



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**ETABLISSEMENT DE  
SANTE BAUGEOIS  
VALLEE**

9 chemin de rancan  
49150 Bauge



Validé par la HAS en Juin 2022

---

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 – Juin 2022

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	20
Annexe 3. Programme de visite	24

# 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 de suite et de réadaptation (SSR), 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 avec mention.

# Présentation

ETABLISSEMENT DE SANTE BAUGEOIS VALLEE	
Adresse	9 chemin de rancan 49150 Bauge FRANCE
Département / Région	Maine-et-Loire / Pays de la Loire
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

**Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)**

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	490015765	ETABLISSEMENT DE SANTE BAUGEOIS VALLEE	9 chemin de rancan Bp 73 49150 Bauge FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

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

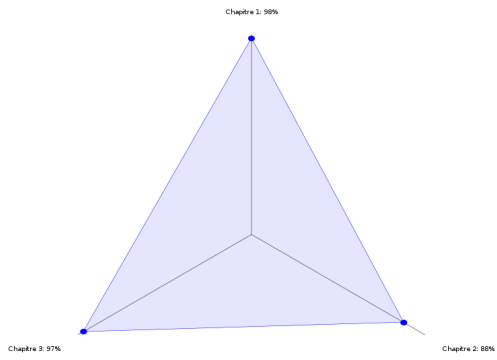


# Champs d'applicabilité

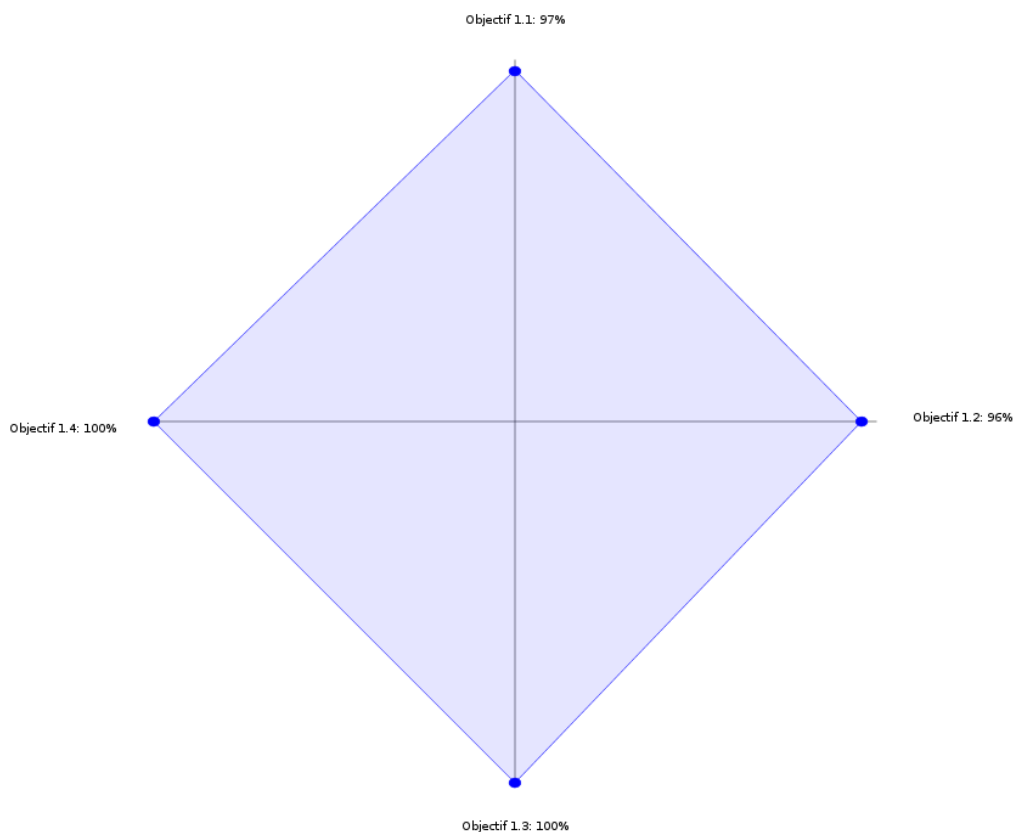
Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Résultats



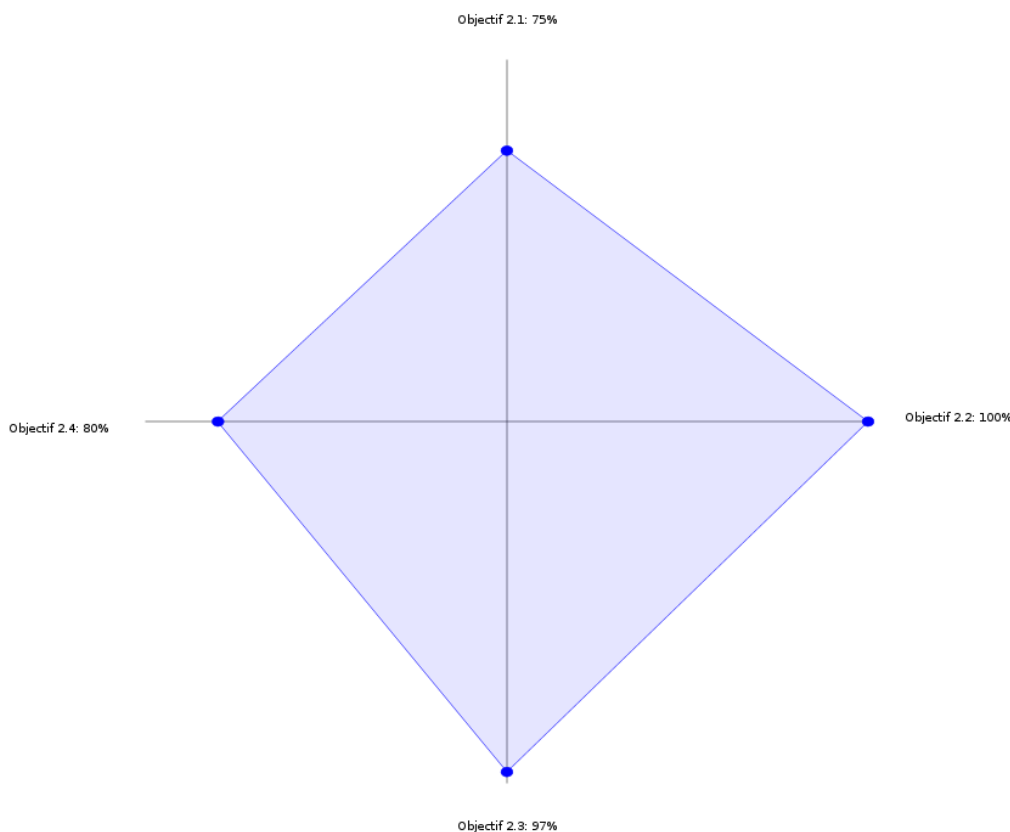
# Chapitre 1 : Le patient



Une information claire et adaptée est délivrée au patient ou à son entourage, au regard de son profil, de façon à requérir son (leur) adhésion au projet de soins. La réflexion bénéfice-risques est recherchée, sauf exception en cas de prescription d'une contention physique pour laquelle elle n'est pas toujours tracée. Les messages sont adaptés aux différents types de prises en charge (information spécifique aux modalités de prise en charge en médecine ou SSR, notamment sur la filière gériatrique complète), facilitée par la mise en place d'un cadre de parcours, ayant pour mission d'organiser et gérer les liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale de l'usager. Le recueil de la personne de confiance est effectif. Une information est donnée (affichage, livret d'accueil) concernant le recours possible aux représentants des usagers (RU) et associations de bénévoles susceptibles de les accompagner, la démarche à suivre pour signaler un évènement indésirable, le droit à déclarer les directives anticipées. Pour autant, les patients rencontrés n'ont pas toujours compris le rôle et les missions des RU. Concernant la prise en soins en situation palliative, l'établissement organise en amont cette prise en charge (coopérations, compétences, ...). La mise en œuvre par les soignants et médecins est en totale adéquation avec le respect du patient, tant en termes de dignité, d'intimité, de droits, d'information, mais aussi en termes de technicité et d'approche psycho comportementale de la prise en charge palliative. Les patients soulignent la qualité des conditions d'accueil et d'hébergement, qui offre une structure et des équipements très favorables à une prise en charge de qualité du fait du grand nombre de chambres seules. La dignité et l'intimité du patient sont respectées. Au-delà des chartes habituellement trouvées (charte du patient hospitalisé...), une charte de bientraitance élaborée par les professionnels de l'ES dès 2012 est affichée. L'ES s'inscrit dans une démarche « d'hôpital promoteur de santé » (vaccination grippe saisonnière, papillomavirus et actions en termes de santé mentale). Le patient est

impliqué, chaque fois que possible, dans son projet de soins. Les équipements sont adaptés (environnement sécurisant/rails de mobilisation en salle de kinésithérapie – matériel pour patients en surpoids), y compris pour les personnes en situation de handicap. La bonne hygiène et le rangement des locaux sont remarquables. Les patients en situation de handicap bénéficient d'une prise en charge adaptée sous toutes ses formes ; l'ES intègre le groupe de travail « Handisanté 49 » à la faveur d'un autodiagnostic et d'actions en découlant. Un référent est identifié au sein de l'ES. Le recours à la contention est encadré par une prescription médicale avec réévaluation. La prise en charge de la douleur (échelle d'évaluation de la douleur spécifique aux profils) fait l'objet d'évaluations tracées dans le dossier patient. Le recours à l'équipe interne douleur et soins palliatifs (EIDSP) ou l'équipe mobile douleur et soins palliatifs du CHU (EMDSP) permet au patient en situation de fin de vie d'accéder à des soins adaptés. D'autres équipes transversales peuvent être sollicitées en cas de besoin, en interne (l'équipe mobile manutention et motricité - l'équipe aromathérapie) ou en externe (équipe mobile de gériatrie et/ou équipe mobile soins palliatifs du CHU – équipe de rééducateurs du CRF). L'accompagnement des personnes en situation de précarité sociale est réalisé par l'assistante sociale. La prise en compte des populations vulnérables est favorisée par la présence des aidants. La préparation de la sortie est anticipée, au regard des modes développés et des conditions de vie habituelle des patients. Le mode de sortie vers l'HAD est envisagé dans certains cas mais non systématiquement tracé dans le dossier du patient informatisé. L'adaptation du logement est réalisée si nécessaire en concertation avec l'ergothérapeute. Les consignes de suivi du traitement médicamenteux sont formalisées. L'établissement est en cours de réflexion pour favoriser l'émergence d'un patient partenaire, par le développement de partage d'expérience. A ce jour aucune action n'est développée ; en sachant que la question du profil patient (personne âgée – troubles cognitifs) est prépondérante. L'axe du projet d'établissement (PE) « projet des usagers du territoire » a envisagé de développer cette action.

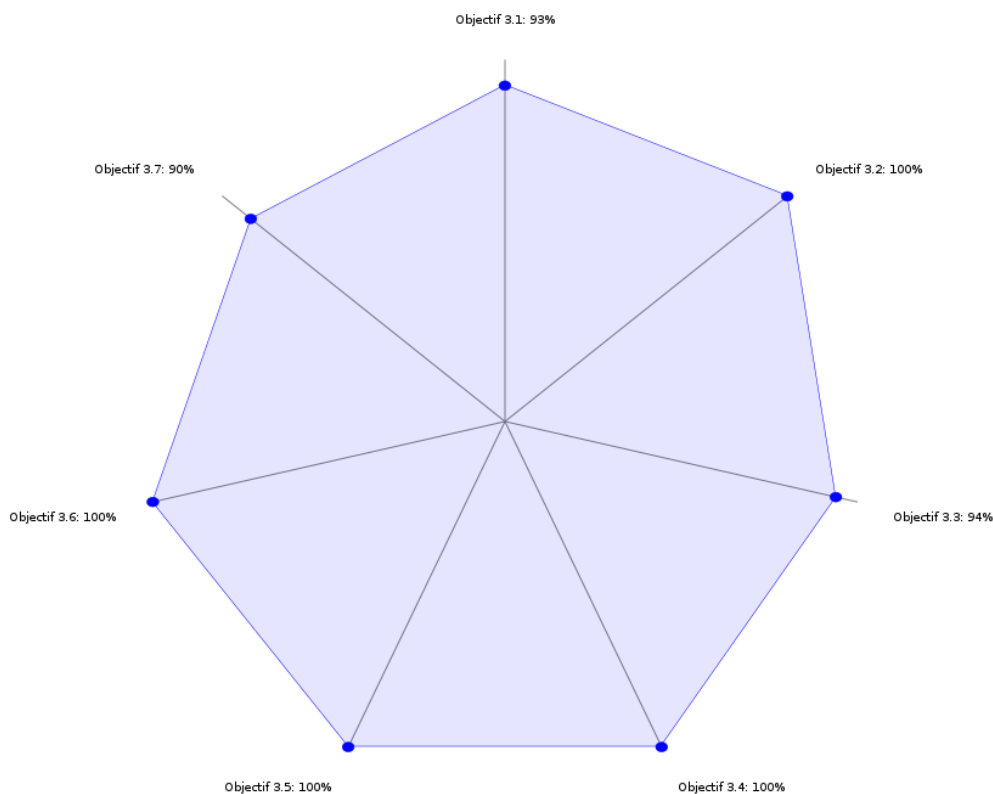
## Chapitre 2 : Les équipes de soins



La pertinence des parcours, des actes n'est pas formalisée sur le territoire et l'extra territoire, bien que l'ES soit au centre de la filière gériatrique, ancrée sur ces deux niveaux. Les parcours s'inscrivent dans une prise en charge en proximité. Les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques. La pertinence de l'admission ou du séjour est réévaluée régulièrement en staff. Pour autant aucune revue de pertinence, en tant que telle avec évaluation et suivi d'indicateurs d'alerte retenus (par exemple : taux de transfert à 48h, séjours longs), n'est réalisée. On note une bonne coordination des professionnels sur les parcours complexes ; l'équipe transversale étant sollicitée chaque fois que de besoin. Des parcours non programmés, identifiés comme devant être développés, permettent des admissions directes. La présence d'un cadre de parcours en facilite la fluidité. Ces filières d'admissions directes sur demande du médecin traitant ou des urgences du CHU, après échange avec le médecin du service, sont connues des professionnels. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins, communiqué au médecin traitant. Une concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle permet de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique. On note la présence des observations des différents professionnels : observations soignantes et des soins de support dans les dossiers le justifiant (diététicienne – ergothérapeute – kinésithérapeute – psychologue – assistante sociale). Le dossier patient est accessible, son informatisation est complète. La traçabilité des éléments du dossier est réalisée en temps utile. Le recours aux avis spécialisés est assuré en interne ou en externe (psychiatre). L'équipe de soins peut faire appel si besoin à un réseau de recours ou d'expertise externe des établissements publics du territoire (conventions réseaux de soins – recours aux infectiologues du CHU par exemple). La lettre de liaison est transmise par messagerie sécurisée, certains échanges peuvent être transmis par mails. Le devenir et mode de sortie sont discutés en staff, et réévalués durant le séjour. Les conclusions

des réunions de synthèse sont tracées dans le dossier du patient. Quand il est possible, le recours à l'HAD n'est pas toujours anticipé dans le projet de soins. Un accent particulier est mis sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments. La prescription médicamenteuse est informatisée, réalisée dès l'admission et possible à distance. Le traitement personnel du patient est connu dès l'entrée. Les professionnels maîtrisent la gestion des médicaments à risque (sensibilisation des professionnels – règles de stockage – de préparation et d'administration). Le principe de risque médicamenteux est exprimé comme étant inhérent à tout traitement, du fait des profils des patients. Les médicaments à risque en dispensation nominative ont systématiquement une consigne d'utilisation. Pour les médicaments à risques sous dotation (situation d'urgence), une étiquette d'alerte permet qu'ils soient identifiés. Les équipes disposent de protocoles d'antibiothérapie, un référent est identifié pour assurer un conseil si nécessaire. Les prescriptions probabilistes sont réévaluées dans les 72 h. La conciliation médicamenteuse est engagée à l'entrée pour tous les patients, au regard de leurs profils et en réponse au CAQES. Cependant, il a été observé que les étiquettes d'identification des produits injectables n'étaient pas conformes aux bonnes pratiques d'identitovigilance (seul le nom y apparaît). Cet écart a fait l'objet d'une rectification immédiate. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles. Les règles d'identitovigilance sont connues des équipes rencontrées, dès l'accueil et durant le séjour. La prévention des infections associées aux soins est assurée. L'infirmière hygiéniste veille sur le terrain au respect des précautions standard et complémentaires (justifiées par une prescription médicale) et à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle. Cependant, les professionnels rencontrés ne se sont pas tous approprié la sémantique utilisée et le paramétrage de l'outil informatique n'en facilite pas l'appropriation. Les équipes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination. Par ailleurs, l'objectif « Zéro bijoux » n'est pas tout à fait atteint. L'élimination des déchets n'est pas toujours sécurisée lors du stockage intermédiaire (local non sécurisé sur un des sites) ; ce qui a trouvé une solution pendant la visite dès l'annonce de cet écart (pose d'un digicode). Les ateliers pratiques de la semaine de sécurité resensibilisent les professionnels aux risques majeurs identifiés : médicaments - hygiène des mains – vaccination – DPI – cybersécurité. L'évaluation des résultats cliniques (intérêt thérapeutique) sur un panel de patients identifié comme pouvant présenter un potentiel d'amélioration, réitérée avec confrontation des résultats, n'est pas réalisée.

## Chapitre 3 : L'établissement



Membre du GHT 49 depuis Septembre 2016, l'ESBV propose une offre de soins polyvalents en réponse aux besoins des patients et résidents, coordonnée avec l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire. Il a été labellisé hôpital de proximité sur le site de Beaufort en Décembre 2021. Il se positionne en pôle ressource ouvert sur le territoire et département proche en extraterritorial. Les coopérations sont en place avec les autres établissements du GHT, dont le CHU d'Angers, établissement support, les centres hospitaliers de proximité y compris extraterritoriaux et les professionnels libéraux du territoire. L'établissement a mis en œuvre une politique « d'aller-vers » des partenaires sous forme diverses [liens privilégiés avec les EPHAD et structures médico-sociales - consultations avancées en ophtalmologie par le camion TOM (télé ophtalmologie mobile) ou la maison de santé, au regard de la disponibilité des ressources médicales - projet de télémédecine (dermatologie)] et équipes mobiles (gériatrie - soins palliatifs). Des créneaux d'imagerie sont réservés au CHU et au centre de proximité de Baugé à la faveur de la fluidité des parcours. Le projet médico-soignant de l'ESBV favorise le développement d'une offre de service organisée en parcours ville/hôpital, soutien au premier recours. Le développement de la CPTS est en cours ; l'ESBV en est partie prenante, à la faveur d'un travail sur le fond plutôt que sur la forme complexe de la structuration juridique. Le parcours de santé du patient au sein de son territoire est organisé, au plus près de son lieu de vie, avec une attention portée à ses besoins et à ses choix ; cela afin d'améliorer les parcours de santé au sein notamment de la filière gériatrique. Un exercice mixte ville-hôpital concerne 2 médecins. La coordination du parcours de la personne âgée est effective (partenariat EHPAD- cellule de coordination avec les professionnels libéraux - rencontres régulières avec HAD, MAIA, SSIAD, ADMR... et le CLIC). Les circuits courts, bien qu'existants, ne sont pas formalisés. Des admissions directes sont réalisées en médecine et en SSR. Des dispositifs de recueil de l'expression du patient sont en

place : questionnaires de satisfaction, enquête ciblée ; l'ES n'étant pas éligible aux enquêtes « e satis ». L'analyse en est trimestrielle et les résultats sont largement communiqués. Des actions ont été menées avec efficacité pour améliorer le taux de retour des questionnaires de sortie. L'engagement du patient est favorisé et la bientraitance fait partie des valeurs et des priorités de l'établissement. Les professionnels, formés à « améliorer sa communication », favorisent l'expression quotidienne des patients vulnérables en développant une écoute active. L'accès du patient à son dossier est possible dans les délais requis. Les modalités de communication développées par l'ESBV (Site internet - téléphone – flyers – mise à disposition d'une salle pour la FMC) permettent aux usagers et aux médecins un contact aisé. La messagerie sécurisée permet un échange rapide d'information (résultats d'examens - ...). Les numéros de téléphone directement vers les unités de soins sont communiqués au patient. Le projet communication porte différents axes de travail dont l'affichage dynamique dans les halls d'accueil. L'ES développe l'utilisation de l'outil « SAED » pour structurer la communication entre professionnels. Les professionnels de nuit sont joignables aisément par les familles et les médecins. Les professionnels de nuit sont sensibilisés à la bientraitance. Ils proposent un accompagnement des familles la nuit et offrent la possibilité à un accompagnant de pouvoir dormir sur place si nécessaire (cas des prises en charge palliatives). Ils ont en permanence la possibilité de joindre un administrateur de garde ou un médecin. L'engagement dans la recherche clinique est possible à deux niveaux : interne ou dans le cadre de programmes extérieurs à l'ES, notamment du GHT. Les représentants des Usagers sont associés aux projets d'amélioration de la qualité. Ils participent à l'analyse des événements indésirables y compris graves et contribuent à l'élaboration du plan d'actions en lien avec ces EIG. Leur implication est largement favorisée par la direction dans la vie de l'établissement. Des démarches collectives d'amélioration du travail en équipe sont développées (prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire dans les unités de soins, intégrant tous les métiers y compris les aides-soignants). La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et sécurité de la prise en charge. Les organisations sont flexibles et adaptées aux besoins de fonctionnement des organisations, dans un délai de prévenance raisonnable et le respect des compétences. En cas d'absentéisme, un dispositif adapté dit "mode essentiel" est activé et connu des professionnels. Les années antérieures, le taux d'encadrement médical a contraint l'ES à réduire les capacités d'accueil. A ce jour, le recrutement de médecins permet de fonctionner à taux plein. Une réunion de réflexion sur les organisations a lieu deux fois par an. Pour les professionnels de nuit, la communication avec l'équipe de jour est organisée : réunions de service. Chaque professionnel utilise quotidiennement sa messagerie professionnelle pour prendre connaissance des nouveaux documents, CR, résultats...). Les responsables bénéficient de formation au management (accès à la formation professionnelle de cadre de santé – analyse des pratiques managériales). Les professionnels nouveaux bénéficient d'un parcours d'intégration. L'entretien professionnel réalisé pour tous les professionnels annuellement permet d'inscrire les formations au plan de développement des compétences. La formation à type de DU et stages de comparaison ou d'immersion est largement promue, permettant une certaine fidélisation des professionnels. Une formation IDE en pratique avancée (IPA) est en cours. Une possibilité de médiation existe et est connue des professionnels. Les professionnels de jour et de nuit disposent de soutien et d'écoute lorsque cela est nécessaire auprès du personnel d'encadrement (N+1 – N+2). La psychologue du travail intervient régulièrement et répond à toute demande individuelle. Des groupes de parole sont initiés en cas de besoin. En matière de leadership, la gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain. Elle impulse une démarche participative (qui associe tous les processus, soins, logistiques et techniques) avec un accompagnement de la cellule qualité. C'est du domaine de l'encadrement de relayer les actions, collaborateurs réunis de façon régulière, et/ou impliqués dans les nombreuses commissions et comités. Les instances (CME, CSIRMT et CDU) sont considérées comme un moyen de levier. Le comité EQUAR trimestriel (auquel est invité un RU), et les nombreuses commissions et/ou comités existants mobilisent des référents et des professionnels, au profit d'un pilotage partagé. La politique QVT est déclinée au sein de l'ES. Une commission « bien-être au travail » existe. Les instances représentatives du personnel y sont associées. Parmi les actions menées on peut citer : « la semaine bien-être au travail - le journal interne – la réfection de la salle de pause ». Le renouvellement et/ou



l'installation de certains équipements participent de cette QVT ; les professionnels en mesurent l'impact. Certaines actions sont relevées comme permettant le développement du sentiment d'appartenance : « soutien olfactif par l'aromathérapie – événements dans le cadre du développement durable (quizz – présentation d'une action éco-responsable) ». La politique QVT tient compte des départs de façon anticipée. La prise en charge des urgences vitales est structurée, autour d'une procédure actualisée et connue des équipes, d'un plan de formation, et de matériel uniformisé. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est définie. L'établissement a été fortement mobilisé par la gestion des différentes phases de la crise liée au COVID, notamment dans la gestion des lits (unité COVID ajustable) et le soutien logistique apporté (centre Coville – vaccination). Une réflexion sur les éléments de langage en cas de COVID a été menée. La sécurisation des locaux et des personnes repose sur la mise en place de digicode et/ou une vigilance sur la fermeture des portes. L'établissement s'est inscrit dans les enjeux du développement durable [Commission RSO créée en avril 2021 (test de connaissance sur le DD – action réalisé sur une unité)]. L'organisation pour répondre aux alertes sanitaires descendantes et ascendantes est formalisée. Le PAQSS est connu de l'ensemble des professionnels, consultable sur le logiciel de gestion documentaire. La culture de sécurité ne fait pas l'objet d'évaluation.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	490015765	ETABLISSEMENT DE SANTE BAUGEOIS VALLEE	9 chemin de rancan Bp 73 49150 Bauge FRANCE
Établissement principal	490000239	CH BAUGEOIS VALLEE - SITE DE BAUGE	9 chemin de rancan 49150 Bauge FRANCE
Établissement géographique	490000254	CH BAUGEOIS VALLEE - SITE DE BEAUFORT	14 rue de l hopital 49250 Beaufort-En-Vallee FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	
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)	
Existence de Structure des urgences générales	
Existence de Structure des urgences pédiatriques	
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	
Autorisation de Médecine en HAD	
Autorisation d' Obstétrique en HAD	
Autorisation de SSR en HAD	
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	
Existence de SMUR pédiatrique	
Existence d'Antenne SMUR	
Existence d'un SAMU	
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
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	8
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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
6	Traceur	Prévention des infections		Précautions standards et



	ciblé	associées aux soins		complémentaires
7	Audit système	Engagement patient		
8	Audit système	Leadership		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Injectable
10	Audit système	QVT & Travail en équipe		
11	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
12	Audit système	Représentants des usagers		
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
14	Audit système	Maitrise des risques		
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Pas de situation particulière	

			Hospitalisation complète Programmé	
16	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI ou EIG
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Injectable
20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
21	Audit système	Dynamique d'amélioration		
22	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA
23	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA

---

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

---

