



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE SAINT- AMAND-
MONTROND**

44 avenue jean jaures

BP 180

18206 Saint-Amand-Montrond



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 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	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	25
Annexe 3. Programme de visite	29

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 DE SAINT- AMAND-MONTROND	
Adresse	44 avenue jean jaures BP 180 18206 Saint-Amand-Montrond Cedex FRANCE
Département / Région	Cher / Centre-Val-de-Loire
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	180000069	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT- AMAND-MONTROND	44 avenue jean jaures 18200 Saint-Amand-Montrond Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

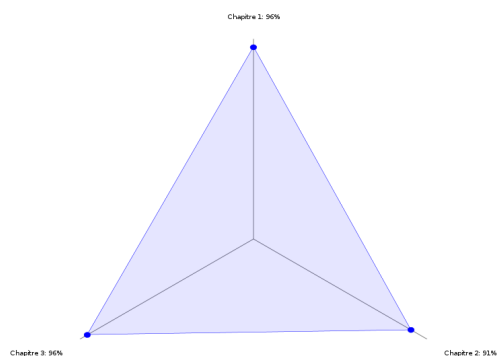
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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 de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

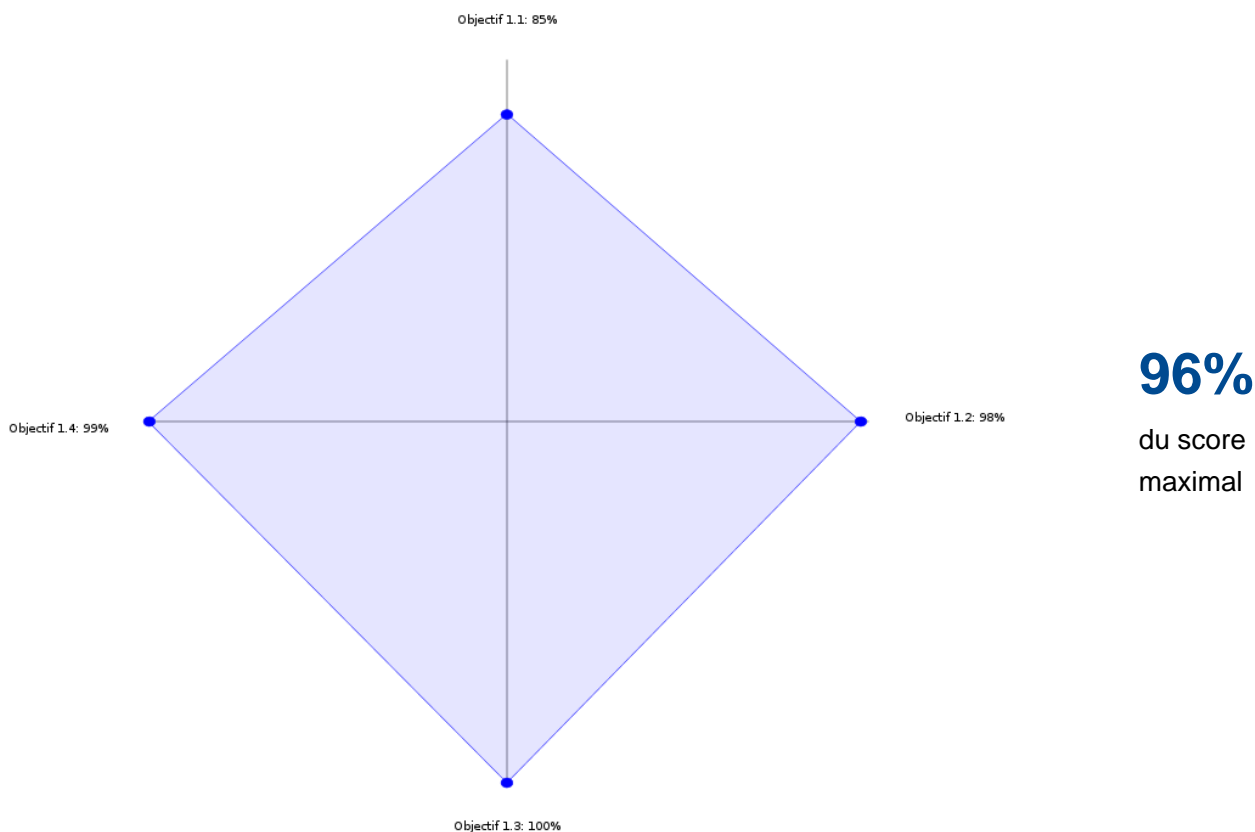
Au regard du profil de l'établissement, **110** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



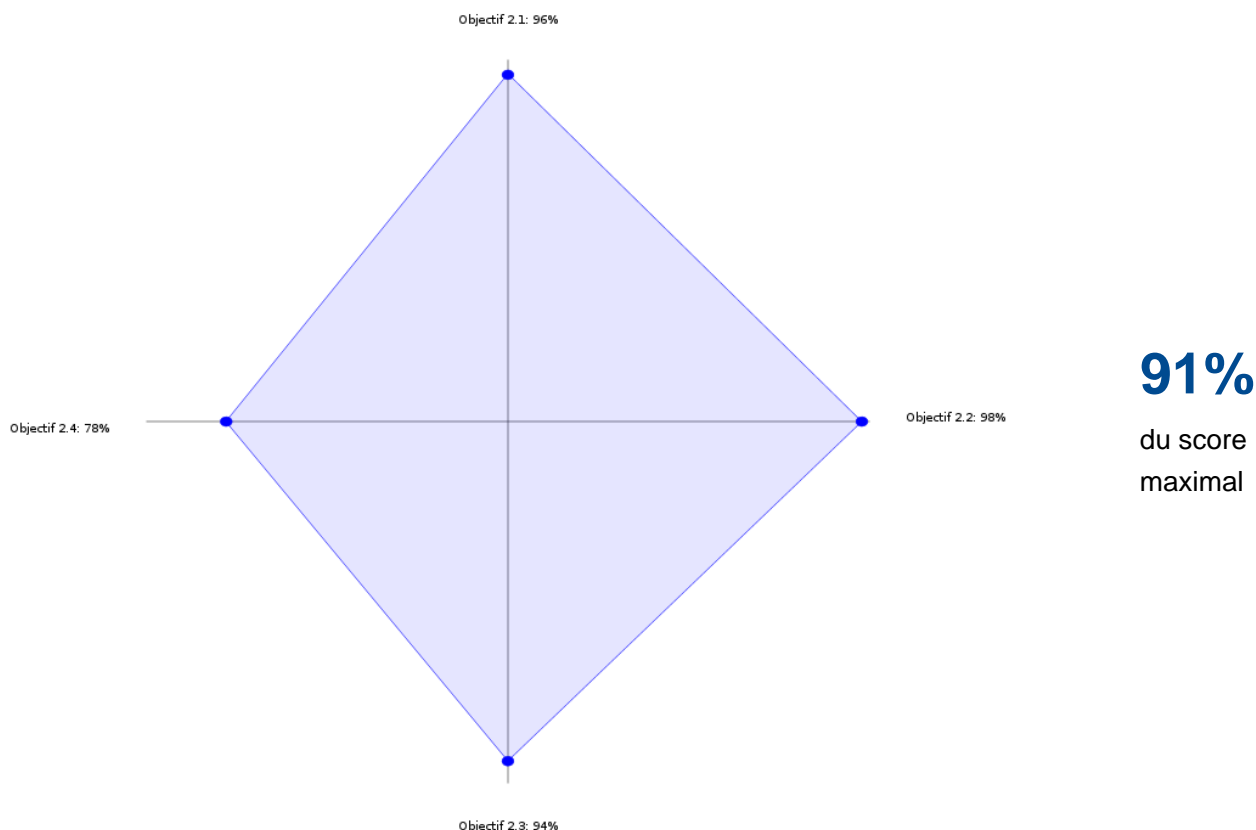
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

le patient est informé et son implication est recherchée. Le patient au centre hospitalier de Saint Amand en Montrond est informé tout au long de son parcours de soins. De nombreux documents de santé publique sont à disposition des visiteurs, patients et leurs proches dans différents lieux de l'établissement. Certains documents sont spécifiquement dédiés aux patients : par exemple, un flyer d'information rédigé en partenariat avec les représentants des usagers de l'établissement qui décrit le rôle de ces derniers. Est aussi remis à tout patient hospitalisé un livret d'accueil avec de nombreux documents particuliers comme celui précisant les caractéristiques de « Mon Espace Santé », qui informe entre autres le patient de son droit de refuser l'alimentation de son espace aux professionnels. Des écrans d'accueil sont présents en imagerie, en maternité et à l'accueil de l'établissement et des urgences, permettant la diffusion d'informations grand public concernant

la prévention, mais aussi l'organisation de l'établissement. L'implication des patients est recherchée à tous les stades de leur prise en charge, tout particulièrement dans le cadre de l'élaboration du projet de soins. Pour ce qui concerne les futures mamans, si elles sont prises en charge dès le début de leur grossesse à la maternité du centre hospitalier, il leur est proposé de préparer avec le co-parent leur projet de naissance. Il existe un dossier transfusionnel avec l'ensemble des fiches d'information avant et après transfusion ainsi que la demande de consentement signée avec l'indication de la transfusion dans le compte - rendu de sortie retrouvée en traçabilité avec les ordonnances de sortie adéquates. L'expérience patient est recherchée. Aux urgences, les patients reçoivent des informations sur les délais de leur prise en charge, et un compte- rendu de leur passage, s'il s'agit d'une consultation, leur est remis avec tous les éléments nécessaires à leur sortie. Si les équipes informent tout particulièrement en USLD les patients de leur droit à rédiger leurs directives anticipées (cette information passe par la conseillère en économie sociale et familiale, elle est réalisée dès l'admission), certains patients interrogés lors des patients traceurs relaient le fait qu'ils n'ont pas été informés. Toutefois, la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées sont proposées aux patients très régulièrement : on retrouve leurs traçabilités dans le dossier des patients en médecine gériatrique avec la présence des documents institutionnels, signés et scannés. De la même manière, malgré les documents donnés et les informations relayées par les équipes, la majorité des patients interrogés estiment ne pas avoir été informés sur les représentants des usagers, et les modalités pour les contacter. Ces patients reflètent la patientèle de l'établissement, qui en dehors de la maternité bien sûr, sont majoritairement des personnes âgées, pour certaines ayant des troubles mnésiques. Il en est de même pour leur connaissance des modalités pour déclarer un événement indésirable associé aux soins, et/ou soumettre une réclamation. Des associations interviennent au sein de l'établissement entre autres CARMEL (diabète) et Vie Libre (addiction). Pour ce qui concerne les questionnaires de satisfaction, ce dernier est retourné à l'établissement pour 7% des sorties. Il existe un questionnaire spécifique aux urgences. Des boîtes à suggestion peu utilisées par les patients sont situées à l'entrée de l'établissement et aux urgences. le patient est respecté. L'établissement en médecine, SMR et USLD, comporte un certain nombre de chambre double 74 pour 127 chambres au total. Une vingtaine de chambre individuelle sont équipées d'une douche. La maternité comporte 15 chambres toutes individuelles équipées d'un fauteuil très confortable qui se transforme en lit d'appoint pour permettre à l'autre parent de rester auprès de la maman et du bébé. Les chambres doubles comportent des rideaux de séparation, et des douches communes existent dans l'ensemble des services, sauf bien entendu en maternité. Les locaux datent de la fin des années 70, sauf le bâtiment de la maternité qui a ouvert en 2003, ils sont donc dans leur grande majorité anciens et ne permettent pas de mettre une douche dans chaque chambre double ;sauf à supprimer des chambres doubles. Les pratiques professionnelles permettent de garantir la dignité des patients, et si une information sensible doit être donnée au patient ou à sa famille, dans la mesure du possible, on fait sortir l'autre patient et les proches, et on les rencontre dans un des salons des familles. Il existe une salle de bien être en médecine gériatrique, elle est proposée aux patients de manière à assurer à certains patients un temps de détente : avec une table massage entre autres. La confidentialité est respectée dans tous les services visités : l'ordinateur éteint ou avec écran abaissé, tableau blanc aux urgences pour la localisation des patients sans les noms et sans données médicales visibles, examen en box avec porte fermée, etc... Pour les patients âgés et dépendants, les équipes sont attentives à préserver au maximum leur autonomie, on peut mettre en relief une politique de non contention présente dans l'ensemble de l'établissement ; et si malgré tout, cette dernière s'avère nécessaire, elle est prescrite, argumentée et évaluée. Pour ce qui concerne la prise en charge des soins d'hygiène, les patients de l'USLD ne bénéficient que d'une seule douche par mois, toutefois les soins d'hygiène sont réalisés quotidiennement ou pluri quotidiennement si nécessaire au lit du patient ou au cabinet de toilette. La prise en charge de la douleur est structurée et bien mise en place, toutefois la traçabilité de son évaluation et du niveau qui déclenche l'administration d'un traitement en si besoin, mérite d'être confortée. Les proches ou aidants sont systématiquement associés à la mise en œuvre du projet de soins. En médecine ou SMR, les proches sont associés et ont pleinement participé au projet de soins et la mise en œuvre des actions sur le devenir des patients ou l'évolution de leur prise en soins avec l'accord du patient : notamment pour

l'admission en EHPAD, moment toujours sensible, en lien avec l'assistante sociale dédiée au secteur de médecine gériatrique. Leur présence est facilitée tout au long du séjour. Ils peuvent venir, par exemple dans le cadre de la fin de vie quand ils le souhaitent et rester auprès du patient. En maternité, la future maman peut se faire accompagner tout au long de sa grossesse par le co- parent, ou si la maman est seule, par une personne de son choix (un membre de sa famille ou une amie). Les transmissions ciblées comportent l'ensemble des informations données et les souhaits recueillis auprès des patients. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. La population du territoire comporte de nombreuses personnes âgées mais aussi beaucoup de précaires. Les conditions de vie et lien social sont prises en compte, un projet de soin avec un volet social est constitué : des staffs hebdomadaires pluri professionnels sont réalisés dans le service de médecine gériatrique, en médecine polyvalente et en SMR pour entre autres, des évaluations de suivi et la définition du devenir. L'établissement a un service social développé qui assure dès l'admission du patient, une évaluation de ses besoins sociaux. En maternité, il existe des staffs entre les professionnels de la maternité et ceux de la PMI ce qui permet vraiment d'engager très en amont de l'accouchement un accompagnement et un suivi adaptés. Il faut noter qu'il y a une maison maternelle assez proche de Saint Amand, et qu'il n'est pas rare que le service de maternité prenne en charge de très jeunes filles pour leur première grossesse, la dernière a 14ans. Dans le secteur des soins de longue durée, les patients bénéficient de nombreuses actions d'animation qui permettent de préserver le lien social. Pour les patients vivant avec un handicap, ce dernier est pris en compte à toutes les étapes de la prise en soins, l'ensemble du matériel nécessaire est mis en place, et l'environnement est adapté au mieux des besoins du patient.

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	96%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	78%

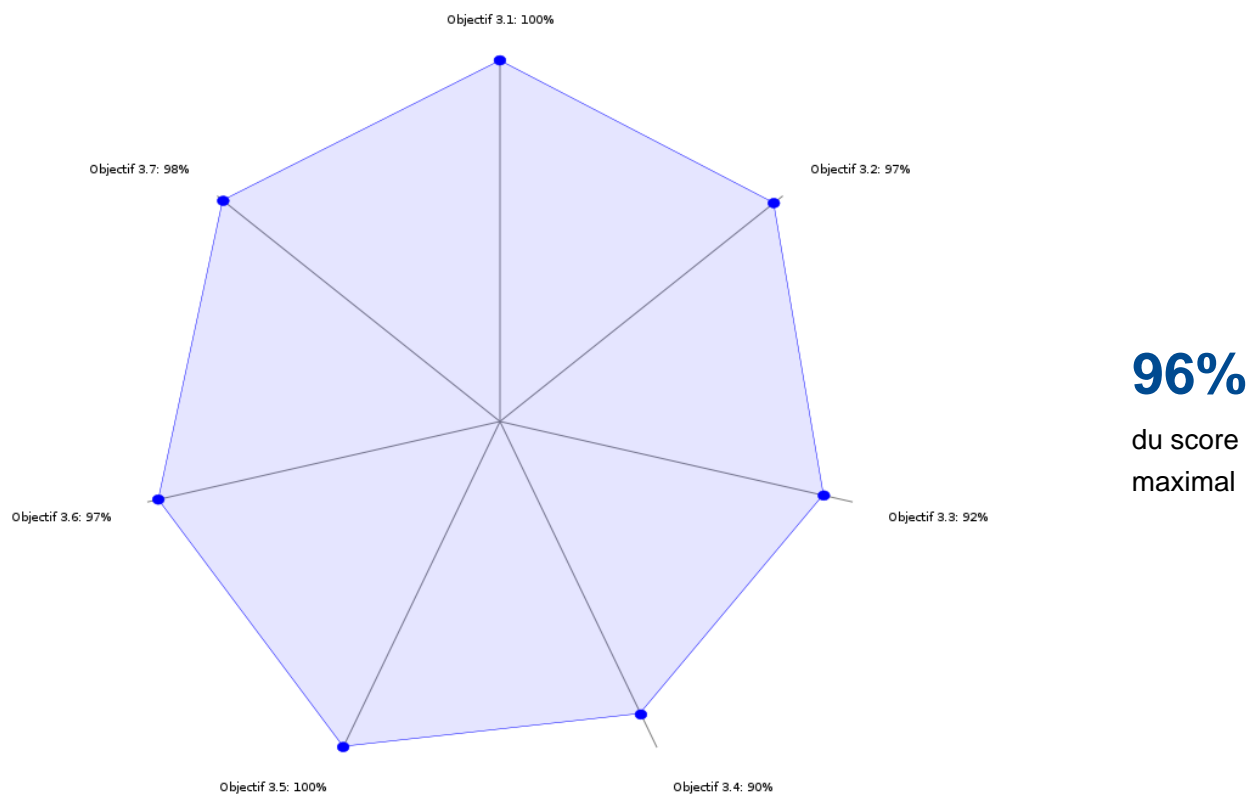
la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions sont argumentées au sein de l'équipe. La pertinence des prescriptions d'antibiotique est argumentée et évaluée. La prescription d'antibiotique est réalisée sur le logiciel institutionnel, cette prescription est soumise à un formulaire à remplir avec des items bloquants, si elles ne respectent pas les critères définis avant validation. La réévaluation est systématiquement retrouvée dans les dossiers ; il y a de plus une sécurité avec une alerte systématique (paramétrée dans le logiciel au regard des recommandations de la PUI) qui apparaît à date de réévaluation et qui ne disparaît qu'à la validation de la réévaluation. Un avis peut être requis si nécessaire auprès d'un infectiologue identifié en semaine, dans le cadre du GHT au centre hospitalier de Bourges, l'accès au logiciel antibio garde est facilité. Si besoin le weekend, l'avis d'un infectiologue de Tours également identifié comme interlocuteur privilégié est

possible. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est en place. Il existe des revues de pertinence réalisées par les IADE et le référent médical hémovigilant de l'établissement. Ces revues sont effectuées en lien avec les équipes de soins et leurs analyses communiquées. Un SMR HDJ a ouvert en 2011 deux jours par semaine, pour des patients ayant des troubles mnésiques et cognitifs naissants, la pertinence de ce parcours est argumentée en équipe, avec un bilan complet assuré avant l'admission et l'élaboration d'un plan de soins avec des objectifs d'activités adaptées à chaque patient pour trois mois, passé ce délai, une réévaluation est faite avec la famille et les proches pour continuer la prise en charge ou définir une autre orientation. Un carnet de liaison permet d'assurer de séances en séances l'activité réalisée. En SMR hospitalisation complète, une commission d'admission statue sur le dossier et la demande, et la pertinence du séjour est réévaluée à chaque staff pluriprofessionnel. Toutefois, même si des revues de pertinence sont en place, elles restent à conforter en ce qui concerne un secteur de SMR quant à la réévaluation de la pertinence du maintien du séjour après sa première phase. Les analyses de transfert en HAD sont effectives ; il est tout à fait possible dans le cadre de parcours complexe d'alterner des temps en hospitalisation complète au centre hospitalier pour un suivi particulier et la prise en soins de décompensation importante de certains patients et des temps d'hospitalisation à domicile. Les parcours sont vraiment élaborés avec les acteurs de santé du territoire. Pour l'ensemble des prises en charge du SMUR, c'est la préférence du patient quant à l'établissement de santé souhaité qui est prise en compte, sauf si ce dernier ne peut répondre aux besoins de soins du patient. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Les équipes sont coordonnées que ce soit en SMR, en médecine polyvalente ou gériatrique avec de nombreux staffs, hebdomadaires en SMR ou plus fréquents en médecine. Le projet de soins ou le projet de naissance sont élaborés en équipe avec l'association du patient ou des co-parents. Ces staffs sont pluri professionnels et permettent de discuter de chaque situation de patient et de réévaluer le projet de soin, si besoin. En maternité, a lieu un staff entre l'équipe de la maternité et ceux de la PMI pour organiser le suivi des grossesses de jeunes femmes, voir de très jeunes femmes en difficultés sociales. Pour ce qui concerne l'équipe SMUR du centre hospitalier, elle est composée à minima d'un IADE et d'un médecin urgentiste, elle sort environ 700 fois dans l'année pour des SMUR primaires ou secondaires nécessitant le plus souvent plusieurs heures de déplacement. Les dossiers préhospitaliers et les échanges avec la régulation du SAMU sont tracés dans leur intégralité, et comportent tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient qui est orienté suivant le bilan selon des prises en charges protocolées : Accident Vasculaire Cérébral, urgences cardiaques... Au sein de l'établissement et tout particulièrement aux urgences, des avis de médecins de spécialités peuvent être sollicités en temps réel. Les délais de prise en charge au SAU sont affichés dans la salle d'attente et la disponibilité des lits connue, c'est la cadre des urgences qui est « Bed- Manager ». En cas d'arrivée d'un nombre important de patients à hospitaliser, si nécessaire une cellule de crise est organisée pour permettre la fluidité des parcours. Le tri est réalisé par une Infirmière d'Accueil et d'Orientation formée et selon une échelle validée. Le tri et ses éléments cliniques sont tracés dans le Dossier Patient Informatisé avec la qualification immédiate de l'Identité Nationale de Santé. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont accessibles dans le dossier, y compris les résultats de biologie, les comptes rendus d'imagerie etc.. Les équipes sont formées aux logiciels métier par un référent identifié au sein de l'établissement et qui peut être appelé et intervient directement dans les services en cas de besoin. Les équipes de soins ont accès aux informations nécessaires à la prise en soin du patient à travers le DPI actuel. L'accès est facilité aux dossiers antérieurs informatisés, dès les urgences, ou même en cas de transfert interne. Les équipes médicales peuvent consulter le Dossier Médical Partagé. Elles peuvent avoir accès à des correspondants experts (douleur, addictologie, hygiène, antibiothérapie, psychiatrie avec le Centre Médico Psychologique local... En cas de démarche palliative, il y a intervention d'une équipe dédiée avec une assistante sociale, un médecin et un psychologue pour accompagner les équipes, le patient et les proches. Une évaluation complète est réalisée et des propositions de projet de soins sont réfléchies en équipe, elles prennent en compte les souhaits de la famille et du patient. L'équipe mobile de soins palliatifs est dans une dynamique de supervision actuellement. Des interventions dans les services avec les rappels

concernant l'échelle pallia 10 sont réalisées à la demande des services. Un salon des familles est disponible à l'étage pour un accueil confortable des patients et de leurs proches. Les réunions de concertation pluridisciplinaire spécifiques à la démarche palliative sont en place. Concernant la sortie, elle est anticipée au maximum et une lettre de liaison est remise aux patients à la sortie de façon quasi systématique. La lettre de liaison est complète avec les éléments requis dans la plupart des secteurs. Toutefois, la lettre de liaison d'un des secteurs de SMR ne comporte pas systématiquement le traitement d'entrée. Des actions permettant cette exhaustivité sont en cours. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Tous les patients portent un bracelet d'identification, vérifié quotidiennement, la traçabilité de cette vérification est retrouvée dans le DPI. Toutefois en Unité de Soins de Longue Durée, où les patients sont hospitalisés durant des mois, ce qui est normal dans ce type de service, les patients n'ont pas de bracelet, les équipes sont en cours de réflexion sur le meilleur moyen de sécuriser leur identité (photo dans le dossier, autre système.). Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risques et ont une liste identifiée pour l'établissement (secteur personne âgée) affichée et connue dans tous les secteurs avec un logo spécifique de type « attention » et un surlignage bleu pour identifier les molécules hypertoniques (alertes visuelles que l'on retrouve systématiquement sur l'étiquetage des bacs de rangements). Les conditions de stockages des produits médicamenteux sont respectées, sécurisées dans des armoires fermées par un code, ou fermées par une clef portée par l'IDE. Les postes de soins sont eux-mêmes sécurisés dans tous les secteurs. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et dispensation des médicaments. Sur les prescriptions informatisées dans le logiciel institutionnel, la notion de Médicaments à risques apparaît avec un logo rouge et un « i » pour donner les surveillances spécifiques, les antidotes et autres consignes concernant la molécule. On constate l'absence de produits périmés. Une procédure est disponible dans la Gestion Electronique des Documents ; et dans l'ensemble des services, on trouve un système reposant sur une alerte visuelle avec une petite fiche rouge qui indique que la date est proche. Une vérification des armoires est organisée par la PUI annuellement ; à la suite, un compte-rendu avec les résultats est adressé à l'encadrement. La gestion des stupéfiants est sécurisée avec la traçabilité des renouvellements, des dotations en place, des cahiers de contrôle contradictoire mis en place avec une traçabilité exhaustive. Le coffre est sécurisé grâce à un code, ce coffre est lui-même dans une armoire à pharmacie elle-même sécurisée. La sensibilisation des professionnels sur les Never Events et les médicaments à risque est à renouveler régulièrement dans l'ensemble des services. Toutefois, les listes sont bien affichées et les médicaments reconnaissables. Les cadres vont chercher eux-mêmes les stupéfiants pour le réapprovisionnement. Le stockage des produits dans les réfrigérateurs dédiés est respecté : température relevée, traçabilité retrouvée et bacs de rangement identifiés. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. L'étiquetage des perfusions est réalisé avec une étiquette pré imprimée : la traçabilité de la pose, du suivi et surveillance est retrouvée dans le DPI. Il est utilisé l'échelle de MADDOX pour la surveillance de la voie veineuse périphérique, échelle retrouvée également dans le dossier patient. Dans un seul secteur, il a été retrouvé un comprimé déblistéré donc non identifiable dans une cupule ; la responsable de la PUI comme l'équipe qualité vont s'assurer de la bonne connaissance de tous des règles d'une administration sécurisée. La sécurité transfusionnelle est assurée, le dépôt est un dépôt de relai et d'urgences (dépôt commun aux 2 sites, hôpital-clinique avec une convention signée et validée par le coordonnateur régional ARS). Une dotation est attribuée, la réception sécurisée dans une glacière scellée, avec des traceurs électroniques sur les poches de PSL (clignotant rouge si dysfonctionnement). La procédure en place est maîtrisée avec l'ensemble de la traçabilité requise. Le taux de destruction très faible de 0.04% et analysé. Les équipes sont formées régulièrement par les IADE. Les services maîtrisent le risque infectieux : SHA, précautions standards, respect des Equipement PI et tenue adaptée, pas de bijoux portés. Les équipes rencontrées participent aux audits internes de l'EOH qui est constituée actuellement d'une IDE formée, au vu des difficultés de recrutement médical. Des audits sont menés : un audit « lavage des mains » et un audit sur les cathéters en 2023 sauf en médecine. Des référents hygiène sont identifiés dans les services. En médecine gériatriques, des évaluations des pratiques sont menées sur les précautions standard et complémentaire (audit pulp friction, audit observationnel sur les précautions standards et évaluation de la mise en place des actions

d'améliorations qui ont été mises en œuvre ou programmées.) Concernant le risque de dépendance iatrogène, il reste à développer avec des actions de prévention et de traitement précoce des causes. Au sein de la maternité, les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post partum immédiat, et mènent régulièrement des audits. La dose de rayonnement et tous les éléments requis sont présents dans les comptes-rendus d'imagerie. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Il reste à développer les pratiques sur les résultats cliniques dans l'ensemble des services. Certaines EPP ont lieu par exemple en maternité (HPPI), ou aux urgences. Toutefois les équipes améliorent leurs pratiques avec la bonne connaissance des IQSS dont les résultats sont affichés et connus des professionnels avec la mise en place de cartographie des risques et de plan d'actions adapté aux services. Le recueil de la satisfaction est réalisé via E SATIS et les résultats sont affichés. Certains secteurs ont des questionnaires spécifiques (ex : les urgences) Il reste à développer l'expertise patient. Les réclamations, plaintes et remerciements sont recueillis avec le double de lettres de remerciements (60 en 2023) que de plaintes (28). De la même manière, les résultats sont affichés. La diffusion des actions d'amélioration est réalisée via des réunions organisées par les cadres des secteurs Il existe une dynamique de déclaration des EI, hétérogène selon les secteurs visités. Un secteur déclare peu d'EIAS, l'équipe qualité en a conscience et va les accompagner d'une manière plus soutenue avec le cadre.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	90%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

l'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Le centre hospitalier de Saint Amand en Montrond a défini ses orientations stratégiques dans un projet d'établissement actuellement prorogé. L'établissement est un centre hospitalier de territoire qui noue de nombreux partenariats et porte une attention toute particulière aux parcours des patients. C'est l'aller vers qui sous-tend la dynamique de

l'établissement. Il met en œuvre avec la clinique des Grènetières, établissement sanitaire privé, qui jouxte l'établissement un partenariat public -privé qui est développé entre autres, dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire de moyens. Une réflexion qui donne même lieu à des Comité de Retour d'Expérience est structurée avec la clinique sur les parcours patients entre les deux établissements, tout particulièrement pour les patients de traumatologie en attente d'intervention, ou ne nécessitant pas une intervention chirurgicale. Le Centre Hospitalier de Saint Amand en Montrond fait partie du GHT du Cher et à ce titre développe des parcours avec des services de spécialité : neurologie, cardiologie et psychiatrie. Une convention avec le CMP d'Orval, à la demande des urgences, permet l'intervention d'un IDE de psychiatrie auprès de patients souffrant de troubles psychiques. Des filières sont en place celle concernant l'Accident Vasculaire Cérébral avec la neurologie du CHU de Tours. Afin de répondre pour partie aux besoins de plus en plus importants des patients d'avoir un suivi médical régulier, plus de 2000 patients en Affection Longue Durée n'ont pas de médecin traitant, en accord avec l'équipe médicale de médecine très volontaire, l'établissement a ouvert en janvier 2024 une consultation non programmée permettant enfin la prise en charge de patients en recherche de médecin. Cette consultation est tenue par les médecins de médecine, au sein de l'établissement. Par ailleurs dans un village distant de Saint Amand-en- Montrond de quelques kilomètres, une autre consultation non programmée a aussi été organisée par l'établissement. Les autres partenaires du territoire travaillent dans le même sens. L'établissement et la communauté médicale sont attentifs à faciliter l'accès direct en hospitalisation pour les personnes âgées ou tout patient chronique suivi en ville ; un numéro direct est disponible tous les jours de la semaine qui permet le contact entre le professionnel de santé extérieur à l'établissement et le médecin hospitalier. Ce dispositif permet le non passage aux urgences, et une meilleure coordination des parcours. Concernant l'investissement dans la recherche, la taille de l'établissement et la patientèle accueillie très âgée ou plus jeune pour du soin palliatif ne répond pas à cet attendu. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. Le centre hospitalier de Saint-Amand en Montrond favorise l'engagement des patients. Il renseigne et est organisé pour que les patients accueillis puissent répondre à l'enquête E-Satis, il suit aussi régulièrement les résultats des questionnaires de sortie remis par les patients, avec un taux de retour moyen d'à peu près 7%. Il a créé un questionnaire spécifique aux urgences en 2019. Des boîtes à suggestion sont disponibles à l'accueil de l'établissement mais aussi aux urgences. Il n'a pas de patient expert, mais soutient la visite auprès de patients d'associations : la Vie Libre (qui s'adresse plus particulièrement des patients souffrant d'addiction) et CARAMEL (pour les patients souffrant de diabète). Il a engagé une démarche très structurée concernant la bientraitance et la lutte contre la maltraitance avec l'existence d'un groupe de travail bientraitance composé de 35 membres dont les représentants d'usagers, groupe existant depuis plusieurs années mais relancé en 2022. Ce groupe a rédigé une charte de bientraitance validée en instances, mais aussi mené un audit fin 2022 sur la bientraitance / maltraitance et leurs significations. Les résultats de cet audit ont été présentés à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Les actions prévues au programme de l'année 2024 sont de reprendre au sein des services des situations patient autour de ce thème. Les locaux sont accessibles aux personnes handicapées, Personne à Mobilité Réduite et déficients visuels comme auditifs. De nombreuses actions de communications actives sont menées auprès des patients. Des formations spécifiques à l'écoute et prise en charge des patients souffrant de troubles cognitifs sont proposées. Une attention toute particulière est portée aux personnes vulnérables, le bassin de population de Saint Amand en Montrond étant caractérisé par une population âgée, très âgée et un certain nombre de personnes précaires. Le service social de l'établissement est composé de 4 assistances sociales. Une Permanence d'Accès aux Soins est en place au sein de l'établissement, elle est ouverte et accueille des patients à la demande des urgences, ou des professionnels de santé ou social du secteur L'accès au dossier du patient est organisé ; 110 demandes en 2022, en 2023 : 89 demandes. Elles sont traitées dans un délai de 5 à 6 jours, une fois que la demande est complète. Il faut aussi mettre en relief le nombre de médiation proposée aux usagers dans le cadre de la gestion des plaintes et réclamations qui sont au nombre de 11 en 2023 ; c'est à dire environ une par mois qui permet surtout de renouer ou nouer un dialogue face à des mal communications au sein des services ou un ressenti de la part des patients. Le nombre de plaintes ou

réclamations était d'à peu près 40 par an avant la crise sanitaire et de 28 en 2023. Confère le nombre de lettre de remerciements ou félicitations qui est de 60 en 2023. Les représentants des usagers (RU) sont associés aux projets de l'établissement. Ils sont aussi les RU de la Clinique de la Grainetières établissement lié au CH et partenaire de ce dernier. Cette dualité de leur fonction facilite encore plus les échanges. Les RU ont participé à un CREX et aux patients traceurs. Ils ont un projet usager avec deux objectifs opérationnels car ils souhaitent mener à bien les actions de manière très opérationnelle en lien avec le management de l'établissement. La gouvernance fait preuve de leadership. La gouvernance à travers la CME et l'ensemble des responsables de l'établissement est impliquée dans le management de la qualité. La politique qualité et le Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Soins sont présentés en instance et discutés en comité de pilotage qualité et risques (copil) auquel participe le directeur de l'établissement. La politique qualité et ses objectifs tiennent compte de l'ensemble des analyses de risques menées et des actions qualité développées. Les indicateurs qualité comme les actions du PAQSS sont présentés aux instances ,aux professionnels, aux représentants des usagers et leurs participations sollicitées et valorisées. Il reste à développer des enquêtes culture de sécurité. La gouvernance s'assure de l'équilibre des ressources humaines quant aux besoins de la prise en charge. Différents dispositifs permettent de palier l'absentéisme : entre autres des équipes de remplacement de courte durée AS et IDE, la révision des horaires de travail en lien et en accord avec les professionnels (mise en place des 12 heures), l'appel aux retraités qui veulent bien venir faire quelques missions et un système de remplacement de dernière minute proposé aux professionnels. Des périodes de tuilage sont prévues entre certains professionnels qui travaillent alors en binôme. Il n'y pas de professionnel qui ne connaisse pas l'établissement laissé seul pour leur première prise de poste. Les managers partagent de façon régulière leur expérience lors de rencontres institutionnelles. Des formations au management sont proposées aux responsables (par exemple la formation stress et management) et les chefs de pôle ont bénéficié d'une formation spécifique à leur fonction. l'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences De nombreuses rencontres ont lieu : tout d'abord, les différents staffs dans les services, mais aussi des réunions de travail thématique qui permettent de mener certains projets. Pae exemple, la mise en place des 12 heures dans un service qui a nécessité de nombreux temps d'échanges. Un « nouveau » service de SMR a réouvert dernièrement (sur une aile 17 lits de SMR polyvalent et 4 lits de médecine), il y a quelques mois. Cette ouverture a impliqué de la même manière une démarche projet sollicitant les équipes. Les compétences des professionnels sont évaluées régulièrement, des parcours d'intégration permettent de mieux accueillir les professionnels. Une politique active de promotion professionnelle est en place. Le comté éthique a été réactivé dernièrement, toutefois le groupe de travail sur la bientraitance permet déjà d'interroger certaines pratiques ou plus particulièrement l'accompagnement de certains patients. Les actions spécifiques d'amélioration du travail en équipe reste à développer, telles le dispositif PACTE. les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance. La gouvernance déploie au sein de l'établissement une politique Qualité de Vie au Travail ; à partir d'un questionnaire concernant cette thématique, quatre axes et deux grands thèmes ont été définis. Sont travaillés tout particulièrement la fluidification des relations agent/ manager et comment faciliter et rapprocher le lien vie professionnelle et vie personnelle. Un groupe de travail pluriprofessionnel a été mis en place et a réfléchi à l'accueil du nouvel arrivant. Pour tout d'abord « attirer » les professionnels puis les fidéliser, il faut être en capacité de donner à ce temps d'accueil toute l'importance qu'il doit requérir, celle d'une première perception d'un établissement et de sa vie d'équipe. Des temps d'accueil sont donc organisés chaque dernier vendredi de chaque mois Une dizaine de personne y sont conviées, des fois un peu moins, la direction y participe systématiquement, un diaporama présentant l'établissement est projeté. Cela permet un retour à chaud sur le vécu de leur prise de poste. Des dispositifs permettant de mieux répondre aux attentes des professionnels tout en assurant la continuité des soins sont en place. Un premier groupe de travail dans un des services de l'établissement a travaillé sur les 12 heures en journée, mis en place dans un deuxième temps après approbation des équipes. Un groupe travaille sur la mobilité interservices, qui auparavant était obligatoire après un certain temps dans un service mais ne l'est plus. Des journées d'immersion sont proposées aux

professionnels déjà en place mais souhaitant changer de service, elles sont aussi proposées aux professionnels désirant rejoindre l'établissement. En cas de conflit, différentes mesures sont en place. Dans un premier temps, le conflit se règle au plus près des professionnels via l'encadrement, puis en cas de non résolution, cela remonte à la direction. Enfin, si le conflit n'a toujours pas pu être résolu, un intervenant extérieur, médiateur est sollicité. Des temps de team building sont proposés : une journée foot/ tournoi avec un autre établissement du GHT, un projet culture toujours avec le GHT. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques. Il a identifié les risques de tensions hospitalières et les situations sanitaires exceptionnelles. Une cartographie des risques menée identifie tout particulièrement certains risques pouvant impacter le CH vu sa configuration géographique : incendie, accident ferroviaire et ou de la route, inondation et risque nucléaire et chimique. Dans le cadre d'une tension liée à la surcharge de patients aux urgences et des besoins en lit, une cellule de crise est rapidement organisée pour fluidifier le flux et les parcours patients. Des exercices de crise sont organisés au moins une fois l'an. Le plan des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) de l'établissement se coordonne avec le dispositif Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations exceptionnelles (ORSAN) AMAVI (Accueil Massif de Victimes non contaminées) et la qualification des catégories d'établissement. L'établissement participe régulièrement à des exercices SSE par exemple en 2023 « attaque terroriste dans un lycée » organisé entre autres par la Préfecture du département. Un exercice cyber attaque a été organisé dernièrement par l'établissement. Des retours d'expériences ont lieu après chaque exercice ou déclenchement d'une cellule de crise dû à un événement majeur (inondation du bloc de la clinique en décembre 2023 où se situe la salle de césarienne louée par le centre hospitalier). Un stock de dix lits supplémentaires équipés peut être déployés si nécessaire. Un plan de sécurisation de l'établissement est en place et les situations à risques pour l'établissement connues. L'accès des urgences est un accès sécurisé et protégé avec un sas d'accueil. La maternité qui est sise dans le bâtiment neuf où se situent les locaux de la Clinique est fermée la nuit ; les parturientes savent comment y accéder et où se présenter. Les consommations d'énergie sont suivies, et une politique de développement durable est en place. Un référent Développement Durable est nommé par la gouvernance, il anime un groupe constitué de personnels volontaires représentant la pluralité des métiers à l'hôpital. Ils se réunissent quatre fois dans l'année, travaillent sur des thématiques précises et proposent un état des lieux des actions engagées dans le plan d'action porté par la gouvernance. Ces professionnels sont aussi présents dans chaque service et servent à sensibiliser sur l'écoresponsabilité. Des filières existent pour chaque type de déchet. L'établissement dispose d'un système de compostage par un lombricomposteur depuis 10 ans ce qui permet aux professionnels, du moins à ceux qui le souhaitent d'avoir de l'engrais. Un dispositif de cogénération par récupération de chaleur existe qui permet de produire de l'électricité. La blanchisserie est raccordée à une chaufferie centrale. Toutes actions de fond qui structurent l'évolution de l'établissement. Concernant la prise en charge des urgences vitales, un numéro unique existe, il est accessible car visible instantanément, et est connu des professionnels. Le matériel nécessaire est disponible dans des chariots d'urgences, Les IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'état)de l'établissement qui sortent en SMUR mais prennent en charge aussi les parturientes de la maternité quand nécessaire, forment les équipes aux gestes d'urgences (ils sont formateurs AFGSU pour une partie de l'équipe IADE). Ils réalisent avec un médecin de l'établissement des exercices de mises en situation régulièrement. En maternité, c'est l'ensemble de l'équipe y compris les aides puéricultrices qui a été formé à la réanimation du nouveau-né. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La gouvernance s'assure que les équipes aient à leurs dispositions les recommandations de bonnes pratiques. L'établissement diffuse régulièrement les résultats des IQSS, dans l'ensemble des instances y compris en Commission Des Usagers dont les préconisations sont prises en compte et nourrissent le plan d'action qualité. Ces résultats sont aussi présentés en réunion cadres. Ces derniers sont affichés dans l'ensemble des services avec une personnalisation suivant le service et les actions engagées. Ces résultats sont régulièrement présentés par le cadre à son équipe et analysés. Ils ont donné lieu à des actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS de l'établissement : la révision des protocoles douleur, des

audits pulp friction, la modification de la trame de la lettre de liaison. Les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins sont définis dans une politique qualité, et tiennent compte de l'analyse de l'ensemble des éléments, données et risques connus. La gouvernance par le biais du directeur d'établissement s'implique directement dans le management de la qualité en participant au COPIL qualité qui permet entre autres de faire la revue des événements indésirables. La gestion de la déclaration et de l'analyse des évènements indésirables est bien structurée. Les EIG donnent lieu à une analyse collective lors de RMM ou CREX (Un CREX inter-établissement a même été réalisé) , analyse réalisées par des professionnels formés à la méthode ORION. Les résultats sont présentés en CDU, ainsi que le bilan des EI. De nombreuses cartographies des risques ont été élaborées, dans l'ensemble de services ou secteurs et leurs résultats partagés avec les équipes concernées. Pour ce qui concerne le service des urgences, la cadre qui est bed manager participe à la fluidification des parcours patients qui doivent être hospitalisés au sein de l'établissement par sa connaissance des lits disponibles mais aussi lors de transferts, car elle est en lien avec la gestion des lits du GHT. L'établissement soutient la démarche d'accréditation des médecins de spécialités à risque, le nouveau chef de service de la maternité s'est engagé dans le dispositif. 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 : Sécuriser le circuit des médicaments Maitriser le risque de dépendance iatrogène ; Renforcer la démarche qualité (évaluation des pratiques, déclaration des EIAS).

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	180000069	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT- AMAND- MONTROND	44 avenue jean jaures 18200 Saint-Amand-Montrond Cedex FRANCE
Établissement principal	180000283	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT- AMAND- MONTROND	44 avenue jean jaures BP 180 18206 Saint-Amand-Montrond Cedex FRANCE
Établissement géographique	180004673	USLD CROIX DUCHET	Rue de la croix duchet 18200 Saint-Amand-Montrond FRANCE
Établissement géographique	180003386	USSR CROIX DUCHET	Rue de la croix duchet 18200 Saint-Amand-Montrond 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	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,458
Nombre de passages aux urgences générales	15,269
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	85
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	15
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	1
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	7
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	1
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	5
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	63
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	41
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	Patient traceur			
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			
4	Audit système			
5	Parcours traceur			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
15	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé	

			Tout l'établissement	
16	Traceur ciblé			EI
17	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
18	Traceur ciblé			samu smur
19	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
20	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
21	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Urgences	

			Tout l'établissement	
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
25	Traceur ciblé			transfusion
26	Traceur ciblé			bloc
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
30	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Audit système			
34	Audit système			
35	Audit système			
36	Audit système			
37	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière	

			<p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
38	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
39	Patient traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
40	Patient traceur		<p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
41	Audit système			
42	Patient traceur		<p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
43	Traceur ciblé			<p>Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable</p>

44	Audit système			
45	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
46	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
47	Audit système			
48	Parcours traceur		Maternité Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

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

