



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**GHT HAUTE LOIRE -  
CENTRE HOSPITALIER  
EMILE ROUX**

12 boulevard du docteur chantemesse  
43012 Le Puy-En-Velay



Validé par la HAS en Septembre 2024

---

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



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

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
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 2024	20
Annexe 3. Programme de visite	21

# 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 sous conditions de l'établissement.

# Présentation

GHT HAUTE LOIRE - CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX	
Adresse	12 boulevard du docteur chantemesse 43012 Le Puy-En-Velay FRANCE
Département / Région	Haute-Loire / 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	430000117	GHT HAUTE LOIRE - CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX	12 boulevard du docteur chantemesse 43012 Le Puy-En-Velay FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

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

# Champs d'applicabilité

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

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

# Chapitre 1 : Le patient

Le Centre Hospitalier EMILE ROUX, situé au centre de Puy-En-Velay, est composé de 471 lits et 90 places répartis en cinq pôles, en hospitalisation complète et hospitalisation de jour. L'établissement assure une activité chirurgicale, de médecine, d'obstétrique en niveau 2, de soins médicaux de réadaptation, d'urgence (SAMU) et d'un service HAD. Le patient reçoit une information claire et adaptée, avec la recherche systématique de son consentement en adaptant son degré de discernement. La réflexion bénéfice/risque est discutée avec le patient pour tout acte compris pour les prises en charges spécifiques (accompagnement personnalisé dans le cadre du dispositif Récupération Rapide Après Chirurgie), tracée dans le dossier patient informatisé (DPI), avec une analyse personnalisée des risques liés à sa santé (amputation, risque infectieux, tabac, prévention solaire, fausse-route...). En service de maternité, le projet de naissance est élaboré pour les parents le souhaitant, avec un accompagnement de l'équipe soignante. En service de pédiatrie, le patient mineur est invité à exprimer son avis sur sa prise en charge, en accompagnement de ses parents. L'établissement détient des lits identifiés soins palliatifs, permettant aux patients d'accéder aux soins palliatifs. Trois chartes (droits des patients, Romain Jacob, charte de l'enfant hospitalisé) sont affichées dans les unités et le patient bénéficie d'actions d'informations, d'actions éducatives adaptées (insuffisance rénale, cardiologie...), qui favorisent son implication dans sa prise en charge (information sur l'éducation thérapeutique). Des supports d'information en santé publique sont mis à disposition des patients dans les espaces communs et dans les services. Le livret d'accueil est transmis dans l'unité de soins et à la consultation de chirurgie, avec une information donnée par le personnel soignant. Certains documents papier (consentement, autorisation parentale, personne de confiance...), dont la personne de confiance intègre le DPI, après avoir été scannés. Les informations sur le droit à rédiger ses directives anticipées figurent dans le livret d'accueil, avec la possibilité de faire valoir sa décision. En USLD, des ateliers spécifiques sur les directives anticipées sont organisés (café des familles). Cependant, les directives anticipées ne sont pas toujours tracées dans le DPI, dès lors qu'elles ont été rédigées. Les actes transfusionnels ne font pas l'objet de transmission de supports d'informations et explications préalables sur les risques encourus (TRALLI et TRACO). En ambulatoire, le patient est informé préalablement des modalités de sa prise en charge via des SMS en tenant lieu d'appel de la veille. Chaque acte (pose de DMS, soins palliatifs) ou prise en charge (ambulatoire, transfert en HAD) est accompagné préalablement d'information au patient et tracé dans le DPI. La sortie du patient est préparée en amont et l'ensemble des documents nécessaires à son retour à domicile ou transfert sont transmis au patient (actes, dispositifs médicaux). Les représentants des usagers et associations de bénévoles sont affichés dans toutes les unités et figurent dans le livret d'accueil ; ils organisent des permanences dans le hall d'accueil, mais ne sont pas connus par l'ensemble des patients rencontrés. Les modalités de déclaration d'une réclamation ou de signalement d'événement indésirable ne sont pas connues des patients rencontrés. L'établissement recueille l'adresse email de chaque patient pour le questionnaire E-Satis et des questionnaires spécifiques à chaque secteur sont réalisés (hémodialyse, laboratoire, centre de prélèvement...). La dignité et l'intimité du patient sont respectées, à travers le comportement des professionnels, malgré une architecture avec de multiples extensions (porte des chambres fermées sauf à la demande du patient, paravents dans les chambres doubles et box hormis en service de jour oncologique qui devrait être réaménagé...). L'établissement accueille des patients mineurs, principalement en service de pédiatrie, où les parents sont informés et impliqués dans la prise en charge de leur enfant, avec un environnement adapté (circuit en voiture enfant jusqu'au bloc proposé). En chirurgie ambulatoire, les patients mineurs sont accueillis dans deux chambres dédiées et un projet architectural est en cours. Dans les situations de handicap, les besoins et préférences du patient sont prises en compte par les professionnels et tracés dans le DPI et des aides techniques sont mises à disposition (fauteuils,

équipements adaptés...) et les professionnels participent activement au maintien de son autonomie (« parcours ludique de marche »), ainsi que pour la personne âgée. Les règles de confidentialité sont connues des professionnels et appliquées (office de soins fermés, veille systématique sur les ordinateurs portables...). La prescription de contention fait l'objet d'une analyse bénéfice/risque systématique, tracée dans le DPI et des alternatives sont d'abord envisagées après analyse somatique. La pertinence de son maintien est systématiquement réévaluée. La prise en charge de la douleur se traduit par une évaluation systématique (cible d'entrée), avec une explication des échelles utilisées. Cependant, les réévaluations ne sont pas toujours retrouvées dans le DPI. De plus, tout « si besoin » n'est pas toujours accompagné d'une échelle référencée. Les aidants peuvent être sollicités et sont impliqués, à la demande du patient, en étant informés durant toute sa prise en charge (rencontre systématique avec le médecin et cadre lors de l'admission en SMR, référent par patient en USLD, facilités horaires dans plusieurs services...). Dans les situations le nécessitant, des dispositions sont prises pour faciliter l'accompagnement du patient (lit accompagnant, salon d'accueil, plages horaires de visite spécifiques). L'intégration de lits identifiés soins palliatifs dans certains services (pneumologie, médecine interne) et en unité de soins palliatifs permettent l'accès à des salons d'accueil des familles. Un service social accompagne tout patient en précarité sociale, en tenant compte de ses conditions de vie (PASS, PASS dentaire, référent CADAs). L'établissement adapte la prise en charge du patient vivant avec un handicap (assistant en gérontologie en UHR, kinésithérapeute, diététicienne). Pour les patients vivant un handicap, une évaluation initiale et une réévaluation hebdomadaire de l'autonomie est réalisée (Braden, score chute). Les patients mineurs porteurs de maladies chroniques bénéficient d'un suivi éducatif (service d'hémodialyse). En USLD, les équipes contribuent à la préservation du lien social et familial (café des familles, accompagnement des aidants par la sophrologue, évènements festifs). La préparation à la sortie est anticipée. Dans certaines situations, une visite préalable à domicile est réalisée (étude de faisabilité de la dialyse péritonéale par une IDE).

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Avant toute hospitalisation, dès la consultation médicale, le patient est informé de sa prise en charge. Dès l'hospitalisation, le projet de soins est établi pour chaque patient, avec la participation de l'ensemble des professionnels (médical, paramédical, rééducation, éducation, social, diététique et médico-technique) et celui-ci est régulièrement actualisé, en tenant compte des besoins du patient (staff hebdomadaire, protocolisation de la filière neuro-vasculaire). Tout au long de son séjour, plusieurs staffs de concertation (relèves médico-soignantes quotidiennes, Réunions de Concertation Pluridisciplinaires à chaque étape du parcours) sont organisés régulièrement avec l'ensemble des professionnels (médical, paramédical, rééducation, diététique et psychologique). Le suivi de grossesse et de la prise en charge de l'accouchement s'appuie sur un logiciel spécifique, en interface avec le DPI de l'enfant. Les orientations par le SAMU sont argumentées avec l'équipe d'aval. La pertinence de l'admission via la plateforme « Trajectoire » et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein des staffs hebdomadaires, avec un regard pluriprofessionnel. Un transfert en HAD peut être initié à la demande du patient ou de son entourage dès son admission, après une analyse préalable d'éligibilité. Une analyse des transferts en HAD est réalisée. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée, accessible sur le DPI. Un livret thérapeutique est mis à la disposition des prescripteurs, avec l'association de deux pharmaciens référents antibiotiques et d'un infectiologue (« staff hémoculture » hebdomadaire, EPU, formations internes, participation à des congrès en infectiologie par les prescripteurs). La prescription est réévaluée à la 24<sup>ème</sup> et 72<sup>ème</sup> heure, par un effet bloquant sur le DPI. L'analyse de la pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est en partie effective. Au SAMU, le travail d'équipe du médecin régulateur et des ARM est effectif. Cependant, le protocole concernant le fonctionnement de la régulation médicale des appels n'existe pas, ce qui a été rectifié par l'établissement durant la visite. De plus, le bilan de l'analyse régulière des dossiers par l'équipe SMUR n'est pas réalisé. En service d'urgences, les circuits sont identifiés par profil patient (enfant et handicap priorités, circuit court, circuit long, déchocage, patients debouts ou couchés...), avec une gestion des lits par une infirmière référente dédiée (bed-manager). Les IAO sont formés, ainsi qu'à la délégation de prescriptions d'imagerie pour les traumatismes mineurs, selon un protocole établi et validé. L'équipe d'urgence suit l'état des lits, via une application informatique mise en place récemment. Le dossier patient principalement informatique (quelques documents papier : dossier per-opératoire), alimenté tout au long du séjour, est accessible à l'ensemble des professionnels en temps utile, très ergonomique avec plusieurs interfaces. Il permet ainsi la coordination des équipes pluridisciplinaires autour du projet de soins. Quelques profils de patients qui ont été identifiés ou à la demande des praticiens font l'objet d'une conciliation médicamenteuse. En cas de manque de lits en service de pédiatrie, le personnel du service accompagne les professionnels pour la prise en charge des mineurs. L'établissement, en partenariat avec le CHU de Clermont-Ferrand, le CHU de Saint-Etienne, le CH en santé mentale (visite d'un pédopsychiatre une fois par semaine, télé-expertise en cardiologie) et les autres partenaires de son territoire, peut faire appel à un réseau d'experts selon ses besoins, ainsi qu'en interne (EOH, référent antibiotique, CLUD, EMASP, soins de support...). Un support informatique est partagé entre les unités et le bloc opératoire, pour faciliter la coordination des équipes et permettre la priorisation des urgences en temps réel. La check-list commune à tous les secteurs, mais spécifique pour certaines interventions est utilisée de manière conforme (time-out, toutes les étapes), avec un taux d'exhaustivité maximale. A ce titre, un questionnaire, en cours d'analyse, a été diffusé aux professionnels pour redonner du sens à l'intérêt de remplir la check-list. Cependant, il n'y a pas de recueil et analyse structurés des déprogrammations (actions de reprogrammation au fil de l'eau dans un délai court), ni d'analyse des NO GO. Pour le mineur, le carnet de santé est complété et expliqué aux parents par le médecin avant sa sortie, avec d'autres documents. Pour les patients en fin de vie, à leur demande, la démarche

palliative est mise en place soit en unité de soins palliatifs, soit en lits identifiés soins palliatifs, par des professionnels formés (DU soins palliatifs, DU douleur), avec l'intervention des soins de support si besoin, des RCP et staff hebdomadaires pluridisciplinaires. L'organisation de la sortie est anticipée. Une fiche de liaison spécifique est transmise aux professionnels de ville lors de la sortie du patient, ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation et traitement au médecin traitant. Cependant, la lettre de liaison n'est pas toujours remise au patient le jour de sa sortie ; elle est quelquefois envoyée 15 jours après au médecin traitant. L'identitovigilance est respectée par les professionnels, à travers des procédures connues (INS à l'admission, port d'un bracelet rouge aux urgences puis bleu en secteurs d'hospitalisation), une cellule d'identitovigilance active et leurs comportements vigilants des professionnels. Les correspondants vigilants réalisent un rapport annuel. La coordination avec les structures régionales et nationales est effective, mais les professionnels n'ont pas identifiés les correspondants. La prescription est informatisée et répond aux règles de bonnes pratiques (paramétrage dans le DPI). La délivrance est réalisée par une dotation globale par service, avec une revue annuelle de cette dotation. L'analyse pharmaceutique (niveau 2) est réalisée quotidiennement (procédure spécifique) pour tout patient entrant ou toute modification de prescription, mais elle n'intègre pas le Dossier Pharmaceutique. Les interventions pharmaceutiques sont tracées. L'administration des médicaments répond aux bonnes pratiques respectées par les professionnels, avec une traçabilité pour la non administration. Le médicament à risque est identifié par un logo tout au long du circuit jusque dans le DPI. Les listes sont établies par grand secteurs, connues des professionnels, mais elles ne sont pas toujours adaptées à l'activité des services (pédiatrie, bloc d'accouchement et néonatalogie mais l'établissement a remédié à ces erreurs durant la visite). Les professionnels ont été formés à leur utilisation. L'approvisionnement en dotation globale et l'accès aux produits de santé ne respectent pas toujours les bonnes pratiques (approvisionnement dans des caisses ouvertes). L'établissement a mis à disposition des services, durant la visite, des malles scellées pour l'approvisionnement. Les locaux dans les services sont fermés et un relevé des températures des armoires de stockage des médicaments thermosensibles... est réalisé. Cependant, le stockage n'est pas toujours sécurisé dans tous les services (médicaments retrouvés au-dessus de l'armoire mobile de distribution sans protection, médicaments dans un même réfrigérateur des biberons et médicaments en néonatalogie, mallette de thrombolyse non sécurisée). L'établissement a pu, pour les services de médecine et chirurgie, sécuriser ces stockages durant la visite (médicaments disposés dans l'armoire mobile fermée). Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie dans certaines situations. La transfusion respecte les bonnes pratiques par des professionnels formés. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de lavage des mains (équipe opérationnelle d'hygiène dynamique et proche du terrain, plusieurs évaluations des pratiques, atelier Pulp Friction, mise à disposition des SHA dans toutes les secteurs...). L'EOH, avec des correspondants dans toutes les équipes, assurent régulièrement des audits sur les précautions standards et complémentaires dans toutes les unités de soins et sur les plateaux médico-techniques (formation, audits, contrôles bactériologiques, procédures, « livre de vacances sur les précautions standards » ...). L'EOH accompagne les équipes lors de la mise en place de précautions complémentaires si besoin. Les secteurs interventionnels respectent les bonnes pratiques d'hygiène per-opératoires (bloc opératoire et endoscopie), avec le respect de la marche en avant, des procédures de traitements des dispositifs médicaux et le suivi de la formation des professionnels. L'antibioprophylaxie fait référence au guide d'antibiothérapie/antibioprophylaxie et est respectée par les prescripteurs (prescription en consultation anesthésique, protocole en salle opératoire, quick audit et traçabilité). Les dispositifs médicaux invasifs sont recensés et connus des professionnels, qui en assurent le traitement (formation DU pour une IDE) et le suivi microbiologique des endoscopes est assuré. Chaque pose est tracée dans le DPI, avec la référence de l'endoscope. Des contrôles microbiologiques sont effectués par l'EOH et connus des professionnels. Les professionnels de bloc opératoire respectent les bonnes pratiques per-opératoires. L'autorisation de la sortie de SSPI n'est pas toujours tracée, mais l'établissement a su rectifier ce constat en visite (score d'Aldrète ajouté sur la fiche de surveillance). L'évaluation des risques de dépendance iatrogène n'est pas systématique et est incomplète selon les services. Des campagnes vaccinales sont régulièrement menées par l'EOH et

pharmaciens auprès des professionnels, avec des facilités pour la prise en charge vaccinale (enquête sur les freins à la vaccination). Les rayonnements ionisants sont maîtrisés dans les secteurs interventionnels (port effectif des dosimètres passifs et actifs, protections disponibles), avec le personnel adéquate (réfèrent PCR et professionnels formés). Les compte-rendu comportent les doses reçues par le patient. En service de maternité, les procédures d'urgence sont connues des professionnels, mais il a été constaté l'absence de centralisation du matériel nécessaire à la gestion de l'hémorragie post-partum immédiate, ce qui a été rectifié durant la visite. Dans l'unité ambulatoire, la sortie, après l'application du score de Chung, est validée par un médecin. Le transport intra hospitalier est structuré (équipe sectorisée pour les urgences ou centralisée, régulation par un réfèrent dédié et traçabilité des transferts), avec des professionnels formés à la confidentialité, le confort, l'hygiène et gestes d'urgence. Les résultats cliniques font l'objet d'analyses régulières permettant l'amélioration des pratiques professionnelles (restriction hydrique, profil et flux de patients aux urgences) sur certaines équipes. La satisfaction du patient est sollicitée principalement à travers l'analyse des questionnaires de sortie et questionnaires spécifiques (hémodialyse, laboratoire), qui ont permis la mise en place d'actions de la part des équipes. Cependant, l'expérience patient n'est sollicitée que dans certains services (UNV, livre d'or en réanimation, nouveau modèle de télécommande TV en SMR...). Les IQSS et EI sont transmis aux professionnels par unité (QualNet). Ils font l'objet de réflexion d'équipes avec propositions d'amélioration. Tout évènement indésirable (EI) est préalablement analysé en première intention par la cellule de gestion des risques médico-soignant (CAFEI), qui identifie la thématique lors de ses réunions hebdomadaires, puis désigne un pilote pour le traitement de l'évènement (détermination du niveau de criticité et le choix de l'analyse des causes), avec un accompagnement méthodologique (méthode ALARM ou ORION). Les professionnels concernés par l'évènement participent au traitement de l'EI, déterminent les écarts et sont force de proposition des actions d'amélioration. Chaque équipe suit les plans d'actions d'amélioration de leur service. Les équipes de soins critiques n'assurent pas le suivi des refus d'admissions, via un registre, ni des ré hospitalisations de 48 h et 72 h. Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list, malgré la complétude de remplissage et ont réalisé des analyses du NO GO. Les activités de biologie médicale et les activités d'imagerie suivent les délais de rendus des résultats aux services de soins qu'ils partagent périodiquement avec les équipes. L'établissement prélève en moyenne quatre donneurs par an et une petite activité de cornées en post mortem. La chambre mortuaire est équipée d'une salle de bloc sous pression pour le prélèvement des cornées et une infirmière coordinatrice est formée. Les indicateurs de l'Agence de Bio Médecine sont suivis et des actions d'amélioration sont déclinées. La promotion du don est réalisée.

## Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier Emile Roux a historiquement un fonctionnement en tant qu'établissement support d'un GHT, acteur dynamique au sein de son territoire de santé (projet médical de territoire), avec l'organisation de réunions de coordination dans une logique de parcours territoriaux. La démarche « d'aller vers » promue par la gouvernance se traduit par des collaborations effectives avec cinq CPTS du territoire, pour un maillage ville/hôpital consolidé. De plus, plusieurs équipes mobiles sont opérationnelles sur le territoire (EOH couvrant 46 établissements, EMASP, équipe de plaie et cicatrisation, ELSA...). L'HAD qui vient d'agrandir son territoire à des communes du sud Puy de Dôme et du Cantal. L'établissement a répondu à un appel d'offre ARS pour proposer un renfort IDE nuit rattaché au service des urgences pour répondre aux demandes de dix-neuf EHPAD, afin d'éviter les passages aux urgences (questionnaire clinique remplir) des personnes âgées et proposer si besoin des entrées directes en services d'hospitalisation. Il existe un contact direct des praticiens (mise à disposition des coordonnées téléphoniques auprès des correspondants). L'établissement recueille à l'admission l'adresse mail de chaque patient pour le questionnaire E-Satis et pour des enquêtes spécifiques à chaque secteur sont réalisées (hémodialyse, réanimation, laboratoire, centre de prélèvement...). L'analyse est réalisée avec la participation des représentants des usagers, dont certaines de leurs propositions sont retenues (CDU restreinte cinq fois par an). De plus, les représentants des usagers participent à des groupes de travail (« recherche d'axes d'amélioration », « Handicap »). Des journées thématiques sont organisées par l'établissement auprès des patients (cancérologie, insuffisance rénale, journée du goût). Onze programmes d'éducation thérapeutique ont été mis en place, avec la collaboration de patients experts (diabétologie, obésité, post-AVC, addictologie, douleur, ORL...). L'établissement a développé une communication centrée sur le patient, à travers la communication grand public via les médias locales, réseaux sociaux locaux (ILLIWAP), plusieurs labels (IHAB, Obésité, Don d'organes) et une maison des usagers assurant des permanences dans le hall d'entrée. Des formations centrées sur la communication (communication positive, bientraitance, toucher relationnel, communication non verbale, soutien des familles, droits des patients, langage des signes...) sont organisées. Des médiateurs médicaux et paramédicaux et les RU peuvent intervenir en cas de réclamation orale ou écrite, avec une réponse systématique au patient. La culture de bientraitance est promue dans l'établissement, à travers les comportements professionnels, valeur de l'établissement. A ce titre, un repérage préalable des risques impactant sur la bientraitance a permis d'établir des actions d'amélioration à partir d'un questionnaire. Cependant, l'identification des professionnels n'est pas systématique dans l'ensemble des services de soins. Les professionnels ont une vigilance professionnelle face aux situations de maltraitance. Cependant, la gouvernance n'a pas diffusé des recommandations de bonnes pratiques et d'outils de repérage et prévention de la maltraitance. Les cas de maltraitance ne sont pas suivis annuellement à partir du PMSI. Durant la visite, un tableau d'identification des situations de maltraitance a été élaboré. La structure de l'établissement facilite l'accès à toute forme de handicap (places de parking, accès PMR sur l'ensemble de l'établissement, ascenseurs sonores). Deux référents handicap ont été nommés. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables par l'intervention d'un service social, en lien avec les structures du territoire. Des dispositifs d'accès aux droits du patient vulnérable ont été mis en place (PASS, PASS dentaire, ELSA, référent CADAs du territoire, planning familial...). Toute demande d'accès au dossier patient est tracée et évaluée respectant les délais qui sont suivis, facilité par un agent dédié à cette fonction (PCRUI). L'établissement soutient la participation à la recherche clinique, avec une unité de neuf professionnels dédiés à cette activité (projets « APAISE », « PAS à PAS », « LUMEEN », sur la traction cervicale...), en collaboration avec les CHU ou établissements de la direction commune ou GHT, ainsi que les publications des praticiens par un appui logistique. L'établissement permet aux patients du territoire d'accéder à des thérapies ou prises en

charge innovantes (neuf protocoles et soixante études ouverts). Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de l'établissement, par leur participation aux instances (CLIN, CLAN, CLUD) en étant force de proposition, aux projets institutionnels (projet des usagers), aux CDU restreintes (analyse des questionnaires et réclamations) et groupes de travail sur certains thèmes (handicap). Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont communiqués en CDU. La politique qualité et gestion des risques est déclinée en plan d'actions, qui est présenté aux instances, avec une campagne de communication dans les unités (lettre mensuelle), en s'appuyant sur les référents qualité des unités de soins. Les professionnels investis connaissent les résultats les concernant et participent à leur analyse et préconisations d'actions d'amélioration (référents qualité dans chaque service). Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et la sécurité organisées au sein de l'établissement et les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connus. Le développement de la culture sécurité a fait l'objet de plusieurs mise en situation, mais n'a pas été évaluée globalement. L'adéquation entre les besoins et les ressources humaines est organisée et graduée en fonction de la charge de travail (pool de remplacement, utilisation d'heures supplémentaires valorisées via HUBLO, vacataires). Le nouvel arrivant suit un parcours d'intégration (journée du nouvel arrivant, « tuilage » des professionnels, formation des référents sur plusieurs thèmes). Par ailleurs, un programme managérial pour l'encadrement soignant est proposé et un séminaire a été organisé pour les chefs de pôle, cadres supérieurs de santé et l'équipe de direction. De nombreux échanges réguliers entre professionnels (médical, paramédical, rééducation, social, diététique, médico-technique et soins de support) permettent d'inscrire un travail en équipe autour de la prise en charge du patient (staff, RCP, réunions de services). La mise en place d'un COPIL « ponctuel » permet de traiter des situations difficiles latentes. Cependant, Les professionnels ne sont pas sensibilisés au travail en équipe par des mises en situation sur leurs relations interpersonnelles. L'évaluation des compétences s'appuie sur des grilles d'habilitation dans certains services. Les compétences sont régulièrement évaluées (entretien professionnel), permettant de réfléchir sur les évolutions de carrières promues et l'acquisition de compétences études promotionnelles). Le questionnement éthique est discuté entre professionnels au sein des services, n'associant pas les représentants des usagers. L'équipe en souffrance peut faire appel à une ressource externe (psychologue), mais peu connus par les professionnels. Il n'existe pas de cadre opérationnel via un comité éthique, qui est en cours de constitution. La politique QVT s'est appuyée sur le questionnaire (baromètre social) adressé aux professionnels pour déterminer les actions d'amélioration (crèche hospitalière, psychologue au service santé au travail, cafés DRH, formation Pilate, yoga, massages...), avec la participation des instances sociales. Une collaboration forte avec le service de santé au travail (CLACT) permet entre autres le suivi des postes aménagés. Des ressources externes sont mises à la disposition des équipes pour la gestion de conflits interpersonnels (psychologues), mais ils ne sont pas toujours connus de tous les professionnels. La gestion des tensions hospitalières est effective et des exercices de crise (« tuerie de masse » en 2023, en collaboration avec la gendarmerie, les pompiers et la préfecture, suivi de RETEX) ont été réalisés avec les professionnels alors sensibilisés. La dernière mise à jour du plan blanc date de février 2023. Les accès aux bâtiments sont sécurisés (poste de sécurité à l'entrée 24h/24h, vidéo surveillance, accès par digicode, agent de sécurité aux urgences), ainsi que les secteurs protégés (badges). L'établissement est clôturé. Un plan de sécurisation a été établi. Les consommations générales sont suivies par l'établissement. Les filières déchets se déclinent par le tri de certains conditionnements. Cependant, il a été constaté dans plusieurs services un même container pour les DASRI et DAOM, avec des locaux qui ne sont pas toujours identifiés. L'établissement a réalisé un diagnostic initial, suivi d'un plan d'actions (« plan de sobriété énergétique »). Une conseillère écologie et environnement est en place depuis septembre 2023 et a rencontré les professionnels concernés, avec un projet de nommer des référents par service qui est en cours. La procédure d'urgence vitale, avec un numéro unique "sécurité", est structurée et connue des professionnels formés régulièrement (suivi par les cadres et spécificité de l'USIC avec une formation CESU SIC de l'équipe) et les chariots d'urgences scellés et contrôlés mensuellement sont harmonisés (un chariot pédiatrique spécifique), mais des exercices de simulation n'ont pas été réalisés pour l'ensemble des professionnels. L'établissement favorise les recommandations de bonnes pratiques (veille

réglementaire, abonnements à des revues médicales, réseau ONCAURA...), à travers leurs diffusions et son soutien à tout appel à projet. Les EPP, RMM et CREX sont développés à chaque situation le nécessitant, avec l'implication des professionnels (référénts qualité par service) de manière hétérogène selon les services. Les équipes n'évaluent pas les résultats des indicateurs d'alerte par des revues de pertinence des admissions et des séjours. Les représentants des usagers ont été associés à différents groupes de travail relatifs à l'expression patient, ainsi qu'aux enquêtes de satisfaction et leur participation au sein de l'établissement est sollicitée, avec la prise en compte de leurs suggestions. Cependant, les professionnels ne connaissent pas les recommandations établies par la CDU et dans certains services les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience patient. Les IQSS ont été présentés en instances et diffusés par unité, affichage et lettre mensuelle par agent, pour une exploitation au sein des équipes, alimentant ainsi le PAQSS. Les professionnels et les représentants des usagers connaissent les événements indésirables associés aux soins. Tout événement indésirable (EI) est préalablement analysé en première intention par la cellule de gestion des risques médico-soignante (CAFEI), qui choisit la thématique lors de ses réunions hebdomadaires, puis désigne un pilote pour le traitement de l'évènement (détermination du niveau de criticité et le choix de l'analyse des causes), avec un accompagnement méthodologique (méthode ALARM ou ORION), démontrant une réelle culture de déclaration EI. Le service des urgences suit l'état des lits, via une application informatique mise en place récemment par une infirmière référente dédiée (bed-manager), pour permettre la fluidité du parcours intra-hospitalier. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à (1) Centraliser le matériel nécessaire pour les hémorragies du post-partum et évaluer le dispositif (2) Vérifier la complétude des éléments constituant la check-list et pérenniser l'analyse des GO/NO GO (3) Diffuser les recommandations de bonnes pratiques ainsi que les outils de prévention et de repérage de la maltraitance (4) Définir et mettre en place un cadre opérationnel pour la démarche éthique (5) Protocoliser le fonctionnement de la régulation médicale des appels au SAMU et évaluer le dispositif Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.

# 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	430000117	GHT HAUTE LOIRE - CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX	12 boulevard du docteur chantemesse 43012 Le Puy-En-Velay FRANCE
Établissement géographique	430005983	CH EMILE ROUX-SLD	12 boulevard du docteur chantemesse 43012 Le Puy-En-Velay FRANCE
Établissement principal	430000018	CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX LE PUY	12 boulevard du docteur chantemesse 43012 Le Puy-En-Velay FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
3	Audit système			
4	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

8	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte 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	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

12	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
13	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>	
14	Parcours traceur		<p>Maternité</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
15	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
17	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
18	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
19	Traceur ciblé			Prescription PSL
20	Traceur ciblé			EI
21	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
22	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
23	Traceur ciblé			SAMU/SMUR
24	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
25	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
26	Audit système			
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

32	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Audit système			
35	Audit système			
36	Audit système			
37	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Audit système			
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

40	traceur		Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
41	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
44	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
45	Audit système			
	Parcours traceur		Soins critiques Hospitalisation complète	

46			<p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
47	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
48	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
49	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
50	Traceur ciblé			EI
51	Audit système			
52	Audit système			

53	Audit système			
54	Traceur ciblé			Investigation sur les précautions standard sur l'HAD
55	Audit système			
56	Audit système			
57	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
58	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
59	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
60	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière	

			Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
61	Parcours traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
62	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
63	Audit système			
64	Audit système			

---

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

---

