



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
SPÉCIALISÉ
INTERDÉPARTEMENTAL
D'AINAY LE CHÂTEAU**

6 bis rue du pave
Bp 03
03360 Ainay Le Chateau



Validé par la HAS en Janvier 2022

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Novembre 2021

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	16
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	17
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	18
Annexe 3. Programme de visite	22

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ INTERDÉPARTEMENTAL D'AINAY LE CHÂTEAU	
Adresse	6 bis rue du pave Bp 03 03360 Ainay Le Chateau FRANCE
Département / Région	Allier / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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	030780282	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE INTERDEPARTEMENTAL	6 bis rue du pave Bp 03 03360 Ainay Le Chateau FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

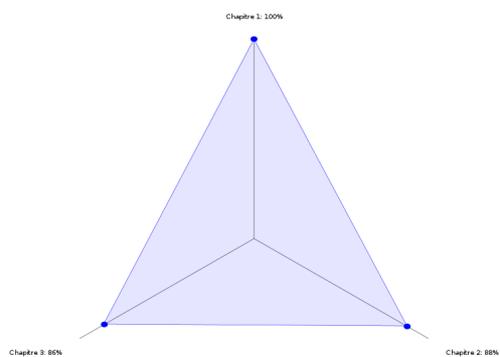
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

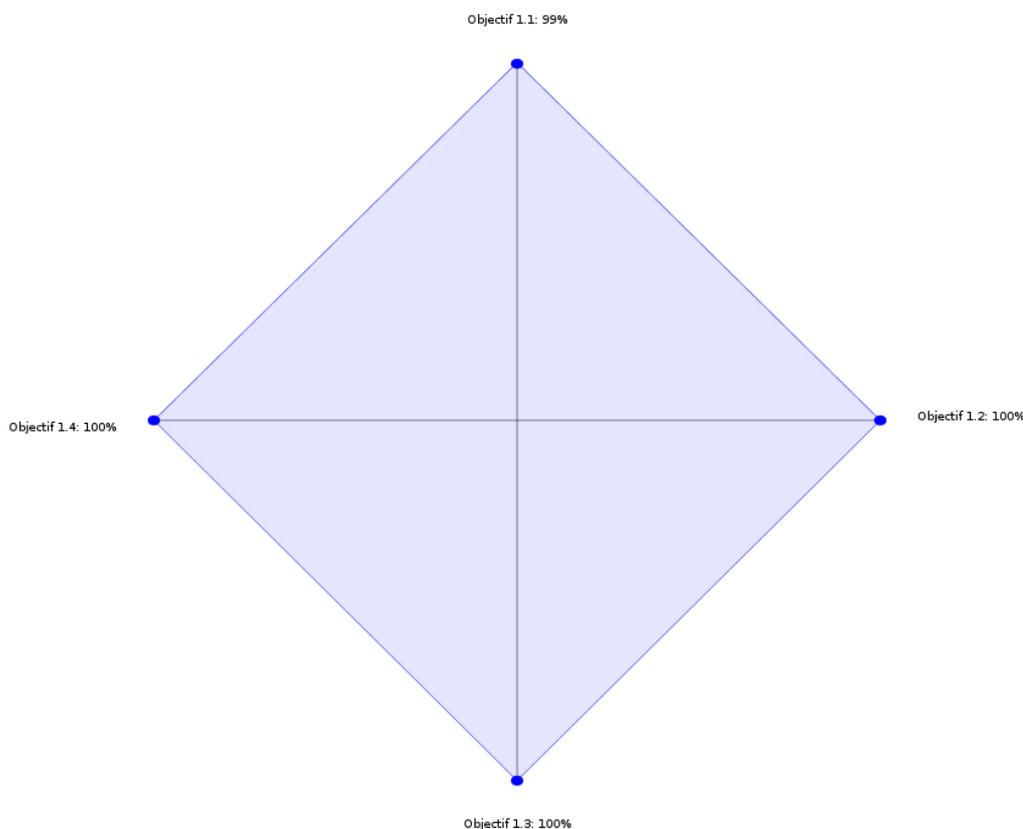
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Soins de longue durée
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, **103** critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre 1 : Le patient



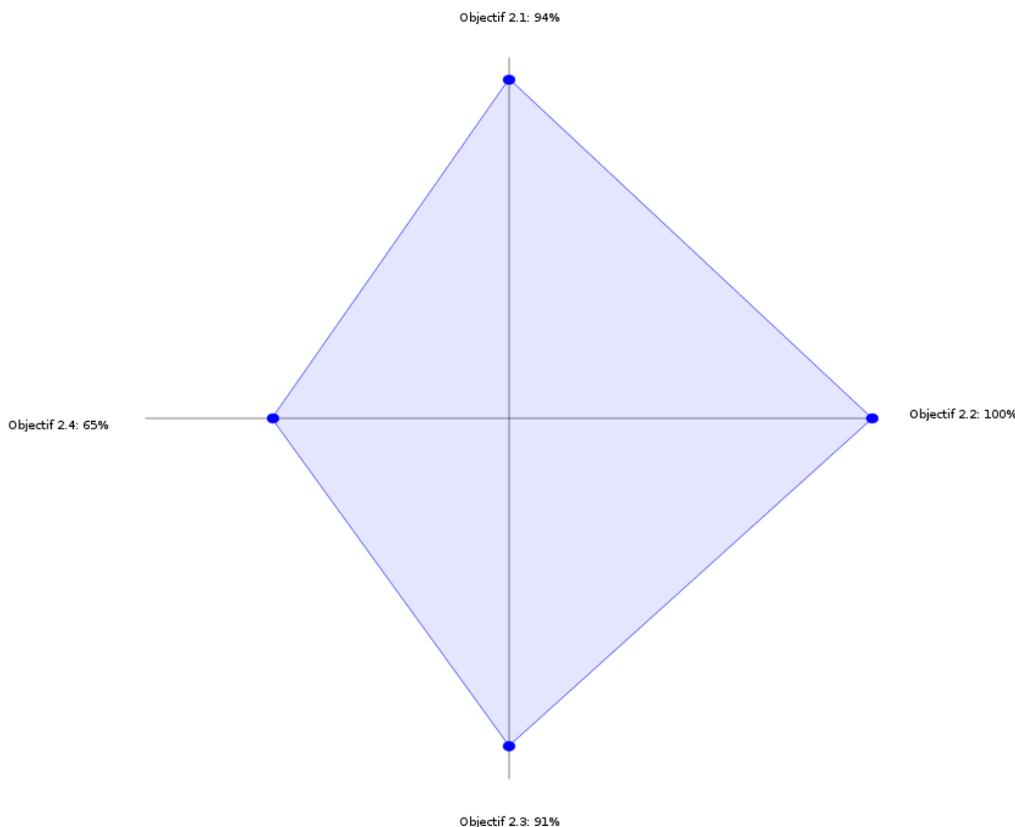
Le Centre Hospitalier Spécialisé Interdépartemental (CHSI) d'Ainay-le-Château centre sa prise en charge sur le patient. En USLD, en hospitalisation en santé mentale avec la particularité de l'accueil familial thérapeutique (AFT), le consentement libre et éclairé, les spécificités et attentes du patient sont prises en compte dans le projet de soins. Au CHSI, une attention forte est portée à l'information délivrée au patient à son admission et tout au long de son parcours de soins. Le patient peut bénéficier de programmes d'éducation thérapeutique (tabac, restauration, ...). Le patient sait qu'il peut désigner une personne de confiance, cette information est recueillie en tenant compte de son profil (son âge, son handicap, sa vulnérabilité). La recherche de l'expression des directives anticipées tient compte de la capacité des patients à aborder cette question. Le patient, si besoin, peut bénéficier de soins palliatifs, l'établissement possédant une équipe mobile de soins palliatifs. Les patients savent qu'ils peuvent solliciter les représentants des usagers. L'information est largement diffusée (livret d'accueil, affichage, etc.). Le patient est sollicité pour exprimer sa satisfaction au travers de diverses enquêtes.

La dignité et l'intimité des patients sont respectées. L'infrastructure est adaptée aux besoins des patients (chambres particulières avec sanitaire) et son accessibilité est assurée. La confidentialité des informations relatives au patient est assurée tout au long de son parcours de soins. En ce qui concerne les restrictions des libertés et la diminution des pratiques d'isolement et de contention, le CHSI a fait le choix de ne garder qu'une salle d'isolement permettant éventuellement de gérer brièvement une situation de crise avant le transfert du patient vers une structure adaptée. Celle-ci n'a pas été utilisée depuis 2019. En parallèle, deux espaces d'apaisement sont à disposition des patients et des équipes, permettant la gestion ponctuelle de situation de violence. La prise en charge de la douleur est effective.

L'implication des proches est activement recherchée. La place des accueillants dans le cadre de l'AFT est effective dans la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. Les proches, aidants, les accueillants s'impliquent dans la prise en charge du patient avec son accord. L'éducation thérapeutique du patient, l'éducation thérapeutique du patient en accueil familial, les programmes de remédiation cognitive sont suivis au regard des résultats cliniques. Les patients sont identifiés en amont par les infirmiers d'AFT avec leur accord et signent un engagement validé par le psychiatre. En amont du programme, des séances sont organisées pour les Accueillants Familiaux Thérapeutiques pour les informer du contenu du programme. La neuro psychologue réalise une évaluation initiale afin de définir les objectifs individuels pour chaque patient. Au cours des séances, les patients réalisent leur autoévaluation qui est croisée avec l'évaluation des soignants. Une évaluation normative est réalisée en fin de programme en équipe pluriprofessionnelle afin de mesurer les écarts.

La prise en charge du patient prend en compte ses aspects de vulnérabilité : handicaps psychiques et physiques, précarité sociale. Dans sa particularité, le CHSI a développé particulièrement les AFT pour accompagner l'inclusion sociale des patients porteurs de troubles psychiques. Les professionnels sont attentifs au maintien de l'autonomie des patients notamment sur le plan social et pour les personnes âgées.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Les équipes du CHSI se réunissent de manière hebdomadaire et pluridisciplinaire pour analyser la pertinence des parcours et coordonner les prises en charge des patients de l'AFT, de l'UA et de l'USPP. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées. Toutefois, la réévaluation entre 48h et 72h n'est effective qu'à 50% (audit interne de la PUI). Les prescripteurs sont formés et peuvent s'appuyer sur un référent antibiotique.

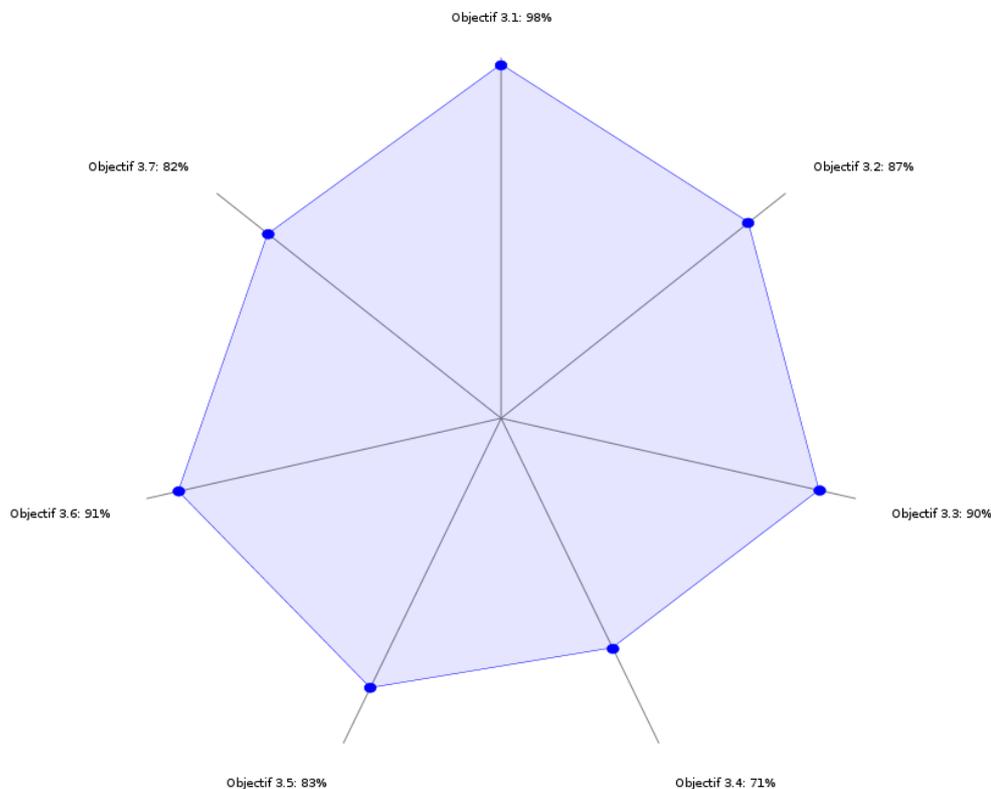
Parallèlement aux réunions d'équipes du CHSI, des réunions cliniques régulières dans les antennes de l'AFT permettent une évaluation régulière du patient et le maintien du lien avec les accueillants. La prise en charge somatique du patient en santé mentale est effective, régulière, tout au long du parcours de soins. Les équipes peuvent avoir recours à des ressources externes. Les équipes utilisent un dossier patient informatisé, avec des droits d'accès et en écriture dédiés par métier. En lecture, l'ensemble des personnels peut accéder au dossier d'un patient pour la qualité et la sécurité de sa prise en charge. Au décours de la visite, les experts-visiteurs ont pu noter les complétudes des dossiers et leur actualisation régulière. Une évaluation de la qualité de la lettre de liaison médicale à la sortie a été réalisée fin 2020 (90% de conformité). Des axes d'amélioration ont été définis. Une seconde évaluation a été réalisée en prenant en compte les critères de l'IQSS lettre de liaison : 100% de conformité.

L'établissement a fait le choix d'intégrer dans le dossier patient la photo de celui-ci, dans le respect du droit à l'image, pour assurer l'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge. En cas de refus, il est proposé au patient le port d'un bracelet d'identification. Le circuit du médicament est maîtrisé. Les prescriptions, la dispensation et la traçabilité de l'administration sont informatisées. La délivrance est en dose nominative journalière sur l'ensemble de l'établissement, y compris au sein des AFT. L'établissement a défini la liste des médicaments à risque et la sécurisation de leur transport, de leur stockage et de leur utilisation. La conciliation médicamenteuse est engagée avec pour cible les entrées programmées. Les accueillants sont formés au risque des erreurs médicamenteuses. Si besoin, celles-ci sont analysées en équipe. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques des précautions standards et complémentaires et, en l'absence de l'infirmière hygiéniste, peuvent s'appuyer sur l'EOH du CH de Montluçon. Cependant, les experts-visiteurs ont pu constater la méconnaissance par des professionnels des résultats des audits hygiènes et l'absence de l'évaluation du risque infectieux lié aux dispositifs médicaux invasifs. L'établissement promeut les vaccinations recommandées et obligatoires, et en facilite l'accès aux personnels. Les locaux sont propres. L'accès aux soins est facilité par le transport intra hospitalier notamment pour l'ergothérapie, au vu de l'étalement géographique des familles d'accueil thérapeutique sur un rayon de 30 km.

L'établissement n'élabore pas en partenariat avec le patient un plan de prévention partagé du risque de récurrence de la violence. La gestion des récurrences d'épisodes de violences n'a pas fait l'objet d'un plan de prévention partagé. L'établissement a travaillé sur la prévention de ces situations et a créé 2 espaces d'apaisement et a organisé leur utilisation.

Les équipes et les accueillants connaissent le système de signalement des événements indésirables (EI). En intra hospitalier, chaque déclarant peut suivre l'analyse et les suites données à sa déclaration. Les EI sont analysés en équipe au travers de la méthode ORION accompagnée par la direction qualité en méthodologie. La mesure de la satisfaction du patient est effective et les résultats sont communiqués aux équipes. L'établissement a fait le choix de recueillir les IQSS facultatifs et de les communiquer aux équipes. L'établissement a engagé des projets EPP avec des indicateurs et plans d'actions : pertinence de la prescription de psychotropes chez le sujet âgé de plus de 70 ans hospitalisé en AFT (diminution du nombre de personnes de plus de 71 ans sous hypnotique depuis 2015 : passage de 58 % à 15%), évaluation des mesures physiques de privation de liberté (aucune mise en chambre d'isolement depuis 3 ans vs 54 en 2016, 9 en 2017), pertinence de la prescription des ECBU (diminution du nombre d'ECBU réalisé sur le nombre de journées d'hospitalisation depuis 2016 : 0.14% en 2016 à 0.09% en 2019). Toutefois, toutes les équipes n'évaluent pas leurs pratiques cliniques et n'ont pas déterminé d'indicateurs spécifiques ce qui ne leur permet pas de mettre en place des actions d'amélioration.

Chapitre 3 : L'établissement



Le CHSI d'Ainay le Château est en cours de définition des orientations de son futur projet d'établissement 2021-2025. Ses axes stratégiques sont en cohérence avec son territoire. Ainsi, l'établissement s'inscrit dans un maillage territorial garantissant la continuité des soins et la coordination des parcours tant pour les personnes âgées que pour les patients relevant de la santé mentale. Il établit les partenariats nécessaires aux prises en charge et est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale et au sein des conseils locaux de santé mentale. L'établissement est facilement joignable tant par les professionnels extérieurs (partenaires de ville ou autres acteurs institutionnels) que par les usagers. Il contribue à la coordination des parcours grâce à la lettre de liaison à la sortie, dont il évalue le délai de délivrance. Il organise des consultations avancées dans certaines structures de santé et met en œuvre une équipe mobile de psychiatrie aux bénéficiés des EHPAD environnants. Il bénéficie de prestations en imagerie et en biologie médicale du CH de Montluçon.

L'établissement réalise des enquêtes de satisfaction à la sortie du patient mais aussi de manière itérative tous les 2 ans dans les services pour pouvoir prendre en compte les patients ayant une durée d'hospitalisation longue. Le recueil de l'expression des patients en accueil thérapeutique familial est réalisé une fois par an par les diverses antennes du CHSI. Le CHSI favorise la mobilisation de l'expertise patient mais sa mise en œuvre est débutante (au sein d'un CMP et au décours d'une action d'éducation thérapeutique relative au tabac). L'établissement a une communication centrée sur le patient tout au long de son parcours, en intégrant l'ensemble des parties prenantes (famille, aidants, accueillants, acteurs du soin, ...). A cet effet, il promeut les bonnes pratiques de communication et forme les professionnels.

La gouvernance promeut le respect des droits des patients et porte la valeur de bientraitance. Un groupe de travail sur la bientraitance a été relancé et a travaillé sur la diffusion et l'appropriation de bonnes pratiques (situation de maltraitance et maltraitance ordinaire) pour optimiser les pratiques des professionnels. Toutefois, la diffusion d'outil de repérage des cas de maltraitance n'avait pas encore abouti. Durant la visite, l'établissement a diffusé une procédure et une fiche de déclaration d'une situation de maltraitance. Une note d'information a été diffusée et des affiches apposées pour en informer le personnel. Cependant, cette démarche ne permet pas d'évaluer l'appropriation par les équipes de cette sensibilisation.

L'accès aux soins des personnes vulnérables est favorisé ainsi que l'accessibilité des locaux. Le CHSI a organisé l'accès du patient à son dossier ainsi que la gestion des plaintes et des réclamations. L'établissement a formalisé une Politique de relation avec les usagers et favorise l'engagement des représentants des usagers (RU). Ces derniers participent à de nombreux comités ou commissions (CDU, Copil Qualité, groupe droit des patients, ...). Une permanence est organisée le 1er jeudi de chaque mois au sein de l'établissement au niveau du centre de vie. La gouvernance prend en compte leurs avis, notamment au niveau du programme d'amélioration de la qualité. La CDU est en place et assure l'ensemble de ses missions.

La gouvernance met en œuvre une politique d'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins, formalisée depuis avril 2021 avec l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux et des représentants des usagers. Cette politique qualité a été formalisée sur une analyse globale de l'ensemble des données et indicateurs disponibles de l'établissement. Elle est déclinée et suivie au travers d'un PAQSS regroupant l'ensemble des objectifs d'amélioration, organisés en 6 axes, dont la dernière version validée en instances date de mars 2021. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins. Toutefois, cette dernière n'est pas évaluée. L'adéquation des ressources et des compétences à la qualité et la sécurité des prises en charge est effective et pilotée par la gouvernance. Les managers ont bénéficié de formations au management.

Le travail en équipe est promu par la gouvernance, mais il n'y a pas eu de démarche spécifique formalisée. L'établissement met en œuvre une GPMC pour assurer la gestion des compétences individuelles et collectives des équipes et la continuité des prises en charge (évaluation, formation, promotion individuelle, gestion de

l'absentéisme, ...).

L'établissement promeut une politique de qualité de vie au travail (QVT). Cette dernière a été formalisée grâce à un groupe de travail pluridisciplinaire et à la réalisation d'un diagnostic au travers d'un outil, la "boussole QVT". Un plan d'actions a été formalisé notamment en lien avec les partenaires sociaux et son suivi se fait avec les instances représentatives des personnels. En outre, le CHSI a formalisé un projet social 2021-2025 en date du 1er octobre 2021 dont l'axe 2 est dédié à l'amélioration des conditions de travail et la qualité de vie au travail (QVT). Le 6ième axe du PAQSS est dédié à la prévention des risques professionnels et à la promotion de la QVT, avec 12 objectifs retenus. Enfin, les lignes directrices de gestion, validées en CTE de juillet 2021, ont pour principaux objectifs la mise en place d'une GPMC, l'amélioration des pratiques managériales et l'amélioration des conditions de travail et de la QVT.

En cas de conflit interpersonnel, un soutien psychologique peut être mis à disposition des personnels par la gouvernance. Toutefois, il n'y a pas de dispositif formalisé de médiation en cas de difficultés interprofessionnelles ou interpersonnelles.

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée par le CHSI, positionné comme établissement de 3ième ligne en cas de crise. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est maîtrisé (matériels d'urgence présents et maintenus, DSA, formations aux GSU, ...). Toutefois, il n'existe pas de numéro direct et unique dédié à l'urgence vitale en intra hospitalier. En visite, un numéro d'urgence vitale dédié a été défini avec la pose, sur chaque téléphone, de ce dernier, les procédures dédiées à l'urgence vitale révisées et une note d'information diffusée aux personnels.

La gouvernance a mis en œuvre diverses actions pour maîtriser le risque numérique (charte d'accès et d'usage du SI, mot de passe personnel et régulièrement changé, doublement de la salle serveur, sauvegarde et PCA, ...). Les équipes connaissent les mesures de prévention de ce risque numérique et les conduites à tenir en cas d'incident.

Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable (DD) sont pris en compte et ont fait l'objet d'un diagnostic initial. L'établissement a rédigé une politique et un programme de développement durable et a désigné un référent DD et un référent déchet. L'axe 3 du PAQSS a pour objet le développement d'une démarche écoresponsable au travers de 8 objectifs. Toutefois, l'établissement ne connaît pas ses consommations d'énergie, ni celles d'eau.

Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles au sein des équipes. Toutefois, la gouvernance ne mobilise pas les équipes sur l'identification et la diffusion des bonnes pratiques cliniques. Il n'existe pas de revue de pertinence des pratiques. Le PAQSS prend en compte l'analyse des questionnaires de satisfaction ainsi que les propositions émises par la CDU. Il définit des objectifs d'amélioration de la qualité et sécurité des soins répartis en 6 axes.

Les IQSS sont communiqués, analysés et exploités au niveau de la gouvernance. Cette analyse et les actions qui en découlent viennent enrichir le PAQSS de l'établissement. Les résultats des IQSS sont diffusés aux instances (CME, CSIRMT, CDU) et aux équipes. Toutefois, l'appropriation par les équipes ne déclenche pas d'identification collective d'axe de progrès.

Le personnel rencontré sait déclarer les événements indésirables (EI) dans l'outil informatique dédié. Cet outil permet au déclarant de suivre l'analyse de son EI et les mesures d'amélioration proposées. Cette démarche permet aussi à l'encadrement et à l'équipe d'analyser ses pratiques. Les EI sont systématiquement analysés par la Direction qualité notamment avec la méthode ORION et peuvent entraîner des REX ou des RMM en lien avec les vigilants, les personnes référentes et les personnels concernés. Des plans d'actions peuvent être décidés par suite de ces travaux. Des bilans trimestriels et annuels des EI et leurs analyses sont réalisés par la Direction qualité et transmis aux cadres, médecins et à la CDU. Le bilan annuel est accessible sur l'intranet de l'établissement. La déclaration des EI est favorisée par une charte de déclaration des EI.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	030780282	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE INTERDEPARTEMENTAL	6 bis rue du pave Bp 03 03360 Ainay Le Chateau FRANCE
Établissement principal	030000160	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE INTERDEPARTEMENTAL D'AINAY LE CHATEAU	6 bis rue du pave Bp 03 03360 Ainay Le Chateau FRANCE
Établissement géographique	030001234	USLD- CHS AINAY LE CHATEAU	6 bis rue du pave Bp 03 03360 Ainay-Le-Chateau FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	40
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	60

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	60
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	Audit système	Maitrise des risques		
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Audit système	QVT & Travail en équipe		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Dynamique d'amélioration		
10	Audit système	Leadership		

11	Audit système	Engagement patient		
12	Audit système	Coordination territoriale		
13	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI choisi en visite dans la liste des EI de l'année N
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires : patients contagieux et/ou porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR)
16	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
17	Audit système	Représentants des usagers		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
20	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable
21	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Répondre "NA" à tous les éléments d'évaluation de la grille, puis la valider.

22	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI choisi en visite dans la liste des EI de l'année N
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un antibiotique per os
24	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
27	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport entre un service d'HC et l'AFT
28	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	

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

