



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
MONTPENSIER
TREVOUX**

14, rue de l'hopital
Cs 70615
01606 Trevoux



Validé par la HAS en Septembre 2022

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 – Septembre 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.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER MONTPENSIER TREVOUX	
Adresse	14, rue de l'hopital Cs 70615 01606 Trevoux CEDEX FRANCE
Département / Région	Ain / Auvergne-Rhône-Alpes
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	010780096	CENTRE HOSPITALIER MONTPENSIER TREVOUX	14, rue de l'hopital Cs 70615 01606 Trevoux CEDEX FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

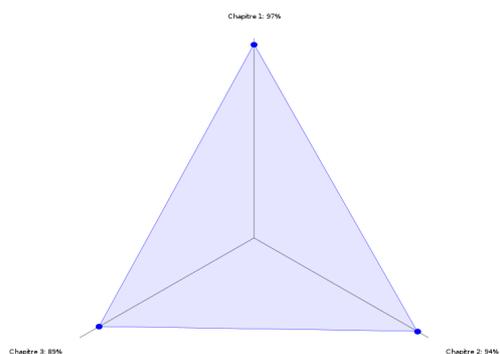
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

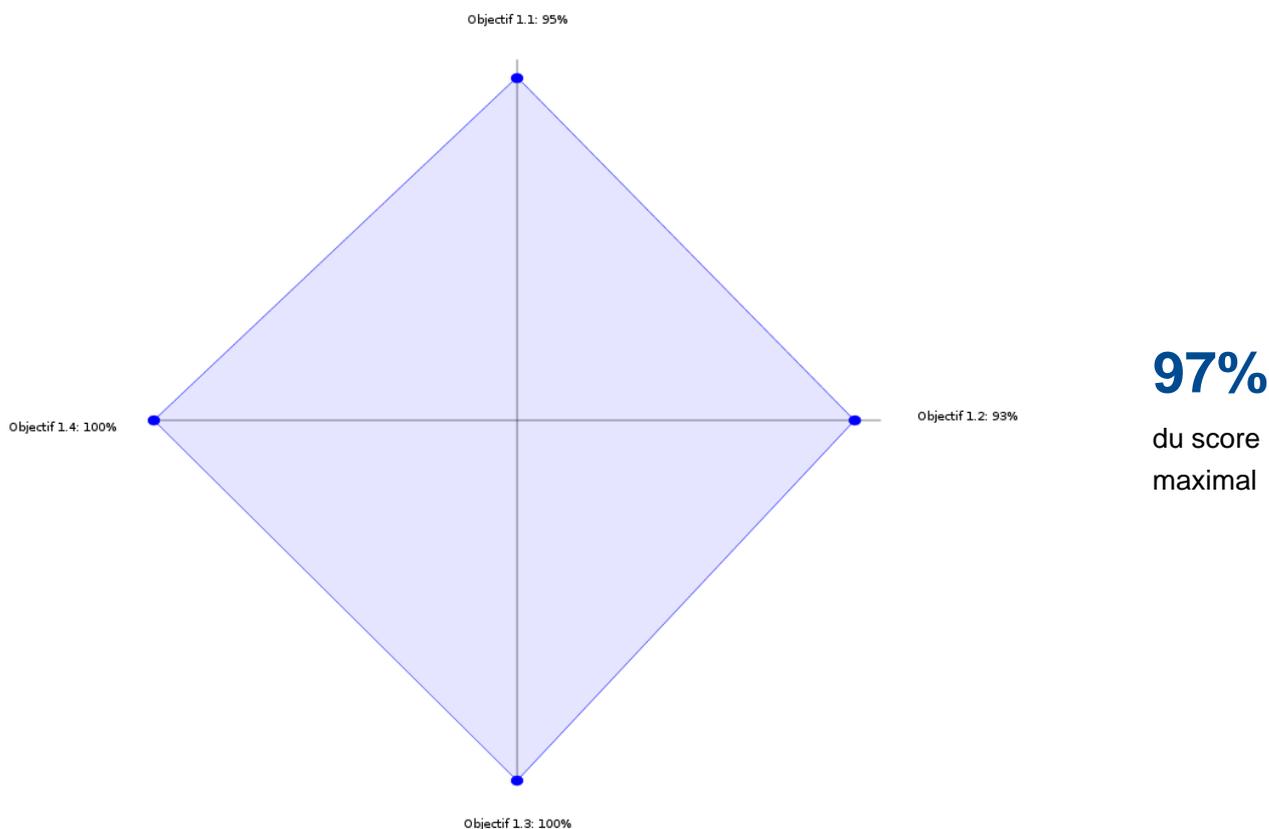
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

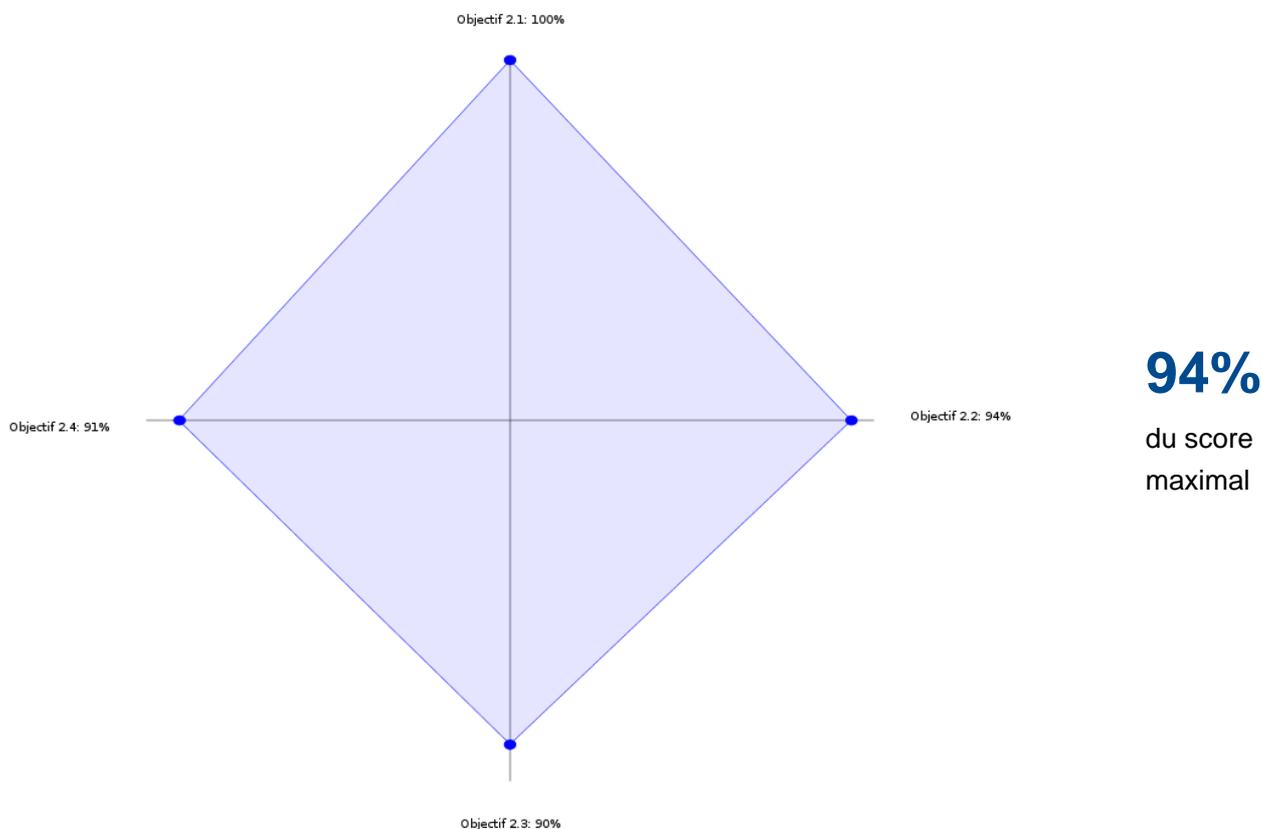


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	93%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient admis sur le centre hospitalier Montpensier reçoit majoritairement des informations favorisant son implication dans sa prise en charge. L'information est donnée au proche/aidant lorsque l'état du patient le nécessite. A l'arrivée, un livret d'accueil est remis. Des affichages sont présents dans les services (Charte du patient hospitalisé/personnes âgées hospitalisées, CDU...). Au niveau de l'accueil de l'établissement et de la zone de consultations, des informations de santé publiques sont affichées. Le droit à rédiger les directives anticipées est précisé dans le livret d'accueil, complété d'un fascicule explicatif et d'un pré-imprimé facilitant la rédaction du choix du patient. Cependant, certains patients rencontrés n'ont pas de souvenir de cette information. De même, concernant les représentants des usagers, l'information de leur présence et des moyens de les solliciter ne sont pas connus de tous les patients et/ou aidants. La personne de confiance est

systématiquement recherchée et retrouvée dans le dossier. Les patients sont informés par les professionnels et par le livret d'accueil complété d'une brochure spécifique. Le patient et/ou proche sont impliqués dans les décisions importantes pour leur prise en charge. La réflexion bénéfice/risque est tracée dans le dossier du patient. La décision d'accès aux soins palliatifs est entendue et prise en compte. Un questionnaire de sortie interne est disponible dans le livret d'accueil et est affiché dans la chambre. Les remarques des patients permettent de recueillir l'expérience du séjour et de la prise en charge. Le SSR et la médecine ne sont pas éligibles aux données e-satis en lien avec l'âge des patients et de leur maîtrise de l'informatique. Au moment de la visite, il n'est pas retrouvé d'information sur les modalités pour déclarer les événements indésirables graves liés à ses soins (EIGS), ni dans le livret d'accueil, ni par affichage. L'établissement est en cours de mise à jour du livret, il est prévu que l'information soit intégrée en juin 2022. Le patient est respecté dans son intimité, dignité et confidentialité. Les chambres seules sont majoritaires, pour les quelques chambres doubles, des rideaux sont installés. Les informations sont données dans le respect de la confidentialité. Une évaluation régulière permet d'adapter les soins pour le maintien de l'autonomie. Des staffs et réunions pluridisciplinaires abordent cette thématique et est tracée dans le dossier. Les besoins et préférences des patients sont recherchés à l'admission. Ces informations sont prises en compte et participent à l'élaboration du projet de soins/vie. Des contentions mécaniques sont prescrites après discussion en réunion pluridisciplinaire. Cependant, la réévaluation n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. Les proches et/ou aidants sont associés, avec l'accord du patient, à la mise en œuvre du projet de soins. Ils sont présents, leurs avis est recherché tout au long de la prise en charge. Les professionnels facilitent l'accompagnement et les visites du patient quand la situation le nécessite. Le maintien du lien social est pris en compte dans l'organisation des soins. La présence d'une assistante sociale permet d'apporter une aide au patient et /ou famille.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

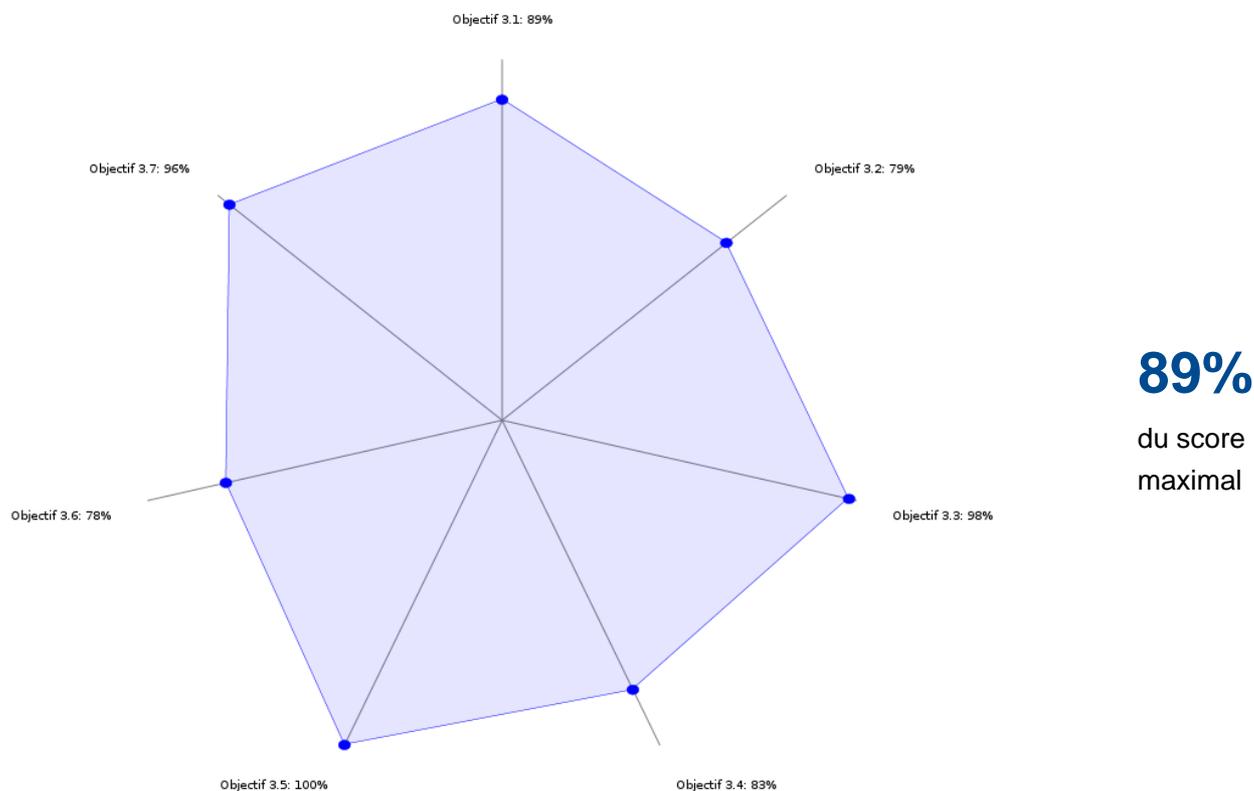


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	90%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	91%

Dans le dossier patient informatisé est retrouvé l'argumentation de la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. L'équipe s'appuie sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques. La concertation pluridisciplinaire est en place ainsi qu'une analyse bénéfice/risque partagée avec le patient, ses préférences ont été recherchées et prises en compte. Les demandes d'admission (SSR, SLD) sont étudiées en équipe pluriprofessionnelle (cadre et médecin). En SSR, un staff pluridisciplinaire (médecin, IDE, AS, psychologue, ergothérapeute, assistante sociale, kiné, diététicienne...) est réalisé à l'admission puis chaque semaine permettant de proposer un projet de soins et de l'évaluer. La réévaluation permet de confirmer la pertinence de cette prise en charge. Les modalités de sortie sont préparées et ajustées si besoin dans le cadre du dialogue avec le patient, notamment en ce qui concerne les aides techniques et humaines pour le

retour à domicile. La prescription de l'antibiothérapie respecte les recommandations des bonnes pratiques. L'argumentation est retrouvée dans le dossier. La réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure est systématique. Une alerte visuelle sur la prescription s'affiche pour rappeler la réévaluation. Les médecins peuvent prendre attache auprès de l'infectiologue du CH de Villefranche sur Saône (CH support). Un livret de l'antibiothérapie édité par les pharmaciens du CH support, mis à jour tous les 2 ans, est à disposition des médecins. L'établissement travaille à partir de 2 dossiers patients informatisés, un dossier paramédical (transmissions ciblées et informations des missions transversales) et un dossier médical (prescriptions, traçabilité de l'administration, observations médicales, avis des spécialistes...). Le dossier est accessible en temps utile par un identifiant (défini selon la catégorie professionnelle) et un mot de passe (changé régulièrement) par tous les intervenants médicaux ou paramédicaux auprès des patients. Le dossier comprend l'ensemble des éléments utiles à la prise en charge. L'établissement a la possibilité de recourir à des professionnels formés sur plusieurs domaines d'expertises (douleur, hygiène, soins palliatifs, ...) ou à un avis spécialisé en interne (soins palliatifs, douleurs) ou externe (infectiologue, hygiène, psychiatrie). Le dossier patient informatisé est accessible par les soignants du CH support, des documents peuvent être vu par des spécialistes directement sur le dossier et un avis de spécialiste peut être sollicité par un médecin du CH de Montpensier. A la sortie du patient à son domicile, une lettre de liaison lui ai remis mais celle-ci est remise par la secrétaire et non par le médecin. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions sur l'établissement principal. Cependant, pour les médicaments thermosensibles le suivi de la température sur un site annexe (livraison par transporteur interne, 10mn) n'est pas tracé. Il n'est pas retrouvé ni heure et température départ, ni à l'arrivée. Les pharmaciens effectuent une analyse pharmaceutique de niveau 2 et tracent les informations utiles pour les soignants et médecins. Lors de l'administration, l'IDE vérifie la prescription et les médicaments donnés. Ceux-ci sont identifiables jusqu'à la prise. Cependant, pendant la visite il a été constaté la non-vérification de l'identité pour une patiente lors de l'administration d'un médicament à risque. L'établissement déclare avoir réalisé des formations sur l'identitovigilance en juin 2022. Les médicaments à risque sont affichés en précisant l'antidote sur les armoires à pharmacie des unités. Une sensibilisation des médicaments à risque (Formation circuit du médicament et Médicaments à risque) a été réalisée sur l'établissement, les prochaines formations sont prévues en juin (plan de formation). L'établissement a mis en œuvre la conciliation médicamenteuse sur des profils identifiés pour les situations les plus à risque. L'établissement a dans ses activités une unité de soins palliatifs, gérée par des médecins et IDE formés. Les professionnels peuvent avoir recours individuellement ou en équipe à un accompagnement par le psychologue du travail et ponctuellement par une psychologue du service afin d'atténuer leur souffrance. La lettre de liaison ne comprend pas de bilan thérapeutique. Selon l'établissement pendant la visite de certification, une réunion a été organisée en présence des médecins de chaque unité et la coordinatrice des secrétariats médicaux afin d'intégrer le bilan thérapeutique dans chaque modèle de lettre de liaison à la sortie. Cependant nous n'avons pu constater le nouveau modèle effectivement utilisé. Le risque infectieux est maîtrisé. Les professionnels respectent les règles d'utilisation des équipements de protection et mettent en place les précautions standards et complémentaires pour les patients le nécessitant selon les indications et prescriptions médicales. L'équipe opérationnelle d'hygiène est en cours de restructuration, le temps est partagé avec le CHU de Villefranche sur Saône est connue de l'ensemble des professionnels. Des évaluations sont en place (Pulpe friction, audits...). L'environnement du patient est propre. Les équipes mettent en place des actions d'améliorations à partir des évaluations de la satisfaction et de l'expérience des patients cependant si elles participent aux recueils, elles ne font pas l'analyse des résultats pour déterminer les axes de progression. Celles-ci sont proposées par le service qualité. Les professionnels maîtrisent la déclaration des événement indésirables. Ils participent aux analyses de causes par la méthode ORION. Ils définissent des axes d'améliorations et les inscrivent dans le PAQSS.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	89%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	79%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
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	78%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

Le CH Montpensier de Trévoux fait partie du GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes (8 établissements), dont l'établissement support est le Centre hospitalier de Villefranche sur Saône. Les Hospices Civils de Lyon est le CHU associé. Le CH de Trévoux est en direction commune avec le Centre hospitalier de Villefranche constituant l'Hôpital Nord-Ouest (HNO). Un projet médical partagé est en cours de finalisation. Le CH s'appuie

à ce jour sur le projet médical finissant en 2020. Le projet stratégique de l'établissement est en cohérence avec le projet régional de santé (PRS). L'établissement est partie prenante dans la construction et la coordination des parcours de ses patients, en collaboration avec les autres acteurs du territoire. L'établissement a identifié les partenaires participant au parcours sur le territoire favorisant une coordination de prise en charge tel que notamment le centre de lutte contre le cancer Léon Bérard. Au départ du patient, celui-ci sort avec la lettre de sortie et un compte rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant ou au médecin prenant en charge la continuité des soins. L'établissement a mis en place une messagerie sécurisée pour les médecins et les secrétariats sur le bâtiment principal, mais sur le bâtiment annexe la messagerie sécurisée est en place mais aucun professionnel n'en avait connaissance. Un projet de mise en place de missions universitaires dans le cadre du HNO est en cours de réflexion. Cette réflexion porte sur la possibilité de participer à des recherches/essais cliniques à la demande d'établissement universitaire promoteur. L'établissement recueille la satisfaction des patients avec un questionnaire interne donné à la sortie. Les résultats sont suivis par le service qualité. Des axes d'améliorations sont recherchés et inscrits dans le PAQSS. Les remarques des patients sur leurs séjours participent aux PREMS et PROMS. L'ensemble des résultats est communiqué aux unités de soins et à la CDU. Les patients ne sont pas invités dans le cadre des REX. L'établissement a pu une fois solliciter un patient pour qu'il puisse faire part de son expérience auprès d'autres patients cependant il n'y a pas de patient expert sur l'établissement. Les professionnels sont identifiables par une étiquette fixée à la tenue indiquant leur nom et grade. Une communication centrée sur le patient est favorisée par des formations intégrant la communication (humanité, bientraitance...). Le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes. La bientraitance fait partie des valeurs de l'établissement. Elle est retrouvée dans le livret d'accueil patient et une charte de bientraitance est présente dans les services. L'équipe est sollicitée pour signaler tout acte de maltraitance et connaissent la procédure de déclaration. Les représentants des usagers, sont impliqués et présents dans les instances et la vie de l'établissement. Le projet des usagers n'est pas rédigé. En 2016, le CH a demandé un diagnostic d'accessibilité et un plan d'action a été mis en place. A ce jour les nombreux axes d'amélioration sont toujours en cours de réalisation. L'accessibilité sur l'établissement est assurée pour les personnes à mobilité réduite en termes d'espace. Les ascenseurs dédiés aux patients sont équipés d'indication sonore, et d'inscription en braille sur les commandes, cependant il n'y a pas de dispositifs d'orientation prévus pour les usagers avec une déficience visuelle, dans les communs. Dans le livret d'accueil, il est précisé pour les patients en situation de vulnérabilité qu'ils peuvent être pris en charge par le service sociale de l'établissement et qu'une liste d'interprète est établie pour répondre au besoin. Une politique Qualité/Gestion des risques datée d'avril 2022 est formalisée. Le PAQSS est en place alimenté par les actions d'améliorations issus de l'ensemble des résultats des REX, audits, évaluations interne et IQSS... Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour des nouvelles actions. Le PAQSS est accessible informatiquement aux professionnels cependant, lors des entretiens les professionnels ont répondu qu'ils l'ignoraient. L'établissement soutient le travail en équipe et favorise le développement des compétences. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est en place, par des réunions formelles type staffs pluridisciplinaires et des réunions informelles rendues possibles par la présence médicale. Néanmoins, il n'existe pas de démarches spécifiques. Une politique QVT est en place, des ateliers « Bien Être » sont proposés, les organisations horaires ont été revus au regard des avis et choix des professionnels. Les risques auxquels l'établissement est confronté trouvent partiellement des réponses adaptées et opérationnelles. La gestion des tensions hospitalières est maîtrisée. Lors de panne informatique, un mode dégradé connu par l'équipe est mis en place permettant la continuité des soins. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est maîtrisé sur le site de Reyrieux (SLD). Cependant, ce n'est pas le cas sur le site de Trévoux. Il n'existe pas de procédure de la prise en charge de l'urgence vitale en interne. Un sac d'urgence unique, vérifié et plombé, est positionné dans le service de médecine dans un chariot ouvert sur lequel est installé l'aspiration et l'oxygène. Un scope mobile complète le dispositif. L'emplacement de ces matériels d'urgence n'est pas connu par toutes les IDE de l'établissement rencontrées lors de la visite. Du matériel peut être manquant (ex le scope) emprunté par un service sans que cela soit spécifié pour informer où

il se trouve en cas de besoin. Les professionnels ne sont pas majoritairement à jour de la formation aux gestes d'urgences (AFGSU), ils ont une formation d'ACR. Il n'existe pas de numéro direct car le numéro est utilisé pour joindre le médecin en astreinte que ce soit pour une urgence vitale ou toute autre demande. En mars 2022 un EIG a été déclaré sur cette problématique pour lequel un REX a été réalisé en mai 2022 et un plan d'actions défini en juin 2022. Depuis la visite, comme défini dans son plan d'actions, pour le site de Trévoux, l'établissement a acheté du matériel d'urgence pour le 2ème étage et la radiologie, mis en place un numéro unique et dédié, réalisé des formations AFGSU 1 et 2 et de recyclage en mai et juin 2022 et programmé des formations régulières jusqu'à la fin de l'année 2022. Des actions ponctuelles sont mises en place dans le cadre du développement durable. Un référent vient d'être nommé pour le HNO (note d'information). La politique développement durable n'est pas formalisée. La filière déchet selon les dernières recommandations n'est pas en place. L'établissement a prévu sa mise en place en janvier 2023 dans le cadre du prochain marché. Une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est en place, les événements indésirables graves sont systématiquement analysés collectivement en REX avec la méthode ORION. Des revues de pertinence de pratiques sont en place. Des actions d'améliorations basées sur les résultats des indicateurs QSS sont mis en œuvre par les professionnels. Cependant il n'existe pas de revues régulières des IQSS avec l'ensemble des équipes. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont présents dans les CR de la CSIRMT mais ne font pas l'objet d'une analyse partagée en CME (pas de trace dans les comptes rendus).

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	010780096	CENTRE HOSPITALIER MONTPENSIER TREVoux	14, rue de l'hopital Cs 70615 01606 Trevoux CEDEX FRANCE
Établissement principal	010000065	CENTRE HOSPITALIER MONTPENSIER TREVoux	14, rue de l'hopital Cs 70615 01606 Trevoux CEDEX FRANCE
Établissement géographique	010789576	USLD - CH MONTPENSIER - REYRIEUX	941 CHEMIN DE VEISSIEUX LE HAUT Cs 70615 01600 REYRIEUX Cedex 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	59
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	3
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	46
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	69
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
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 âgé Soins de longue durée Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
3	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
5	Audit système	Engagement patient		
6	Audit système	Coordination territoriale		

7	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
10	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
11	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	

14	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
17	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique
18	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport interne assis ou couché entre 2 services ou le SSR et le plateau technique
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Audit système	Leadership		
23	Audit système	Maitrise des risques		
	Audit	Dynamique		

24	système	d'amélioration		
25	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
26	Audit système	QVT & Travail en équipe		
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable
28	Audit système	Représentants des usagers		
29	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	

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

