



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

MAISON CONVALESCENCE - CLINIQUE DU MORVAN

5-7 avenue hoche
58170 Luzy



Validé par la HAS en Janvier 2025

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 – Janvier 2025

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	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	24
Annexe 3. Programme de visite	28

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

MAISON CONVALESCENCE - CLINIQUE DU MORVAN	
Adresse	5-7 avenue hoche 58170 Luzy FRANCE
Département / Région	Nièvre / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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	580000057	S.A. CLINIQUE DU MORVAN	Le mattrait 58170 Luzy FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

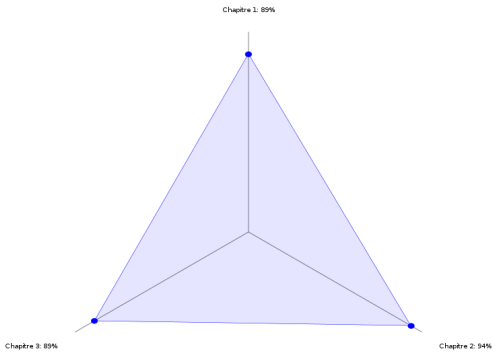
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

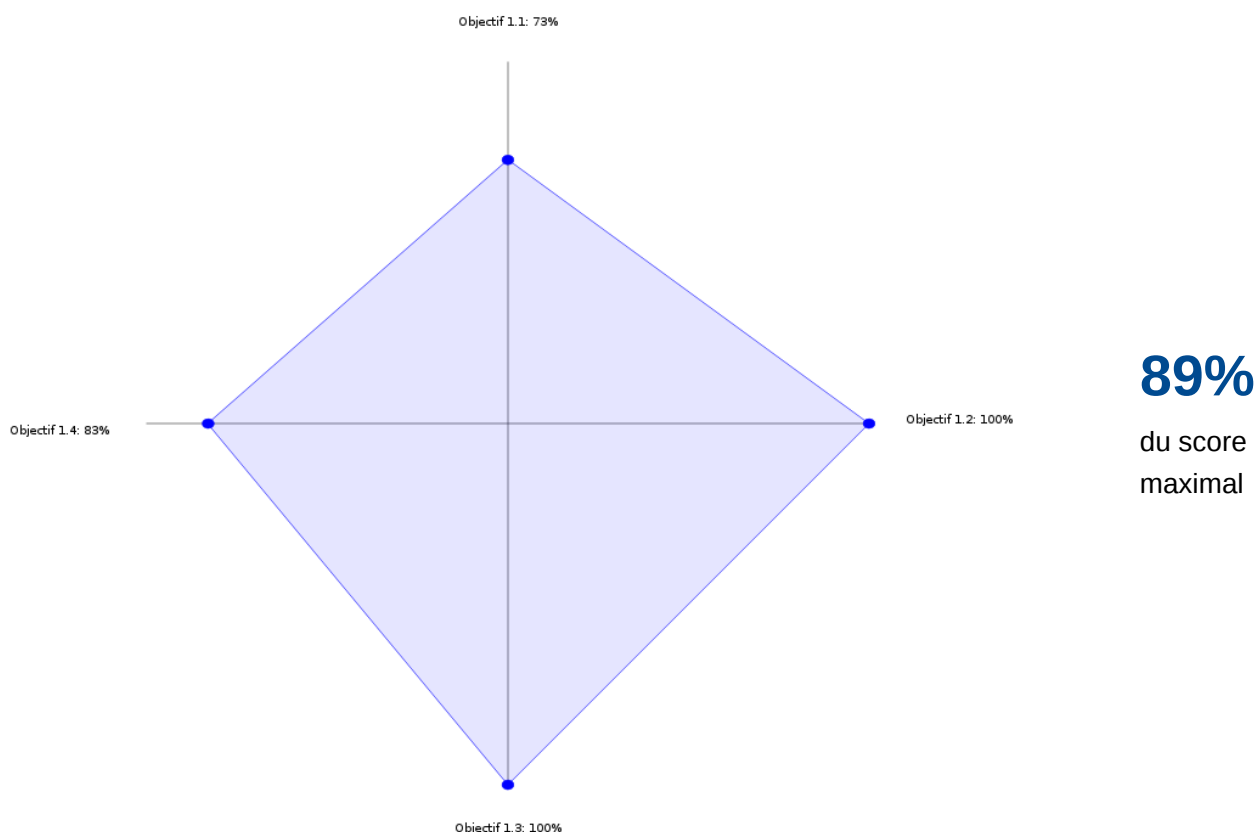
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



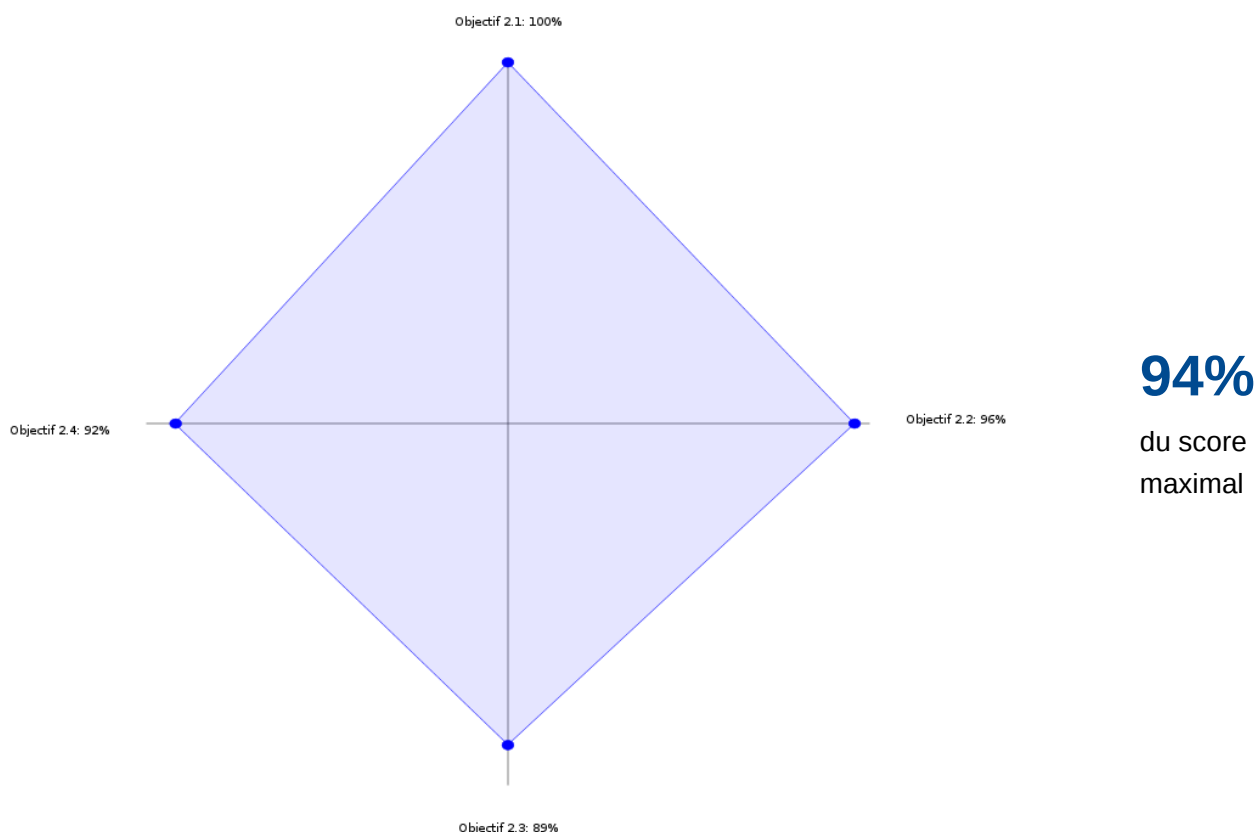
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	73%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	83%

L'information du patient et son implication sont recherchées tout au long de sa prise en charge. La perception par le patient de l'information donnée est hétérogène. Le patient reçoit une information claire et adaptée à sa compréhension, sur son état de santé, son traitement et soins et les objectifs de sa prise en charge en SMR et en service de médecine, ce, tout au long de sa prise en charge et pour sa sortie. Le projet de soin est établi en staff et avec le patient, incluant la réflexion bénéfice/risque, avec recours aux proches et aidants si l'état clinique du patient le nécessite. Le patient est informé des modifications de traitement en vue de sa sortie. L'information patient est présente, claire et adaptée. Des supports d'information sur des actions de santé publique sous forme de flyers, livret d'accueil, affichages sont présents dans le service et à l'entrée de la clinique. Les patients connaissent les modalités de désignation de la personne de confiance mais le document

n'est pas toujours retrouvé dans les dossiers. Il est à noter que l'établissement a mené une EPP sur le sujet qui a nettement amélioré le recueil de la personne de confiance. Malgré les supports mis à disposition par l'établissement (livret d'accueil, affichages dans les chambres, site internet et explications lors de l'entrée), les informations ne concernant pas directement la prise en charge médicale sont partiellement intégrées par les patients. On peut citer : le représentant des usagers (dont la photo est affichée dans chaque chambre), sa présence, comment le contacter, ou encore les modalités de dépôt de réclamation ou d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS), les directives anticipées... Il en est de même pour les questionnaires de satisfaction : e satis et questionnaire interne de satisfaction (remis à l'entrée avec le livret d'accueil).

L'information des patients sur l'alimentation de leur dossier médical de mon espace santé (DMP) est organisée. Elle repose sur des affichages, le livret d'accueil et l'information délivrée par l'accueil. Toutefois, les patients rencontrés, très âgés, ont peu connaissance ou sont peu intéressés de ces dispositions. Les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels respectent l'intimité, la dignité, la confidentialité. Les chambres sont équipées de cabinet de toilette adapté aux handicaps. Les chambres doubles sont équipées de paravent. Des affichettes réversibles sur les portes des poignées de chambres permettent de respecter la volonté du patient sur l'ouverture ou fermeture de la porte de sa chambre. Les changements de chambre sont facilités en cas « d'incompatibilité d'humeur » entre 2 patients. L'autonomie du patient est évaluée à l'entrée par l'aide-soignante et IDE (grille d'autonomie, risques d'escarres, risque suicidaire, risque de chute, évaluation cognitive...) et font l'objet de macrocibles reprises tout au long du séjour. Elles sont complétées par le médecin. L'autonomisation des patients est recherchée avec également un lien AS/kiné. Les patients bénéficient de séances de kinésithérapie, d'activité de groupe ciblé chute, de recours à un orthophoniste, podologue... Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une prescription médicale motivée, évaluée en staff pour prendre en compte la réflexion bénéfice/risque, tracée dans le dossier, mise en œuvre avec l'accord du patient et/ou de l'aidant familial, surveillée toutes les deux heures. La pertinence du maintien de la contention est systématiquement réévaluée chaque jour en relève avec rappel sur le dossier informatisé à 7 jours (si la contention n'est pas suspendue avant). La douleur du patient est évaluée quotidiennement lors de chaque prise de médicament, avec traçabilité systématique de la réévaluation 2 heures après administration d'un antalgique. Les échelles d'évaluation de la douleur sont adaptées au niveau cognitif du patient. Les prescriptions si besoin d'antalgiques prennent en compte la gradation de la douleur. Les proches et aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Avec l'accord du patient, les proches sont associés au projet thérapeutique (hospitalisation, sortie EHPAD, retour à domicile, HAD ...) et suivant les cas à la décision de prise en charge en soins palliatifs. Pour les patients âgés, une prise de contact avec les familles est systématique 15 jours après l'admission pour envisager la suite et faire des demandes de soutien ou de place en secteur médicosocial si nécessaire. La présence des proches est facilitée lorsque la situation le nécessite et des aménagements sont en place : lien avec le réseau de soins palliatifs, ouverture aux visites 24h/24 si nécessaire, salon des familles... La recherche du maintien de l'autonomie et du lien social est une préoccupation constante lors de la prise en charge et ce dès l'admission. La sortie du patient est anticipée, prévue et organisée autour d'un projet de sortie personnalisé. Les situations de précarité et de vulnérabilité sont recherchées dès l'admission. Un stock de linge de ville, de pyjamas, de pantoufles... est mis à disposition des patients démunis. Une possibilité d'entretien du linge pour les patients non entourés est également proposée. La préparation de la sortie d'hospitalisation est anticipée et fait l'objet d'un projet de sortie personnalisé, mis en place dès l'entrée dans le service, au cours d'une réflexion pluri professionnelle associant le patient et les aidants familiaux. Il prend en compte les conditions de vie, l'association des proches et aidants (tracée dans le dossier), l'anticipation des prescriptions de matériel et de médicaments. La clinique ne dispose pas d'assistant social. Toutefois, les modalités sociales sont prises en compte par les deux infirmières de coordination (IDEC), qui ont reçu une formation par une assistante sociale. Le recours à l'assistante sociale de la polyclinique de Nevers est également possible. Par ailleurs le réseau CNAM et le Programme de Retour à Domicile (PRADO) offre son concours pour le retour à domicile (situation complexe patients âgées et/ ou fragiles), un suivi et la coordination médecine de ville, spécialistes.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	89%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	92%

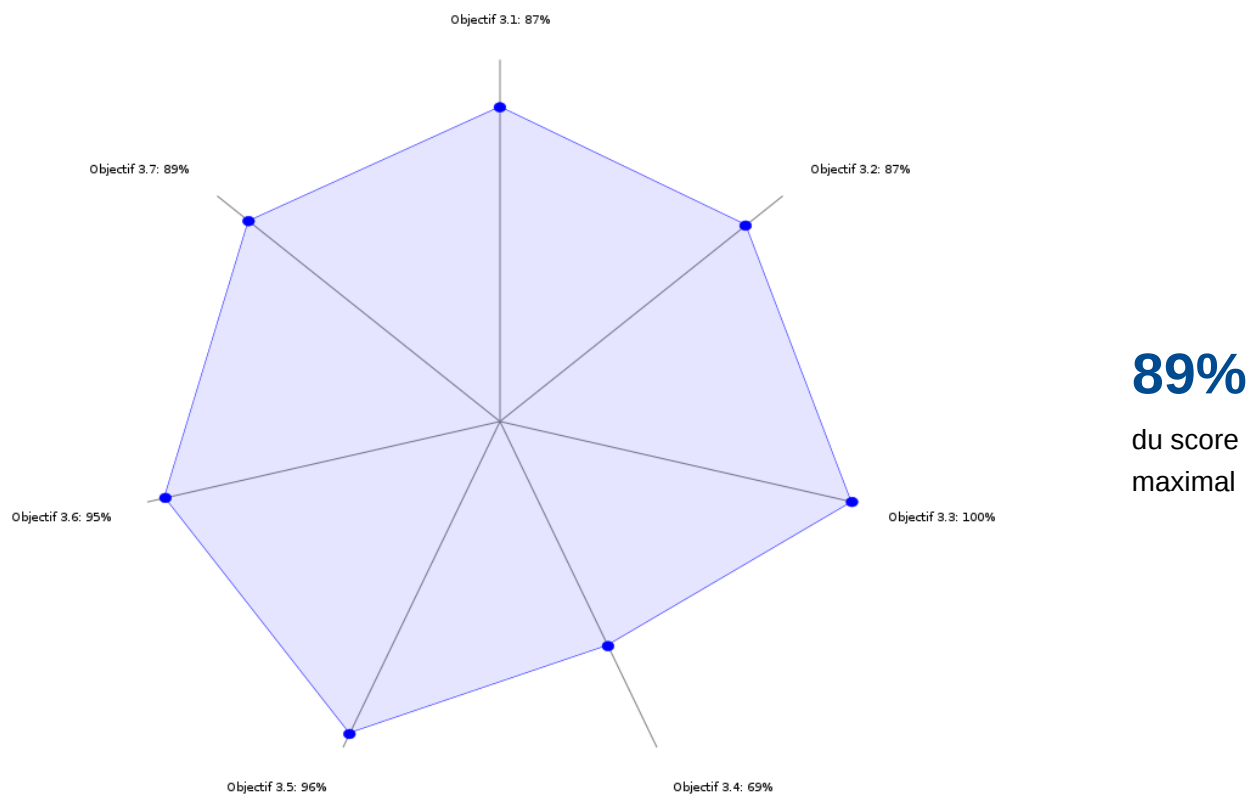
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe. La clinique du Morvan accueille principalement des patients âgés, en provenance des hôpitaux voisins, de la médecine de ville. Les demandes d'admissions sont gérées par l'outil via trajectoire. Elles sont analysées par les IDEC puis par le médecin avec une prise en compte du lieu d'habitation, de la charge de travail. La discussion de l'admission en SMR est réalisée ensuite en équipe : médecin, IDEC, IDE, kiné. Elle associe également le pharmacien pour s'assurer que les traitements seront disponibles à l'entrée du patient. Les besoins du patient sont examinés pour les confronter à l'offre de l'établissement et des compétences en place. Ceci permet également la mise en place des équipements nécessaires : matelas à air, installation bariatrique, traitement... La programmation de l'entrée est faite avec le patient ou sa famille, le médecin traitant ou le service d'amont.

Des protocoles ou recommandations de bonnes pratiques sont à disposition des équipes via un logiciel de gestion documentaire connu et très utilisé. La clinique fait appel lors de la sortie du patient, dans les cas le nécessitant, à l'Hospitalisation à Domicile 58 et 71. La justification du traitement antibiotique est retrouvée dans le dossier. Une alerte pour la réévaluation est systématique à J3 via le Dossier Patient informatisé (DPI). Les praticiens sont formés, se réfèrent à des procédures locales et prennent avis auprès d'un infectiologue du CH de Chalon sur Saône qui met également à disposition un site internet avec toutes les recommandations nécessaires. La coordination de la prise en charge pluri professionnelle est effective. Le parcours patient est consolidé grâce à la coordination et le travail en équipe pluri professionnelle notamment avec les temps de relève et le staff hebdomadaire. Le dossier de soins informatisé (DPI) permet l'accès aux informations du patient. Le personnel est formé à l'outil par une des IDEC. Les équipes médicales connaissent les modalités d'accès au DMP. Toutefois, un seul des médecins consulte régulièrement le DMP des patients. La CME a statué sur la liste des documents à déposer dans le DMP mais Les modalités de consultations ne sont pas définies. Le projet personnalisé de soins est formalisé, signé par le médecin et le patient ou sa personne de confiance, revu en équipe au minimum à J7, J 30 et J 60 si nécessaire, dans le cadre de staff hebdomadaire. Il englobe tous les aspects de la prise en charge (médical, psychologique, social, rééducation). Les explications sont tracées dans le dossier. Une convention avec le cabinet libéral de kinésithérapie pour un accès à la salle de rééducation au sous-sol de l'établissement est en place et 2 kinésithérapeutes assurent le suivi des patients, dès le lendemain de leur admission et participent au staff hebdomadaire. Un des médecins est formé aux soins palliatifs L'équipe peut faire appel à des correspondants spécialisés : équipe mobile soins palliatifs (association Emeraude 58), psychologue du réseau Emeraude 58 (1 journée par semaine), équipe psychiatrique (IDE du CMP présente un jour par semaine à la Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP) voisine. Par une demande d'intervention auprès de la coordinatrice de la MSP, l'établissement a accès à la télé médecine avec le CH de Chalon sur Saône (télé cardio et télé dermato). La lettre de liaison est remise systématiquement à la sortie du patient. Hormis le dossier pharmaceutique et le bilan thérapeutique qui ne sont pas en place, les risques liés aux pratiques sont maîtrisés. Un bracelet d'identification est systématiquement posé à l'entrée du patient et les règles d'identification sont respectées. Le circuit des vigilances sanitaires est défini, avec des responsables identifiés et des modalités de déclaration connues des professionnels. Les alertes ascendantes et descendantes sont gérées. La PUI est déportée sur la polyclinique du Val de Loire à Nevers. Le pharmacien et un préparateur en pharmacie (PPH) interviennent un jour par semaine à la clinique du Morvan. Un des médecins de la clinique est référent du circuit du médicament. La prescription est informatisée. La validation pharmaceutique est systématique pour toutes les prescriptions et les avis pris en compte par les prescripteurs. Le dossier pharmaceutique, s'il peut être en théorie consultable via une connexion CPS n'est pas utilisé actuellement. La conciliation médicamenteuse est en projet pour 2025 pour les patients de plus de 65 ans sous anticoagulants. Chaque semaine (mardi et vendredi) les médicaments sont livrés dans des containers sécurisés. Les ruptures de stock possibles sont anticipées via des tableaux d'équivalence de médicaments, de pansements et des conseils de switch. En cas d'urgence la personne chargée des livraisons peut se rendre à Nevers et /ou un recours à une officine de la ville est possible. Les péremptions sont gérées par le PPH à partir d'un inventaire tous les 6 mois qui produit un listing aux IDE. Les piluliers de chaque patient sont préparés pour la semaine avec un code couleur par jour. Ils sont récupérés et rangés dans le service dans une armoire spécifique, par les IDE. L'IDE de nuit place chaque jour les piluliers du lendemain dans le chariot de distribution. Pour les patients arrivant entre 2 livraisons, les IDE préparent les piluliers à partir des médicaments de l'armoire de dotation. Les médicaments à risque sont listés, connus et identifiés jusqu'à l'administration : alerte dans le logiciel lors de la prescription et de la distribution, logo dans l'armoire, sur étiquetage en jaune des per os fait par le PPH lors de la préparation des piluliers. L'administration des médicaments (ou la non-administration) est validée en direct. Les injectables sont préparés au moment de la pose et identifiés (médicament, dose, patient ...) avec des étiquettes de couleur : rose pour les antibiotiques, bleue pour les médicaments, blanche pour les solutés. La double vérification est systématique pour les médicaments à risque. Les IDE ont suivi des formations conduites par le pharmacien. Le traitement personnel, à l'entrée du patient est

mis sous clé dans une armoire dédiée et rendu au patient à sa sortie, en retirant avec son accord les médicaments arrêtés pendant le séjour. Toutefois, le bilan thérapeutique n'est pas retrouvé dans les dossiers. Le suivi quotidien des températures du réfrigérateur du service est assuré et tracé. Les stupéfiants sont stockés dans un coffre sécurisé. De nombreuses procédures sont à disposition. Plusieurs audits ont été réalisés : antibiotiques, suite d'EI... Les IDE et les médecins déclarent les EI liés au circuit du médicament et participent à des REMED. Le dispositif hygiène repose sur une IDE référente du CH de Nevers travaillant dans le cadre du GHT et du groupement d'intérêt public. Elle dispose de 9 missions sur l'année à la clinique du Morvan. Elle peut être facilement contactée par mail ou téléphone par les équipes : ses coordonnées sont affichées en salle de soins. Un des médecins de la clinique est référent hygiène, assisté par les 2 IDEC. Des protocoles sont disponibles, travaillés à partir des recommandations de la SF2H ou du réseau régional, puis revus en interne avec les professionnels de terrain pour s'assurer de leur faisabilité. Ils sont disponibles sur la base documentaire informatisée. Les professionnels sont informés de la mise à disposition d'un nouveau protocole ou d'une mise à jour via un carnet de liaison qu'ils doivent signer. Il y a également une alerte informatique signalant une modification de protocole devant être lu. Concernant l'hygiène des mains, l'évaluation de la consommation faite en 2023 a montré des taux à 20%. Ce constat a donné lieu à des actions d'amélioration : sensibilisation, audit via le caisson pédagogique, distribution de flyers, sensibilisation des usagers à l'occasion de la semaine sécurité des patients, EPP lavage des mains réalisée en avril 2024, suivi de recommandations... et a permis une évolution du taux à 70% de l'attendu. Les précautions standard sont connues et appliquées. Les alertes concernant les précautions complémentaires viennent du laboratoire : alerte de l'IDE hygiéniste qui transfère à l'IDEC et au médecin référent, alerte au service par fax + appel téléphonique. La prescription médicale est faite et donne lieu à un formulaire informatique permettant de mettre en place les Equipements de Protection Individuelle (EPI), les affiches sur les portes, les informations aux patients et à leur entourage (nombreux flyers en fonction de la situation). Une EPP a été réalisée en avril et octobre 2024, donnant lieu à des modifications de flyers. La gestion des excréta est conforme et repose sur des procédures. Un quizz à visée formative a été réalisé auprès des agents en 2024. L'utilisation des dispositifs invasifs est encadrée par des procédures. La prescription, la date de pose et le suivi sont tracés dans le DPI. Il est prévu 3 surveillances par jour. Il n'est pas retrouvé de formation ou d'EPP/audit sur les dispositifs invasifs. Des rappels sont actuellement faits par les IDE coordinatrices et l'IDE hygiéniste mais sans évaluation structurée des pratiques. Le bio nettoyage repose également sur des procédures construites en lien avec les ASH. Une observation des pratiques a été réalisée en 2024, donnant lieu à des actions d'amélioration (recommandations sur l'utilisation des produits d'entretien par exemple). Une formation au kit AES a été réalisée en février 2024. Le kit est vérifié en même temps que le chariot d'urgence. Des évaluations gériatriques et de risques de dépendance iatrogènes sont réalisés régulièrement notamment lors des synthèses visant l'évolution du projet thérapeutique. Les interventions des équipes pluri professionnelles contribuent à la prévention des risques de dépendance iatrogène : protections urinaires enlevées à l'entrée du patient, en accord avec le kinésithérapeute s'il confirme le déplacement possible jusqu'aux toilettes, explications priorisant la mobilisation, prévention des chutes (groupe de patient avec le kinésithérapeute par exemple), prise de poids hebdomadaire avec alerte informatique si perte importante... Les équipes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination via des rappels effectués par les référents en hygiène. Un questionnaire sur les freins à la vaccination a été distribué et analysé en vue de la mise en place d'actions d'amélioration. Le taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière est connu. Il est toutefois tronqué car le calcul prend en compte les vacataires dont le statut vaccinal n'est pas disponible. Le transport interne se résume aux transferts du patient non autonome de sa chambre à la salle de kinésithérapie et vice versa. Ces transferts sont assurés par les kinésithérapeutes. Ils sont planifiés et organisés. L'hygiène des moyens de transports est assurée par les aides-soignantes. Les équipes évaluent régulièrement leur pratique. Les résultats cliniques sont mesurés régulièrement lors des réunions de staff et suscitent des plans d'action. Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) (étape 2 ou 3) et groupes de travail sont développés : hygiène, circuit du médicament, personne de confiance. réévaluation de l'antibiothérapie, ... La prise en compte de la satisfaction fait l'objet d'un recueil régulier, force

de proposition d'actions d'amélioration prises en compte par les professionnels. Le recueil de l'expérience patient est réalisé ponctuellement et il n'a pas été retrouvé de structuration et de globalisation des recueils. Les représentants des usagers participent à la campagne de recueil de la satisfaction mais pas au recueil de l'expérience patient. Les plaintes et réclamations sont recueillies. L'équipe analyse ses pratiques en s'appuyant sur les événements indésirables (EI). Les EI dont les presque accidents sont déclarés et partagés et affichés dans les services. Les pratiques sont revues en fonction du niveau de gravité. Des revues régulières des indicateurs (IQSS) avec des propositions de plan d'action sont en place. Les actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont connues des professionnels dans les services concernés. Une convention est en place avec un laboratoire d'analyses médicales d'Autun. Un automate (gaz du sang...) a été mis en place dans la clinique avec formation des professionnels, mise en place d'un référent et suivi tous les trimestres par le laboratoire. Ce dispositif permet des résultats rapides palliant à l'éloignement de la clinique. Ceci offre également un contrôle régulier et une évaluation de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie par la présence trimestrielle d'un laborantin. Les actes radiologiques sont réalisés à Gueugnon pour la radiologie et à Autun pour les scanners et IRM. Les comptes rendus et délais sont évalués satisfaisants par la clinique. Un projet de radiologie mobile est en cours pour éviter des déplacements des patients.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	87%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	69%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	96%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	89%

Les orientations stratégiques de l'établissement sont clairement définies en cohérence avec son territoire, son activité et son relatif éloignement des structures hospitalières. La clinique du Morvan fait partie du groupe ELSAN dont elle bénéficie des fonctions support. Des fonctions communes sont présentes également avec la polyclinique du Val de Loire de Nevers (même groupe) ainsi que des complémentarités (accès aux

consultations externes, accès prioritaire aux lits vacants, ré-hospitalisation dans le service en cas de problèmes nécessitant un avis médical). Dans le même ordre d'idée des coopérations sont en place avec : le Centre Hospitalier de Decize (intervention sur demande d'une psychologue et hospitalisation), le Centre Hospitalier de Chalon sur Saône et celui d'Autun et l'hôpital psychiatrique Pierre Loo. Des Associations et réseaux sont actifs comme le réseau Emeraude (recours aux soins palliatifs, formation des personnels du service de médecine, Intervention d'un psychologue auprès des patients, famille, professionnels, une fois par semaine), la Croix Rouge française (organisation des sorties de patients en HAD en coopération avec le Réseau Emeraude pour les patients en soins palliatifs), HAD 71, CNAM Prado (service de retour à domicile après hospitalisation), MSP de Luzy (télémédecine, orthophoniste, sage-femme de la MSP à l'occasion d'octobre rose). L'établissement est organisé pour éviter le passage aux urgences des personnes âgées ou pour des patients en situation de précarité: admission directe de personnes âgées envoyées par les maisons médicales de Luzy, Four et Etang sur Arroux, admission directe des patients coordonnée avec le médecin traitant, médecin gériatre sur site, Partenariat avec l'EHPAD situé dans le même bâtiment, partenariat avec la MSP située à proximité de l'établissement, conventions HAD Croix rouge 58 et HAD 71. L'établissement favorise également tout dispositif ou outil pour éviter les déplacements: télémédecine, automate pour la biologie... La direction, le président de CME et les IDEC participent aux réunions organisées par la CPTS Sud Nivernais et prochainement aux réunions de la CPTS Morvan Santé, créé en septembre 2024. Les modalités de communication avec les interlocuteurs de ville sont aisées, avec des appels dirigés vers les médecins via le standard ou le secrétariat. La nuit et le WE, les appels au secrétariat sont automatiquement basculés vers le service qui est ainsi joignable en permanence. Les familles peuvent joindre facilement les équipes médicales ou paramédicales. Des rendez-vous téléphoniques peuvent être organisés. Un agenda partagé permet aux équipes de donner des RV présents avec un médecin aux familles demandeuses. Le dossier médical partagé (DMP) est alimenté automatiquement lors de la rédaction de la lettre de liaison. L'établissement soutient les professionnels médicaux et paramédicaux souhaitant s'engager dans des projets incluant des travaux de recherche en soins. Le groupe ELSAN met à disposition une plateforme enseignement et recherche à destination des médecins et une newsletter mensuelle « recherche clinique ». Toutefois, l'établissement n'a pas développé de politique structurée de recherche clinique en son sein ou en lien avec le groupe. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement et développe une politique bientraitance. Le recueil de l'expérience patient est en cours de développement. La gouvernance se mobilise pour recueillir et utiliser l'expression du patient : e satis, questionnaire de satisfaction interne, avis Google qui sont systématiquement pris en compte avec envoi d'une réponse. Un questionnaire de satisfaction pour les familles est également exploité. Afin de promouvoir ces questionnaires et d'améliorer le taux de réponse, l'établissement a mis en place plusieurs actions d'amélioration : Information renforcée auprès des patients et de son entourage, livret d'accueil, explications aux admissions, affichage dans les chambres, accompagnement avant la sortie, sensibilisation des professionnels au dispositif Esatis et communication des résultats. Le recueil de l'expérience patient est réalisé ponctuellement et est en cours de développement : formation e learning expérience patient et situation de maltraitance sont en cours auprès des équipes, suivi d'un patient de son accueil à son installation initié afin de recueillir son expérience. La communication est favorisée à plusieurs niveaux : politique d'information et de communication développée dans la politique qualité et le projet d'établissement, livret d'accueil des nouveaux arrivants rappelant les chartes des patients, remise de différents documents d'information aux patients (en cas de mise en place de précautions complémentaires, prévention des chutes, directives anticipées, identitovigilance...). Ces informations données aux patients sont évaluées au travers des questionnaires de satisfaction interne et e satis. Avec le soutien de la gouvernance et du groupe, la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont considérées comme un élément fondamental de la prise en charge des patients : formation bientraitance, charte de bientraitance rédigée par les professionnels, groupe de travail « bientraitance », affiche « maltraitance – parlons-en » pour les usagers, validée par le RU permettant d'informer les patients sur les numéros de téléphone à joindre s'ils s'estiment victimes de maltraitance, présence d'un accompagnant pour les patients non communicants... La gouvernance recense les cas de

maltraitance dans le PMSI. Les plaintes et réclamations sont transmises systématiquement au RU avec la réponse apportée par la direction. Le bilan annuel des plaintes est communiqué à la CDU et à la CME. Les professionnels sont informés en cas de réclamations de patients ou leur entourage sur la qualité de la prise en charge. Des actions d'améliorations sont mises en œuvre à la suite (par exemple : mise en place de gobelets pour l'administration des médicaments, nouveaux horaires de visite, achat de chariot repas adapté intégré au budget 2025, commande d'un chariot plus adapté pour le maintien au chaud des repas...). L'établissement est accessible aux personnes handicapées (place de parking, ascenseur sonore...). Les chambres sont adaptées pour la circulation d'un fauteuil roulant. Une procédure de prise en charge des populations spécifiques est formalisée. La présence d'un médecin gériatre améliore la prise en charge des personnes âgées. Un seul représentant des usagers intervient actuellement dans l'établissement. Ce dernier, du fait de l'éloignement, intervient également en visio conférence. La Commission Des Usagers (CDU) est en place et se réunit régulièrement. Elle est informée de l'ensemble des informations réglementaires dont elle doit disposer, des démarches qualité, des résultats d'audit, du tableau des indicateurs. La CDU est force de proposition pour la mise en place d'actions d'amélioration et participe ainsi au plan d'amélioration de la qualité. Toutefois, si les liens avec la gouvernance et la direction qualité sont présents, il n'y a pas d'intervention du RU au niveau des professionnels de terrain ou des patients sauf demande très spécifique. Le projet des usagers n'est pas formalisé. La gouvernance fonde son management sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les orientations prioritaires déclinées dans le PAQSS sont fondées sur une analyse globale des données propres à l'établissement, des risques et des évolutions réglementaires. Les professionnels rencontrés citent les actions du plan d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités. Ils sont informés par l'encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour de nouvelles actions. Ils participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement : EPP, CREX suite aux FEI, groupes de travail, pilote pour chaque action du PAQSS... La culture sécurité des soins des professionnels est évaluée par le biais d'exercice à blanc et une enquête a été réalisée en 2024 (40% de participation tous métiers confondus). Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connus et facilités par la taille de l'établissement. Les ressources humaines sont adaptées en fonction de l'activité en prenant en compte un équilibre entre les personnels permanents et vacataires. En cas de manque de ressources, il est fait appel à des personnels de remplacement habitués à l'établissement. De ce fait, ces professionnels connaissent les informations nécessaires à l'accomplissement de leur activité. L'accueil des nouveaux professionnels est organisé et les rôles de chacun sont définis (guide de travail, accompagnement pour les logiciels, tutorat, livret d'accueil). Les IDEC ont bénéficiés de formations managériales organisées par le groupe « processus manager par ELSAN ». De plus, ceux-ci sont accompagnés dans le cadre de coaching (entretien d'embauche, de recadrage, réunion de service par exemple). Les réunions de direction et la taille de l'établissement facilitent les échanges entre les responsables. L'organisation, la coordination des équipes est effective et témoigne de la volonté d'encourager le travail en équipe, le maintien et le développement des compétences. Le travail en équipe est impulsé par la direction et relayé par l'encadrement médical et soignant. Les avis des professionnels sont requis lors de réorganisations comme par exemple lors du transfert des lits de SMR en lit de médecine. L'organisation du travail s'articule lors de réunions pluriprofessionnelles (staff hebdomadaire, réunion de coordination avec les équipes et les médecins, réunion avec les IDEC avec la mise en place du « top 5 » qui est un point formel sur les événements de la veille et prévisions du lendemain, réunions avec les équipes de nuit organisées par la direction pour recevoir des informations ou aborder les projets institutionnels, rencontres de personnel de nuit et de jour permettant de renforcer le sentiment d'appartenance à l'équipe...). La synchronisation des temps de travail médicaux et paramédicaux est constatée au sein de l'organisation. Le plan de formation annuel justifie la prise en compte de la nécessité de faire évoluer les compétences individuelles et collectives des professionnels. Celles-ci sont évaluées lors des Evaluations Annuelles de Performance (EAP). Des groupes de formations sont organisées en interne dispensés par les médecins (massage cardiaque, appareillage VNI, douleur et soins palliatifs, utilisation du Kalinox, appareillage apnée du sommeil ...) et les référents IDE hygiéniste, pharmacien... (prévention des AES, médicaments à risque,

sécurité informatique). Cependant, il n'y a pas de démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (type PACTE) structurées. La taille de l'établissement et la proximité des professionnels sont également des éléments favorisant. Le questionnement éthique est abordé ponctuellement lors des staffs hebdomadaires en cas de difficultés rencontrées dans la prise en charge. Toutefois, il n'est pas retrouvé d'état des lieux structuré. L'établissement a accès aux réunions et événements organisés par l'Espace de réflexion éthique Bourgogne Franche Comté (EREBFC) et prochainement (fin novembre) aux cafés éthiques organisé par le réseau Emeraude. Toutefois, les professionnels rencontrés n'ont pas connaissance de ces dispositifs. Le RU ne participe pas à ces comités éthiques. Une démarche QVT est en place. La clinique du Morvan a défini sa politique QVT, intégrée au projet social en 7 actions. Elle s'articule autour de deux enquêtes : une enquête Engagement Groupe avec une communication avant et après auprès des équipes et des mesures correctives mises en place immédiatement et à moyen terme, une Enquête « Qualité de vie au travail » en interne concernant les relations avec le manager, le travail, avec soi-même, avec l'organisation et l'équipe. Les données du personnel sont prises en compte : logiciel qui permet d'enregistrer et de suivre les AT, réflexion et accompagnement pour faciliter le retour à l'emploi, entretiens avec les IDEC et la RH en cas de départ volontaire du salarié, formation en interne pour faciliter l'intégration, accord sur l'accompagnement de fin de carrière. Les professionnels sont soutenus au plus près du terrain par les cadres de proximité et la taille de l'établissement facilite la gestion des relations avec notamment : des temps d'échanges quotidiens entre les équipes et les IDEC et médecins, entretiens pour l'aménagement et la réorganisation du poste de travail, accompagnement pour le retour à l'emploi et mi-temps thérapeutique, poste IDE en 12h, aménagement des horaires des ASH, poste IDE en plus certains jours, pour la préparation des piluliers. L'encadrement a suivi, dans le cadre de la formation au management du groupe, un module gestion des conflits. En préventif, un point régulier est fait avec les IDEC et les équipes lors des transmissions pour connaître les difficultés rencontrées et désamorcer un problème naissant. Enfin, suivant la situation, un niveau d'action est défini : alerte IDEC et/ou CSE, alerte service RH / direction, alerte service juridique du groupe, intervention du responsable QVT et gestion de conflits du groupe Elsan. Par ailleurs, les professionnels ont la possibilité de contacter un prestataire partenaire du groupe en cas de difficultés et de situation difficiles (maltraitance d'un salarié par exemple). Toutefois, la connaissance de ces dispositions par les professionnels rencontrés est hétérogène. La réponse aux risques potentiels est adaptée à la typologie de l'établissement et opérationnelle. La clinique du Morvan est un établissement de 3^{ème} ligne. Elle peut être sollicitée en appui en cas d'afflux massif et inopiné de blessés et en renfort des centres hospitaliers, établissements type EHPAD devant être évacués. Les professionnels (via les instances) ont été associés à la gestion de la crise sanitaire et connaissent le plan blanc (réactualisé en 2024) et les modalités d'alerte. La cellule de crise est opérationnelle. Des exercices ont été organisés : cyber attaque, déclenchement du plan de gestion de crise en visio, exercice d'évaluation du nombre de lits disponibles et moyens de transport nécessaires en cas d'évacuation. Des RETEX sont organisés suite aux exercices. Les consignes de sécurité et les solutions de sécurisation à destination des professionnels en cas de situations critiques (tapage, intrusion, agression, vols...) sont connues. L'établissement est sécurisé pour éviter des errances des patients. L'établissement s'inscrit dans la politique de Responsabilité Sociale et Environnementale (RSE) du groupe et a élaboré son projet à son niveau en prenant en compte son environnement. Le référent développement durable est commun avec celui de la polyclinique du Val de Loire. L'établissement suit les indicateurs du groupe : consommation énergie, relations avec les partenaires du territoire, isolation thermique. Le plan d'action est commun avec celui de l'EHPAD public qui est dans les mêmes locaux : politique de régulation du chauffage. De nombreuses actions sont en place : participation aux cafés RSE du groupe pour des échanges d'expérience, campagne d'affichage, démarche RSE intégrée au livret d'accueil pour sensibiliser les patients, filière de tri des déchets... La gestion des urgences vitales est organisée. L'établissement dispose de DSA, d'un chariot d'urgence dans l'infirmerie du service (SMR/ Médecine). Les protocoles adéquats sont en place. Une vérification mensuelle est réalisée par un binôme IDE/ AS ainsi qu'un contrôle des périmés. Des formations FGSU sont régulièrement dispensées, complétées par l'équipe médicale en interne. Des simulations sont en place avec mannequin. En revanche, 2 numéros

apparaissent sur l'affiche "urgence vitale" : celui du médecin d'astreinte de 8h à 20h et le 15. Les professionnels interrogés renvoient à ces 2 numéros avec priorisation au 15. L'établissement a clarifié ce point en cours de visite avec l'appel unique au 15, qui s'avérait être la pratique des professionnels. Toutefois, le dispositif de prise en charge des urgences vitales n'a pas été évalué dans sa globalité. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Plusieurs actions et supports institutionnels contribuent à l'acculturation qualité/sécurité des soins des équipes. Les professionnels sont informés de la mise à jour des procédures lors des réunions de service et par la gestion documentaire qui est bien connue et utilisée avec des protocoles par pathologies. L'analyse des revues de pertinence des journées d'hospitalisation en SMR n'a pas été retrouvée. Le plan d'action qualité gestion des risques intègre les retours d'analyse des enquêtes de satisfaction et est connu par les équipes rencontrées. Les professionnels connaissent la procédure de déclaration des événements indésirables associés aux soins qui se fait sur le logiciel de gestion documentaire. Le circuit des événements indésirables est opérationnel, du signalement (y compris des presque accidents) à la mise en place des actions d'amélioration suite à des RETEX complets (méthode ALARM) suivant les cas. Les équipes sont informées, connaissent les indicateurs et les actions d'amélioration en regard (consommation de SHA, prise en charge de la douleur, lettre de liaison ...). Elles se les approprient pour mettre en place des actions d'amélioration : information aux familles sur les rendez vous à l'extérieur organisé pour leur patient par exemple. Les recommandations de la CDU sont diffusées et prises en compte. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : • Assurer une meilleure information du patient sur ses droits, les RU et le recueil de satisfaction ; • Assurer la traçabilité du bilan thérapeutique dans le dossier du patient et dans la lettre de liaison ; • Développer le recueil de l'expérience patient ; • Formaliser le projet des usagers.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	580000057	S.A. CLINIQUE DU MORVAN	Le mattrait 58170 Luzy FRANCE
Établissement principal	580780187	CLINIQUE DU MORVAN	5-7 avenue hoche 58170 Luzy FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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 SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Non
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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	35
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	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	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			P
2	Traceur ciblé			PSL => NA
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
6	Traceur ciblé			EI selon liste fournie par l'établissement
7	Audit système			
8	Traceur ciblé			PSC
9	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque / antibiotique injectable / per os
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Audit système			

14	Audit système			
15	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Audit système			
17	Audit système			
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système			

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

