplacement est engagée avec un accès à une application pour échanger entre professionnels. La possibilité de remplacer un agent plus facilement avec un outil de gestion des remplacements pour une amélioration de la qualité de vie des agents au travail. La formation au management est proposée aux professionnels le désirant, dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement. Pour l'instant il n'est pas proposé de formation de coaching pour les managers. Des magazines d'information des professionnels sont disponibles « newsletter, Pharma act, actu qualité ». La gouvernance de l'établissement met en place des concertations sur les projets (études des plaintes et réclamations, Fiches de signalement des événements indésirables (FEI), projet médico-soignant, etc..) en associant de façon aléatoire les acteurs de terrain et les commissions institutionnelles. Le travail en équipe se fait à travers les staffs, autant, il n'a pas été formalisé de programme formalisé type PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe). Néanmoins, la culture du travail en équipe est fortement développée. Elle est valorisée au niveau du service, du pôle ou transversal de l'établissement, au travers de la

réalisation de Comité de Retour d'Expérience, Staff, analyse de pratiques, travail sur la pertinence etc. L'établissement dispose d'un programme de maintien des compétences et proposé aux équipes : plan de formation, évaluation annuelle des agents... Des séances de luminothérapie et relaxothérapie combinées avec utilisation du dispositif RESC (Résonance Energétique Sous Cutanée), réalisées par des formateurs internes, sont utilisées pour améliorer la qualité de vie au travail (QVT). Des journées bien être sont organisées sur tous les secteurs. Des actions QVT sont en cours, la politique de stagiairisation accélérée, une réflexion centrale de développement des pratiques avancées, sophrologie/randonnée, yoga. Les professionnels sont impliqués dans la démarche de QVT impulsée par la gouvernance. La QVT est une préoccupation de la gouvernance qui a établi un plan d'actions décrivant les objectifs de la QVT. Le dernier baromètre social date de 2020. Des lignes directrices de gestion 2021-2025 sont en place. Des actions ont été menées dans le cadre du SEGUR, pour valoriser le travail en équipe. Une possibilité de médiation en cas de conflits interpersonnels est activée. Il a été créé une cellule de médiation au niveau du GHT. Des formations des professionnels sont réalisées sur la gestion des conflits et agressivité et communication dans les équipes. Un service de médecine de santé au travail est en place avec une psychologue du travail disponible pour les professionnels. Les professionnels de certains secteurs n'identifient pas de questionnement éthique. Ils connaissent seulement l'existence d'un comité d'éthique, mais n'ont aucune notion de leurs actions D'une manière générale, l'établissement a identifié ses risques : numérique, atteintes aux personnes et biens. Il a mis en place des actions de contrôle et de maîtrise des risques. Il y a une sécurité informatique renforcée, un plan de sensibilisation à la cybersécurité « cyber attaques et cyber sécurité » est disponible. Les professionnels y sont sensibilisés. Un plan de sécurisation est en place et suivi. Une convention avec la police est signée. Un service de sécurité est présent 24h24 dans l'établissement. Dans la prospective de développement durable (DD), l'établissement a mis en place une démarche. Le renforcement de la politique de développement durable est une orientation de l'établissement. Un référent DD est désigné. Les consommations d'énergie (électricité et gaz) et d'eau sont suivies, de mêmes que les déchets DASRI. Un plan d'actions DD est en place et il est suivi. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement avec une harmonisation des chariots d'urgence qui sont sécurisés. Des exercices de simulation n'ont pas été mis en œuvre jusqu'à présent, mais suite aux remarques des experts visiteurs, les Cadres Supérieurs de Santé vont organiser des formations de simulation sur l'utilisation des chariots d'urgences en collaboration avec les formateurs de l'IFSI. Les professionnels ont été formé(s) ou recyclés à L'AFGSU. La procédure avec le numéro unique dédié est affichée et connue de tous. L'établissement est concerné par l'accréditation des médecins d'autant qu'il comporte l'exercice de spécialités à risques. Cependant, il n'en assure pas la promotion et seulement 3 praticiens sont accrédités (Deux chirurgien, un gastro-entérologue). 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 : Maîtriser le risque transfusionnel : traçabilité, information remis au patient, analyse de pertinence Impliquer davantage les représentants des usagers en formalisant le projet des usagers Acculturer et impliquer les professionnels dans la démarche qualité et sécurité des soins

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	710780644	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	Boulevard des charmes Bp 147 71604 Paray-Le-Monial CEDEX FRANCE
Établissement principal	710010067	CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	Boulevard des charmes Hopital les charmes - bp 147 71600 Paray Le Monial CEDEX FRANCE
Établissement géographique	710978271	CH PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS CHAROLLES	6 rue du prieure Bp 61 71120 Charolles FRANCE
Établissement géographique	710978123	CH PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS LA CLAYETTE	19 rue de l'hopital 71800 La Clayette FRANCE
Établissement géographique	710972365	USLD CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	11 impasse chervier 71600 Paray-Le-Monial FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	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	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
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	3,514
Nombre de passages aux urgences générales	24,446
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	135
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	42
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	15
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	21
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	11
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	1,675
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	5
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	105
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	70
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	5
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Médecine	
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète	

			Soins Médicaux et de Réadaptation	
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée Médecine	
7	Audit système			
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine	
11	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Pas de situation particulière Adulte	

			Hospitalisation complète Médecine	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Ambulatoire Médecine	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
15	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
16	Traceur ciblé			à partir de la liste transmise par l'ES en n ou n-1
17	Parcours traceur			
18	Audit système			
19	Traceur ciblé			transport assis ou couché de service vers bloc

20	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
21	Traceur ciblé			Antibio / Injectable / Médicaments à risque
22	Traceur ciblé			Antibio / Injectable / Médicaments à risque
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Traceur ciblé			Antibio / Injectable / Médicaments à risque
26	Audit système			
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
34	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p>	

			Ambulatoire Maternité	
35	Audit système			
36	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Médecine	
37	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine Chirurgie et interventionnel	
38	Traceur ciblé			à partir de la liste transmise par l'ES en n ou n-1
39	Audit système			
40	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Maternité Chirurgie et interventionnel	

41	Traceur ciblé			transfusion
42	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
43	Traceur ciblé			Urgences et SMUR
44	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p>	
45	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
46	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

47	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
48	Patient traceur			
49	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
50	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
51	Traceur ciblé			Per-opératoire + Antibio prophylaxie
52	Audit système			
53	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Médecine	
54	Traceur ciblé			Chimiothérapie

55	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
56	Patient traceur			
57	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
58	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
59	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
60	Audit système			
61	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p>	

			Médecine Chirurgie et interventionnel	
62	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
63	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
64	Traceur ciblé			Endoscopie

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

