



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER CAMILLE CLAUDEL

Cs 90025

Route de bordeaux

16400 La Couronne



Validé par la HAS en Avril 2023

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 – Avril 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	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 de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER CAMILLE CLAUDEL	
Adresse	Cs 90025 Route de bordeaux 16400 La Couronne FRANCE
Département / Région	Charente / Nouvelle-Aquitaine
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	160000501	CENTRE HOSPITALIER CAMILLE CLAUDEL	Cs 90025 Route de bordeaux 16400 La Couronne FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

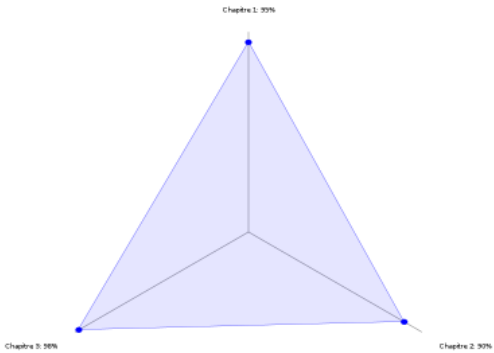
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
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
Tout l'établissement
Urgences

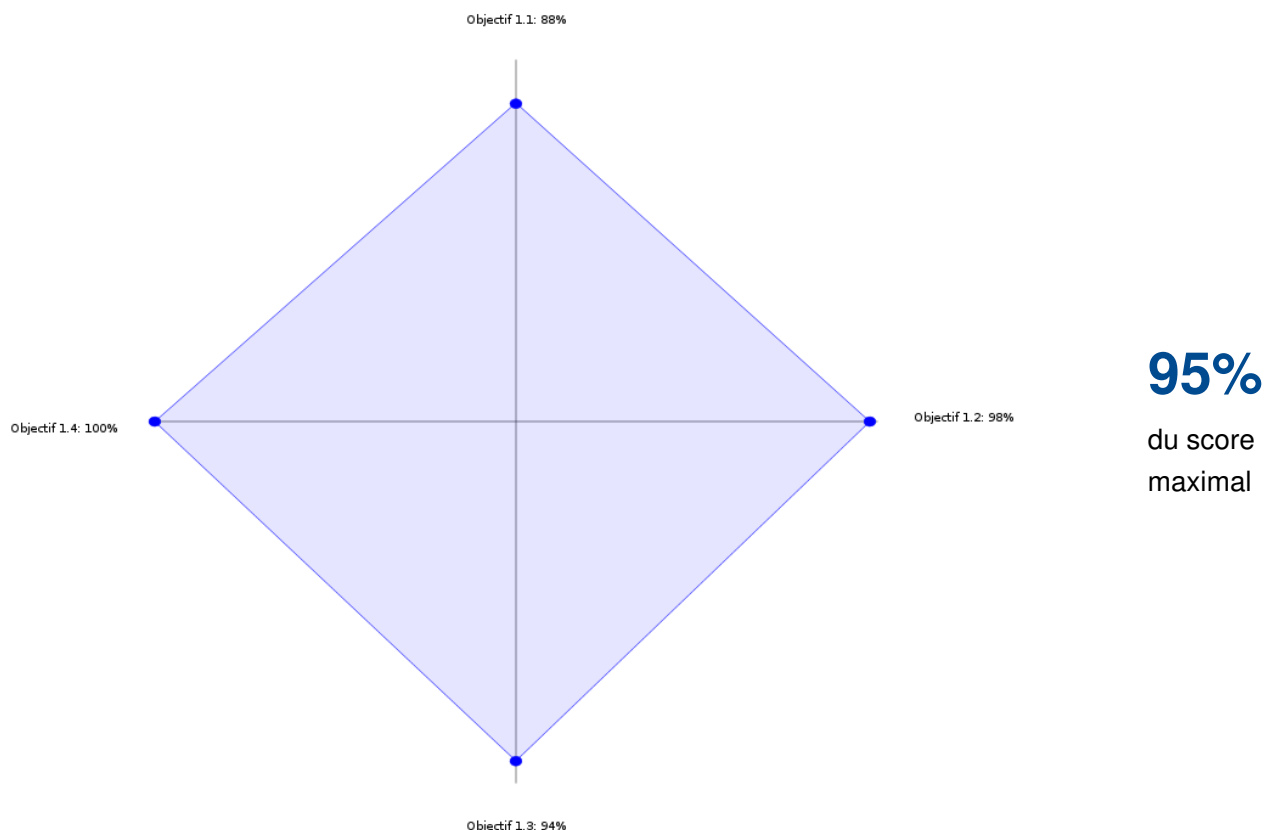
Au regard du profil de l'établissement, **110** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

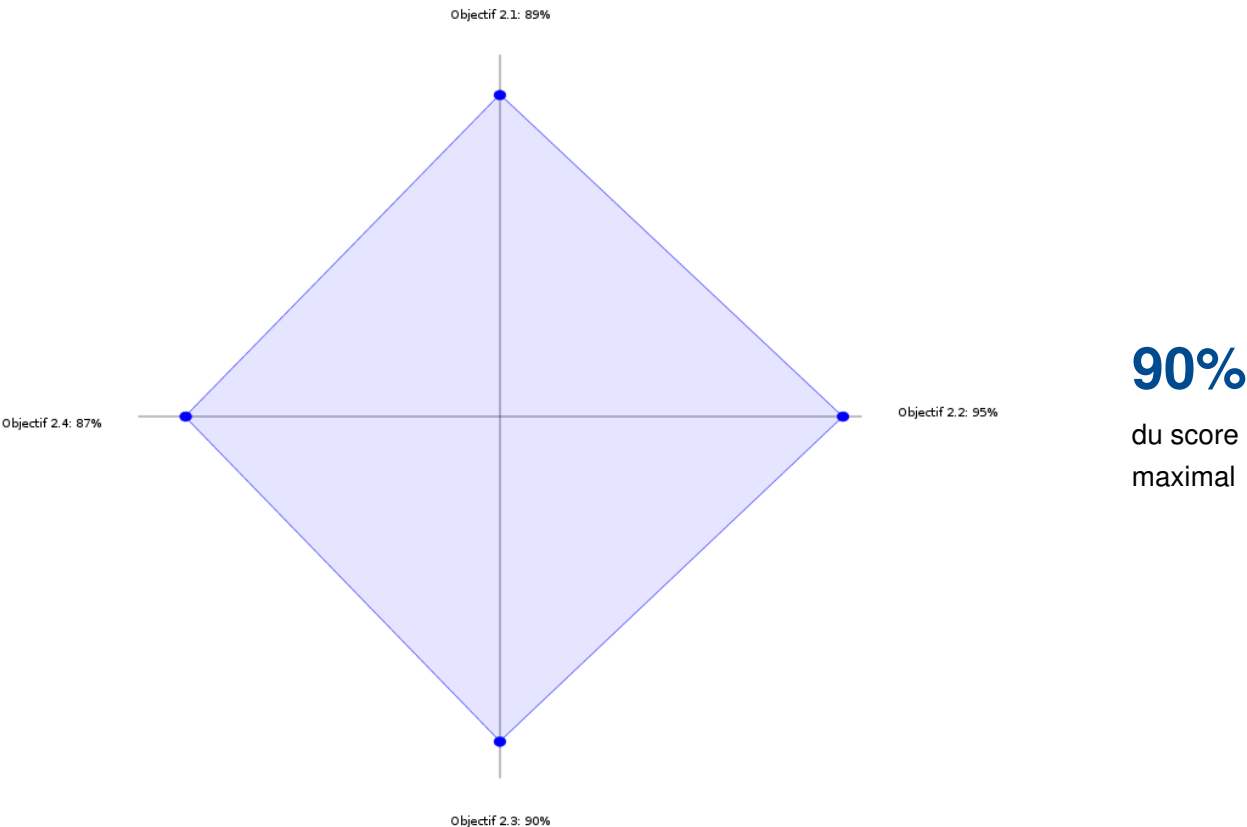


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	94%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre Hospitalier Camille Claudel (CHCC) veille à ce que les patients accueillis ainsi que leurs proches et /ou leurs aidants reçoivent une information claire sur leurs droits. Des livrets d'accueil spécifiques, pour la plupart des unités et quel que soit le type de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation de jour), les documents d'information du patient adaptés à la population accueillie (pictogrammes repris dans l'affichage du service à l'unité Le Logis par exemple), la charte du patient hospitalisé ou la charte européenne de l'enfant hospitalisé, affichées dans les unités, constituent les outils principaux mis en place pour assurer au patient une information adaptée sur ses principaux droits mais aussi sur les spécificités d'organisation et de prise en charge en œuvre au sein de l'établissement. Les professionnels doivent toutefois s'assurer que le volume d'information délivré soit bien reçu et compris par les patients et leurs proches, ce qui ne semble pas toujours le

cas au regard des entretiens réalisés dans le cadre des patients traceurs et d'autant que la remise du livret d'accueil n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. Les représentants des usagers et les associations qu'ils représentent sont impliqués dans la vie institutionnelle du CHCC (exploitation des enquêtes de satisfaction, des indicateurs et des résultats des analyses des événements indésirables (EI)). Ils participent notamment au Comité Qualité et au Comité d'Ethique et ils contribuent à la diffusion de l'information et à son accès par les patients et leurs proches. Un affichage dans les unités précise la composition et les missions de la Commission des Usagers (CDU) sans mentionner pour autant de manière précise les coordonnées de ses membres et les modalités pour les contacter sont peu ou pas connues par les patients rencontrés. La mise à disposition d'une adresse mail de la CDU est envisagée à court terme. Apporter une information adaptée et compréhensible au patient et à ses proches sur ses soins est une exigence portée par l'établissement. Cette information est avant tout centrée sur la prise en charge clinique (diagnostic, traitements, état de santé) en permettant au patient d'exprimer son avis et son consentement libre et éclairé tout au long de sa prise en charge. L'implication du patient dans la réflexion et l'évaluation bénéfique/risque pour toute nouvelle décision de prise en charge le concernant (nouvelle prescription, choix thérapeutique) est bien retrouvée dans son dossier. Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et la prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans les services. La distinction entre personne à prévenir et personne de confiance est clairement identifiée par tous les professionnels rencontrés. Le formulaire remis au patient pour la désignation ou non de sa personne de confiance est retrouvé renseigné dans son dossier. Le Centre Hospitalier informe le patient, dans le livret d'accueil, sur sa possibilité de rédiger des directives anticipées. Les rencontres avec les équipes de soins et les patients montrent, toutefois, l'importance de mener un travail d'information et de réflexion sur ces questions abordées avec encore beaucoup de réticence. Les patients sont invités à faire part de leur expérience dans le cadre des Parlements des Usagers qui se tiennent trimestriellement. Ils sont informés et sont invités à exprimer leur satisfaction (questionnaires de satisfaction, réunions soignants/soignés) et à formuler une plainte ou une réclamation s'ils le souhaitent. Ils ne se sont toutefois pas toujours saisis de cette possibilité, et de manière générale, ils n'ont pas connaissance de la possibilité qui leur est offerte de signaler un événement indésirable pouvant survenir au cours de leur prise en charge même si cette information est apportée dans les livrets d'accueil. Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de leur intimité et de leur dignité. Les patients mineurs bénéficient d'un environnement adapté et sont pris en charge par des équipes formées aux spécificités des enfants et adolescents. La confidentialité des informations concernant le patient est garantie. L'évaluation de la douleur du patient est systématiquement réalisée au moment de l'admission et tout au long de sa prise en charge lorsque cela est nécessaire même si la traçabilité de la réévaluation de la douleur après administration d'un antalgique n'a pas été retrouvée dans un petit nombre de dossiers. L'association et l'implication des proches et des aidants, des parents ou des représentants légaux, dans l'élaboration du projet de soins et la prise en charge de leur patient ou de leur adolescent, ainsi que la qualité de l'information qui peut leur être délivrée, en accord avec le patient, ont pu être mises en évidence dans le cadre des patients traceurs. La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite et la mise à disposition de locaux ou d'espaces dédiés. Un axe d'amélioration a été identifié sur l'identification des situations particulières pouvant nécessiter une adaptation des horaires de visites et des organisations définies. La prise en compte des conditions de vie des patients de manière générale et l'attention portée aux patients et aux familles en situation de précarité sociale en particulier permettent de proposer une prise en charge adaptée. L'accompagnement des patients repose sur un accès facilité au service social dans l'ensemble des secteurs.

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	89%
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	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	90%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	87%

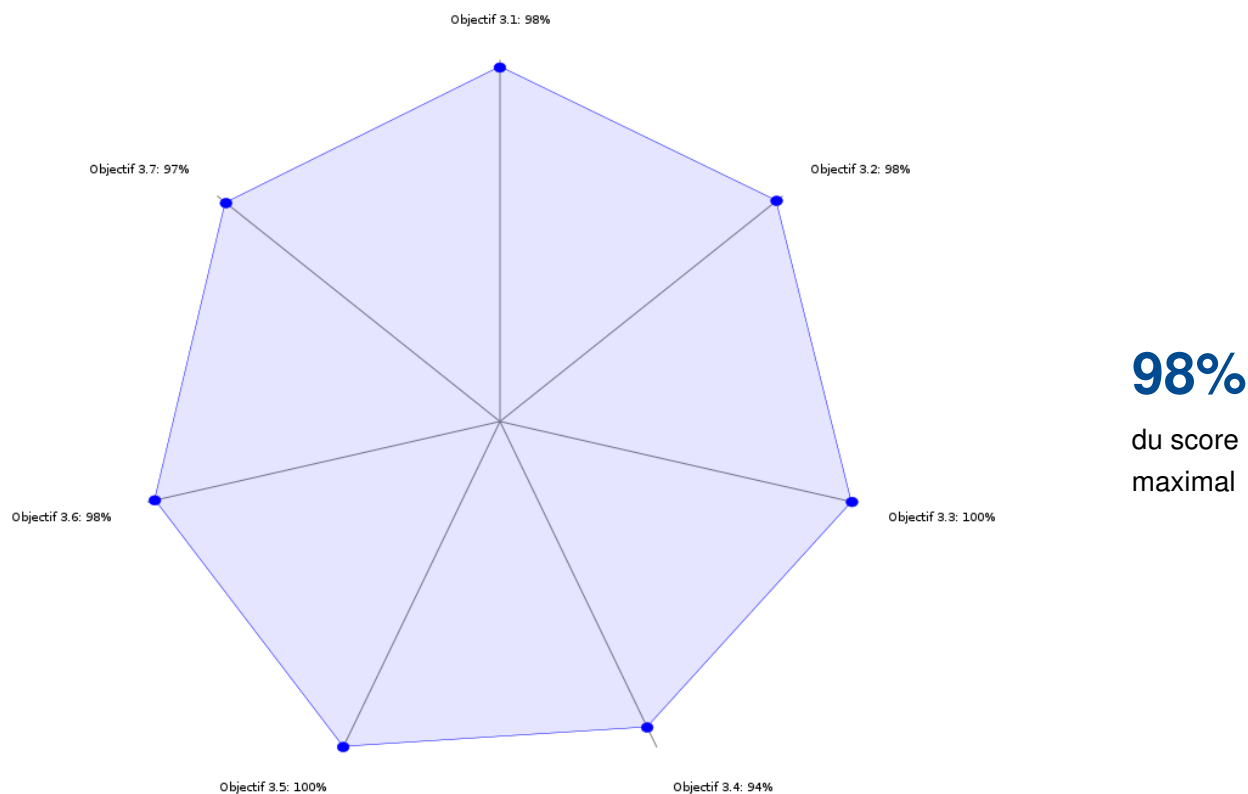
La pertinence des admissions et des prises en charge fait l'objet d'une attention particulière et celles-ci sont argumentées et réévaluées de manière régulière dans le cadre des réunions cliniques et des synthèses mises en place. Elles s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques et l'expertise des professionnels de santé et peuvent faire l'objet d'un recours à une expertise interne (équipes GOYA, ULAP,...) ou externe si besoin. A titre d'exemple, la possibilité de la mise en place d'une RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) avec le centre expert TCA (troubles des conduites alimentaires) de Bordeaux a été soulignée en pédopsychiatrie. La pertinence du recours à des mesures de restriction de libertés est de manière générale argumentée et réévaluée en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique et au regard des dispositifs réglementaires et légaux en vigueur. L'établissement promeut la limitation du recours à l'isolement et

à la contention et déploie un certain nombre d'outils dans ce sens (mise en place d'espaces d'apaisement, formation des professionnels, mise en place de l'EPIC). Les mesures contentives sont répertoriées dans un registre et font l'objet d'une analyse et d'une communication régulière auprès des professionnels et des instances. Il est à noter l'absence de mises en isolement hors espace dédié (c'est-à-dire hors chambre d'isolement) et le recueil de l'expérience patient à l'issue de la mesure d'isolement est promue et a pu être constatée. L'hospitalisation à domicile est une activité assez récente au sein du CHCC et il est à noter que la prescription d'une HAD dès l'admission du patient a pu être observée dans le cadre d'un patient et d'un parcours traceur, inscrivant de fait l'HAD dans la palette de l'offre de soins. Les prescriptions d'antibiotiques, quand elles existent, sont particulièrement suivies par les pharmaciens en collaboration avec les médecins généralistes. L'évaluation de la pertinence de la prescription entre la 24ème et 72ème heure est réalisée. Les professionnels disposent de la plaquette « Antibiotiques » commune aux établissements du GHT 16 et les référents antibiotiques du CH d'Angoulême sont connus et peuvent être sollicités. L'accueil de patients, programmé ou non, repose sur deux dispositifs complémentaires : l'UCPM installé aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême (CHA) et pouvant être sollicité par les services du CHA pour une évaluation psychiatrique ou un avis pour orientation et l'UAO, au sein du CHCC, permettant un accueil et une orientation pour les personnes, en soins libres ou en soins sans consentement, adressées par les urgences, les pompiers, les forces de l'ordre ou les médecins extérieurs ou pouvant se présenter de leur propre gré. L'UAO communique chaque jour sur la disponibilité des lits au sein du CHCC. La très bonne tenue des dossiers patients informatisés, les temps de transmissions quotidiens, les réunions cliniques hebdomadaires et pluridisciplinaires dites « panoramiques » permettent la coordination de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge et facilitent ainsi une évaluation ou une réévaluation régulière du projet de soins construit collectivement. Les médecins psychiatres s'appuient sur les recommandations de bonne pratique pour préciser les modalités de la prise en charge des patients (choix du mode d'hospitalisation, prescriptions d'actes de soins ou de traitements médicamenteux, modalités de suivi, ..). D'autre part, tous les éléments recueillis en amont ou à l'admission dans le cadre des entretiens infirmiers, psychiatriques et somatiques et tracés par les différents professionnels intervenant dans la prise en charge, sont colligés dans un projet de soins synthétisant les objectifs de soins et définissant le projet de soins le plus adapté en associant le patient et ses proches chaque fois que cela est possible. A l'admission, les professionnels renseignent une check-list portant sur un certain nombre de cibles (évaluation de la douleur, de la consommation d'alcool et de toxiques, évaluation du risque suicidaire, IMC, ...). De manière générale, un examen somatique est réalisé dans les 24 heures suivant l'admission du patient et donne lieu à un suivi régulier tout au long de la prise en charge. Un suivi du projet de soins est assuré en aval de l'hospitalisation (relais avec les CMP, le médecin traitant, l'hospitalisation de jour si nécessaire, les consultations externes). Le carnet de santé du patient mineur est demandé aux parents à son arrivée afin de reporter les informations dans son dossier et mis à jour de manière hétérogène selon les équipes de soins pour les informations utiles à son suivi. Les patients du CHCC se voient remettre une lettre de liaison à leur sortie en cas de retour au domicile et un document de liaison est rédigé afin d'assurer la continuité des soins en cas d'orientation vers une autre institution. Les résultats de l'Indicateur Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) recueilli de manière obligatoire et portant sur le taux de conformité de la lettre de liaison ont amené l'établissement à acquérir un logiciel permettant l'extraction par intelligence artificielle dans le dossier du patient des éléments devant constituer la lettre de liaison avec pour objectif de garantir la généralisation de la remise de cette lettre à chaque patient au moment de sa sortie. Le CHCC a mesuré les enjeux liés à la sécurité des soins, a identifié les risques liés à ses pratiques et veille à mettre en place tout ce qui peut les éviter ou les réduire. Elle veille, notamment, au respect des bonnes pratiques d'identification du patient (outils de type « trombinoscope » et photographie intégrée dans le dossier du patient dans les unités accueillant des patients dyscommunicants, recueil systématique de l'identité du patient à chaque acte de soin dans les autres unités). Les vigilants (pharmacovigilant, infectiovigilant) sont identifiés et connus. Ils veillent à la mise en œuvre des vigilances sanitaires. La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. Les bonnes pratiques concernant les étapes de dispensation et d'administration des médicaments sont respectées

et les équipes sont attentives à l'utilisation des médicaments à risque (liste des médicaments à disposition, modalités de stockage, actions de formation des professionnels, mention de présence de médicament à risque sur les sachets de médicaments). La préparation des piluliers par la Pharmacie dans des sachets unitaires (robot de préparation des doses à administrer) est pratiquement déployée pour toutes les unités d'hospitalisation du CHCC. L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée et la conciliation médicamenteuse est engagée dans certaines unités (Addictologie, HAD). La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions (astreinte pharmaceutique, dotation pour besoins urgents). La mise en application des précautions standards et complémentaires, les bonnes pratiques de prescription des antibiotiques et le respect des recommandations vaccinales pour les professionnels de santé contribuent à la maîtrise du risque infectieux au sein du CHCC. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains peuvent être améliorées comme l'indiquent les indicateurs portant sur la consommation des solutions hydroalcooliques (SHA) au sein des unités de soins, le lavage simple des mains restant encore favorisé par un certain nombre de professionnels. La maîtrise du risque infectieux, si elle reste un souci permanent au sein de l'établissement, est particulièrement affectée par la quasi-absence d'une équipe opérationnelle d'hygiène, dénommée Equipe de Prévention du Risque Infectieux (poste d'infirmier hygiéniste vacant depuis un an, médecin hygiéniste absent) partiellement compensée par la désignation d'une pharmacienne pour piloter cette thématique. Cela ne permet pas, toutefois, de mettre en place et de suivre les actions d'amélioration nécessaires et de mener les audits dans ce domaine. Le dernier audit sur l'hygiène des mains a été réalisé en 2018 et le dernier audit réalisé en 2021 a porté sur la gestion des DASRI. Une formation à la technique de l'hygiène des mains est programmée en 2023. La liste des correspondants en hygiène des différents pôles a été actualisée afin de maintenir un relais efficace pour la mise en œuvre du programme d'actions d'amélioration défini par le CLIN. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales des professionnels de santé promues et favorisées par l'établissement (note de service annuelle, communication pédagogique, « self-service » de vaccination). Une équipe de santé au travail rattachée au service de santé au travail du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) est en place. Les équipes de soins évaluent régulièrement le risque suicidaire afin de définir des modalités de prise en charge et de surveillance spécifiques. La gestion des éventuels épisodes de violence ou d'agressivité est assurée. Les professionnels sont formés (Omega) et disposent de matériel adapté (de type dispositif d'aide pour travailleur isolé par exemple). Des plans de prévention partagée visant à mieux anticiper et gérer les épisodes de récurrences de violence et élaborés à partir d'un questionnaire remis aux patients identifiés à risque sont maintenant en place et ont été présentés dans plusieurs unités de l'établissement. La constitution d'une Equipe de Prévention de l'Isolement et de la Contention (EPIC) sur la base de trois piliers (Intervention, Recherche et Formation) permet d'accompagner et de soutenir les professionnels dans ces situations de tension et de réduire le recours à l'isolement et à la contention au sein du CHCC. Le transport intra-hospitalier des patients s'appuie sur un dispositif rôdé, piloté et protocolisé respectant les règles d'hygiène et de sécurité. Il fait l'objet d'un retour positif de la part des services utilisateurs. Les équipes de soins fondent avant tout l'évaluation de leurs pratiques sur un dispositif structuré de signalement et d'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). C'est un dispositif solide, connu et largement mobilisé par les professionnels. Les acteurs de terrain sont impliqués dans l'analyse des EI les concernant et de manière systématique pour l'analyse et des EI graves. La communication de l'établissement sur le traitement des EIAS et des EIG contribue à alimenter la culture qualité et sécurité des soins de l'établissement et les professionnels rencontrés ont clairement présentés le dispositif comme un outil essentiel pour l'amélioration de leurs pratiques. Les rencontres avec les professionnels ont permis de mesurer leur implication effective dans la mise en œuvre d'actions portant sur la qualité et la sécurité des soins et ceux-ci sont, en général, parties prenantes dans le dispositif d'évaluation de leurs pratiques (démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, analyse des résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès des patients, réalisation d'audits réguliers, le recueil et le suivi d'indicateurs pouvant être définis à l'échelle de l'établissement ou au sein des unités). Le PAQSS intégrant tous les plans d'actions définis à partir des résultats de ces évaluations est en place, suivi et alimenté régulièrement. Il est

connu des professionnels rencontrés. Un tableau de bord qualité sécurité actualisé présente pour chaque unité les résultats de ses indicateurs institutionnels (IQSS, satisfaction des usagers, sécurité des soins) et spécifiques (EPP, patients traceurs, tenue du dossier patient, consommation des SHA, mesures d'isolement et de contention). Il est affiché dans le poste de soins des unités.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
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	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

Le Centre Hospitalier Camille Claudel, est membre partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 16. C'est un acteur majeur de la construction et la coordination des parcours de soins sur son territoire pour garantir la continuité des soins et éviter les ruptures de prise en charge des patients. Un poste de Case Manager a d'ailleurs été créé afin d'assurer la coordination des parcours de soins. Le CHCC est porteur de la

filière santé mentale et les projets du CHCC sont intégrés au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Il a formalisé de nombreux partenariats sur les filières de soins et définit des modalités de parcours spécifiques pour les populations vulnérables dans le cadre du GCSMS, fort d'une quarantaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux, administré par la Directrice qualité, gestion des risques et coordination des filières du CHCC. L'établissement joue un rôle pivot dans l'élaboration, le suivi et la mise en œuvre du Projet Territorial de santé Mentale (PTSM). Dans les situations d'urgence, les modalités de prise en charge rapides sont organisées et l'organisation du parcours patient en aval des urgences permet d'assurer la sécurité et la continuité de la prise en charge du patient. Plusieurs équipes mobiles dont l'équipe mobile de psychogériatrie GOYA contribuent à la fluidité des parcours. Le CHCC a par ailleurs signé de nombreuses conventions scellant les collaborations et les partenariats au sein de son territoire (Conseil Local de Santé Mentale , GCSMS, CLSM coordonné par le CH, ...) et au-delà (Centre Hospitalier H. Laborit à Poitiers, Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux par exemple). Les modalités de communication avec les usagers et les médecins de ville sont définies avec une accessibilité téléphonique en continu. Une messagerie sécurisée par Intranet permet aux praticiens de l'établissement des échanges d'informations confidentielles avec les professionnels contribuant à la prise en charge des patients, et le « Paaco Globule », outil numérique régional de coordination des parcours, est particulièrement utilisés par les professionnels de l'établissement. Le CHCC a choisi de déployer la plateforme de e-santé « LIFEN » disposant d'une messagerie sécurisée (mise en place au 1er avril et évaluation avant juillet) avec pour objectif notamment d'alimenter en toute sécurité le Dossier Médical et le Dossier Pharmaceutique du patient et à l'échelle du territoire d'intégrer dans le dossier du patient territorial (devant être déployé à partir de 2024) les résultats des examens biologiques réalisés par le Centre Hospitalier d'Angoulême. En matière de recherche, le CHCC, même s'il n'est pas investi de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein et repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche (Convention avec le CH Henri Laborit, actions de recherche en addictologie). L'établissement soutient également tous les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles dans ses unités. Des actions et des démarches mobilisant l'expertise des patients sont amorcées (programmes d'éducation thérapeutique, présence de médiateurs de santé et de pairs aidants, présence de patients au Comité Ethique) et le CHCC a centré sa communication sur le patient : communication externe et interne, site internet, mise à disposition de flyers et de livret d'information, médiations dans le cadre de la CDU (Commission des Usagers). . Les plaintes et réclamations sont traitées et analysées en CDU. Le CH Camille Claudel et ses professionnels veillent à la bientraitance des patients accueillis. Une charte de bientraitance a été rédigée et est affichée dans les unités, une enquête a été réalisée auprès des professionnels. Un Comité d'Ethique pluriprofessionnel et pluridisciplinaire et intégrant des représentants des usagers est en place et les problématiques éthiques sont prises en compte, partagées et questionnées par les professionnels collectivement et de manière régulière comme cela a pu être constaté tout au long de la visite. Les réflexions éthiques pour lesquelles le comité a pu être saisi font l'objet d'actions concrètes (suppression du recours inapproprié au pyjama par exemple). Des formations sont proposées aux professionnels sur le thème de la bientraitance et des documents ou des espaces d'échanges (supervisions, analyses de pratiques) permettent leur sensibilisation sur ce sujet. Les modalités d'identification et de signalement des situations de maltraitance dont pourraient être victime les patients ou les professionnels sont définies dans une procédure institutionnelle. L'établissement veille à l'accessibilité de ses locaux aux personnes à mobilité réduite même si certains locaux pour lesquels l'établissement est en recherche de relocalisation (CMP de La Rochefoucault par exemple) ne le permettent toujours pas. Il favorise par ailleurs l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité. L'accès du patient à son dossier est organisé et fait l'objet d'une information dans le livret d'accueil. Les représentants des usagers sont pleinement associés à la vie de l'établissement. Les liens directs avec les patients hospitalisés ou pris en charge s'opèrent principalement dans le cadre des Parlements des Usagers qui se tiennent au sein de la Maison des Usagers, à l'activité naissante. La mise en place de ces Parlements est l'une des démarches les plus significatives mise en œuvre dans le but de mobiliser l'expérience patient. Elle prolonge le recueil de l'expression des patients organisée dans le cadre de l'élaboration du projet

d'établissement autour de trois thématiques : Hôtellerie, Droits des patients, Qualité des soins. Renforcer le registre des actions auprès des patients est un objectif retenu afin de développer « l'aller vers ». L'écoute attentive de l'établissement pour les réflexions et les propositions portées par les représentants des usagers a été soulignée par ceux-ci. Le Centre Hospitalier Camille CLAUDEL a défini ses orientations stratégiques en termes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (Politique Qualité et Charte Qualité co-signées par le Directeur, le Président de la CME et les Représentants des Usagers). Leur déclinaison en objectifs stratégiques pouvant faire l'objet d'un plan d'actions est suivie dans le cadre de revues annuelles du programme qualité et sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement pour lequel chaque direction est en responsabilité pour les actions couvrant ses champs d'activité. La gouvernance de l'établissement porte et soutient une approche qualité et sécurité des soins fondée sur une démarche ascendante (du terrain vers la gouvernance) effectivement constatée et favorisant l'ancrage de la culture qualité et l'appropriation par les professionnels. Priorité est donnée à l'exploitation des données recueillies auprès des unités ou des pôles et les directions rencontrent régulièrement les professionnels sur le terrain, favorisent leur implication dans la recherche de solutions que la gouvernance soutient ensuite et met en œuvre lorsque celles-ci sont jugées pertinentes. Il en va de même pour la définition collective de valeurs portées par l'établissement. L'information des professionnels sur les actions concrètes du programme qualité (PAQSS) est assurée notamment dans le cadre de temps de réunion et d'échange institutionnels et la communication autour de la démarche qualité et sécurité des soins est assurée par le service qualité, les directions et l'encadrement de proximité. Le PAQSS est présenté annuellement aux différentes instances du CHCC qui peuvent ainsi apporter leur avis sur les actions proposées. L'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et sécurité des soins est organisée. Des maquettes organisationnelles sont en place dans l'ensemble des secteurs d'activité et connues de tous. Il existe un dispositif de suppléance organisé, opérationnel et connu et les responsables sont soutenus dans leur exercice (dispositif d'écoute, d'accompagnement et partages d'expérience). Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'accompagnement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité. Il existe une impulsion institutionnelle du travail en équipe soutenue par la gouvernance du CHCC et de nombreux dispositifs d'échanges pluriprofessionnels et pluridisciplinaires contribuent à sa promotion et sa mise en œuvre (réunions dites « panoramiques » par exemple). La synchronisation des temps médicaux et para médicaux favorise ce travail en équipe. Il existe également des espaces ou de temps définis permettant d'impliquer les professionnels dans l'élaboration collective de propositions concrètes sur l'organisation ou les conditions de travail. En cas de difficulté d'un membre de l'équipe face à une prise en charge, un soutien psychologique peut être proposé. La gestion des conflits est organisée. Les difficultés de relations interprofessionnelles, interdisciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail peuvent être discutées par les personnels et leur encadrement selon des modalités connues des professionnels. Les organisations et les actions mise en place pour soutenir le travail en équipe dans l'ensemble des unités du CHCC n'ont pas amené la gouvernance à développer des démarches spécifiques et structurées de type PACTE reposant sur un engagement institutionnel. Les compétences des professionnels sont évaluées à échéance régulière et réglementaire dans le cadre d'un entretien individuel. Cette évaluation est complétée par un recueil régulier des souhaits de formation des professionnels et permet l'élaboration d'un programme de formation institutionnel et pluriannuel, comprenant à la fois des formations portées par l'établissement pour la mise en œuvre des projets de services et des actions de formation individuelles. Le Centre Hospitalier Camille Claudel a élaboré sa politique QVT (Qualité de vie au travail) intégrée au projet d'établissement, en s'appuyant sur un large état des lieux réalisé avec les professionnels et leurs représentants. Des actions ont été définies et l'établissement projette à court terme de renforcer la démarche en mobilisant dans des unités test des outils développés par l'ANACT et visant à affiner la perception de la qualité de vie au travail par les professionnels et à faire évoluer les plans d'action en conséquence. Au total, toutes ces démarches sont fondées sur un principe général de management par la qualité (qualité au sens large, qualité du travail, notamment par la promotion du travail en équipe, et qualité de vie au travail s'appuyant sur une forte participation des professionnels) dans un souci d'appropriation d'une culture qualité et sécurité

des soins par l'ensemble des acteurs de l'établissement. L'approche systémique mise en œuvre explique notamment le choix de l'abandon provisoire de l'enquête « Culture de la sécurité des soins » (dernière en 2021) au profit de l'enquête QVT en 2022. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est particulièrement maîtrisée au sein de l'établissement. La gestion de la pandémie COVID 19 a été réalisée en assurant la continuité des soins, sur site et à distance, et en organisant la vaccination en interne des patients et des professionnels. Les plans d'alerte et de crise sont régulièrement actualisés. Les situations à risque sont identifiées et font l'objet d'évènements sentinelles (fugue, suicide ou tentative et erreur d'administration médicamenteuse). Les risques numériques sont maîtrisés. L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'actions au regard des enjeux du développement durable. Un COPIL est en place et se réunit de manière régulière. Des indicateurs spécifiques sont définis. Un travail a été mené sur le tri des déchets. Un référent développement durable est désigné. Les consommations d'eau et d'énergie sont suivies et des actions sont mise en place. En termes de prise en charge des urgences vitales, les professionnels de soins sont formés et des exercices de mises en situation vont être de nouveau programmés. Un matériel d'urgence est à disposition des professionnels. Il est contrôlé à échéance régulière et scellé afin de garantir à tout utilisateur la conformité de son contenu et de son intégrité en cas de situation urgente. La procédure et l'affichage du numéro d'appel unique et direct vers un médecin en cas d'urgence vitale sont en place et connus des professionnels. Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont accessibles aux équipes et la direction assure la transmissions des recommandations nationales (veille documentaire) et des dispositions légales et réglementaires (veille juridique). Les orientations et les choix thérapeutiques font l'objet d'une analyse collective de leur pertinence avec recours à de l'expertise externe si besoin ou par le suivi d'indicateurs définis au sein de certaines unités (séjours longs par exemple). L'évaluation de l'expérience du patient et du résultat clinique de son point de vue est prise en compte dans le programme d'actions qualité du CHCC, de même que les propositions d'amélioration pouvant être formulées par les représentants des usagers. La procédure de gestion des événements indésirables comprend les modalités de signalement, de déclaration, d'analyse et de suivi spécifiques des événements indésirables graves. L'analyse du traitement de deux événements indésirables graves a permis d'évaluer l'implication, la bonne mise œuvre et la bonne connaissance de cette procédure par les professionnels de l'établissement. L'établissement recueille les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) nationaux et obligatoires au regard de ses activités. Les résultats font l'objet d'une analyse, d'une communication au sein de l'établissement et sont présentés aux instances ainsi qu'à la Commission des Usagers. Des plans d'actions sont définis et connus des professionnels rencontrés et les indicateurs IQSS sont suivis par le biais des tableaux de bord affichés dans chaque unité concernée.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	160000501	CENTRE HOSPITALIER CAMILLE CLAUDEL	Cs 90025 Route de bordeaux 16400 La Couronne FRANCE
Établissement principal	160000345	CENTRE HOSPITALIER CAMILLE CLAUDEL	Cs 90025 Route de bordeaux 16400 La Couronne FRANCE
Établissement géographique	160013223	HOPITAL DE JOUR LE TREMPIN	151 rue de paris 16000 Angouleme FRANCE
Établissement géographique	160008033	CH CAMILLE CLAUDEL- HOPITAL DE JOUR/ CMP/CATTP RUFFEC	26 rue du 8 mai 1945 "le lien" 16700 Ruffec FRANCE
Établissement géographique	160008025	CH CAMILLE CLAUDEL- HOPITAL DE JOUR CHASSENEUIL	1 rue du grand pre les orpins 16260 Chasseneuil Sur Bonnieure FRANCE
Établissement géographique	160008017	CH CAMILLE CLAUDEL- HOPITAL DE JOUR/ CPM/CATTP PATIPATA	37 rue leonce guimberteau 16000 Angouleme FRANCE
Établissement géographique	160007993	CH CAMILLE CLAUDEL- HOPITAL DE JOUR/ CMP/CH PEGUY	2 rue charles peguy 16000 Angouleme FRANCE
Établissement géographique	160007928	CH CAMILLE CLAUDEL- HOPITAL DE JOUR PASSEROSSES BARBEZIEUX	Cité les Passerosses 23/24 allée des Pinsons 16300 Barbezieux Saint Hilaire FRANCE
Établissement géographique	160007910	CH CAMILLE CLAUDEL- HOPITAL DE JOUR/ CMP/CATTP DOREMI	5 rue georges briand 16100 Cognac FRANCE
Établissement géographique	160007894	HOPITAL DE JOUR LA PASSERELLE	40 - 42 boulevard de la republique 16000 Angouleme FRANCE
Établissement géographique	160010369	CH CAMILLE CLAUDEL - CMP GAUDICHAUD	152 rue alfred de vigny 16000 Angouleme FRANCE
Établissement géographique	160009213	CMP/CATTP SOYAUX	22 rue maurice ravel 16800 SoyauX FRANCE

Établissement géographique	160015350	CMP JUDICIAIRE MAGRITTE	25 rue gaudichaud 16000 ANGOULEME FRANCE
Établissement géographique	160008934	CH CAMILLE CLAUDEL - CMP/CATTP PONTREAU	2 rue pontereau 16700 Ruffec FRANCE
Établissement géographique	160008215	CMP CONFOLENS	Maison de santé Allée des freniers 16500 Confolens FRANCE
Établissement géographique	160008207	CH CAMILLE CLAUDEL - CMP	Route d'angouleme 16220 Montbron FRANCE
Établissement géographique	160008165	CH CAMILLE CLAUDEL - CMP	Chemin des prés 16210 Chalais FRANCE
Établissement géographique	160008157	CMP VILLEBOIS LAVALETTE	Maison des solidarités 4 rue andre bouyer 16320 Villebois Lavalette FRANCE
Établissement géographique	160008140	CH CAMILLE CLAUDEL - CMP/CATTP ADULTES	3 place du champ de foire 16300 Barbezieux Saint Hilaire FRANCE
Établissement géographique	160008124	CMP CHABANAIS	Maison de santé 4 chemin des bouvieres 16150 Chabonais FRANCE
Établissement géographique	160008116	CH CAMILLE CLAUDEL - UNITE DE CONSULTATION MEDICO PSYCHOLOGIQUE	Ch d'angouleme 16470 Saint Michel FRANCE
Établissement géographique	160008066	CMP - CATTP COGNAC	32 rue des champs du chateau 16100 Cognac FRANCE
Établissement géographique	160008348	CH CAMILLE CLAUDEL - HOPITAL DE JOUR ESPACE WINICOTT	33 route du jonco 16400 La Couronne FRANCE
Établissement géographique	160014270	CH CAMILLE CLAUDEL - CMP/CATTP AGORA	59 place de la bussatte 16000 Angouleme FRANCE
Établissement géographique	160012639	CH CAMILLE CLAUDEL - CMP/CATTP BARBEZIEUX	Cité les passeroses 23/24 allée des pinsons 16300 Barbezieux FRANCE
Établissement		CH CAMILLE CLAUDEL	1 bis avenue de la gare

géographique	160012589	- CMP/CATTP	16110 La Rochefoucauld FRANCE
Établissement géographique	160012548	CMP ET CATTP ROUMAZIERE LOUBERT	Maison de santé 5 bis rue des paleines 16270 Roumazières Loubert FRANCE
Établissement géographique	160012688	CH CAMILLE CLAUDEL - CATTP	73 rue de metz 16100 Cognac FRANCE
Établissement géographique	160007985	CH CAMILLE CLAUDEL- FOYER EN RESEAU	37 rue alphonse aulard 16000 Angoulême FRANCE
Établissement géographique	160017240	CH CAMILLE CLAUDEL - SITE JEAN DOUCET	Rue Jean DOUCET 16470 Saint-Michel FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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	Non
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 SSR 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	Non
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	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	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	234

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	12
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	246
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	70
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	81
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	151
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	7
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	7
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	14
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	38,433
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	9,188
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	47,621
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		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique	

			Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale	

			Pas de situation particulière Programmé	
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Choisi dans la liste des EI déclarés dans l'année N
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Hygiène des mains
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard & complémentaire
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Injectable à risque
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament spécifique à la psychiatrie per os ou injectable - HC
22	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Choisi dans la liste des EI déclarés dans l'année N
23	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète	

			Programmé	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
25	Audit système	Coordination territoriale		
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
27	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport accompagné
28	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	

30	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Programmé	
31	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
33	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Programmé	

35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
36	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament spécifique à la psychiatrie per os ou injectable - HAD
37	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences
38	Audit système	Représentants des usagers		
39	Audit système	Leadership		
40	Audit système	QVT & Travail en équipe		
41	Audit système	Engagement patient		
42	Audit système	Dynamique d'amélioration		
43	Audit système	Maîtrise des risques		
44	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		A mettre NA

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

