



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE L'AGGLOMÉRATION
DE NEVERS**

1 avenue Patrick GUILLOT
BP 649
58033 Nevers



Validé par la HAS en Janvier 2024

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	18
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 2024	23
Annexe 3. Programme de visite	27

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 non-certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS	
Adresse	1 avenue Patrick GUILLOT BP 649 58033 Nevers FRANCE
Département / Région	Nièvre / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	580780039	CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMERATION DE NEVERS	1 avenue Patrick GUILLOT BP 649 58033 Nevers FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

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

Champs d'applicabilité

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

Au regard du profil de l'établissement, **127** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Le CH de l'agglomération de Nevers (CHAN) est l'établissement support du GHT de la Nièvre, composé du CH de Nevers, des CH de La Charité sur Loire, Decize, Cosne sur Loire, Château Chinon, Lormes, Luzy, St Pierre le Moutier et du Centre hospitalier spécialisé Pierre Léo à La Charité sur Loire. Ces établissements relèvent d'une direction commune située à Nevers, avec des directeurs délégués de site, ayant des fonctions au CHAN. Le CHAN, établissement multisite, propose une offre de soins de Médecine, Chirurgie dont ambulatoire, gynécologie, obstétrique, pédiatrie néonatalogie, urgences, de SSR, SLD et HDJ, ainsi que d'HDJ de pédopsychiatrie. Plusieurs EHPAD sont adossées au groupement. Les difficultés de recrutement, en particulier médicales impactent fortement l'activité, l'offre de soins et la sécurité dans certains secteurs. Des lits ont été fermés (399 lits ouverts sur 602 autorisés au moment de la visite). Depuis plusieurs années le Centre 15 est transféré au CHU de Dijon. Les urgences qui admettent environ 33 428 passages par an (Source CH 2022), ne disposent pas de l'effectif médical permettant de garantir la sécurité des soins. Il arrive que le SMUR ne puisse intervenir depuis Nevers et soit délégué avec l'hélicoptère à Decize. Les tensions au sein de la maternité et de la pédiatrie ont provoqué la modification temporaire de niveau 2B en 2A pendant l'été. L'établissement organise avec le CHU des vacations médicales avec des praticiens transportés régulièrement par avion depuis Dijon. Le bloc opératoire qui dispose de 9 salles ne peut en ouvrir que 4 en raison des carences en MAR, IADE et IBODE. 96 postes paramédicaux sont vacants. De même un tiers des postes de cadre ne n'est pas pourvu. Le CHAN dispose d'une PUI qui dessert également les EHPAD. Elle dispose de 8 pharmaciens et un radiopharmacien non remplacé pendant ses congés. Elle produit environ 8000 poches de cytotoxiques par an. Un service de radiologie est installé sur site incluant Scanner et une IRM en GIE non opérationnelle la nuit. Le recours à la téléradiologie est organisé, en particulier pour le service des urgences, le diagnostic de mort cérébral pour les prélèvements multi-organe (PMO) et la prise en charge des AVC en lien avec le CHU Dijon. Le CHAN dispose d'un service de Biologie in situ qui assure des prestations pour une partie du GHT. Le CH assure la médicalisation des détenus de la maison d'arrêt de Nevers. Une organisation est en place en lien avec l'ABM pour les prélèvements d'organe. Ces différents contextes seront précisés dans le corps du rapport. Un livret d'accueil, contenant les informations relatives à l'hospitalisation, est remis majoritairement, mais surtout déposé sur les tables de nuit, pas toujours complété par une information orale, ni expliqué, accompagné et commenté, tracé (Santé publique, Représentants des Usagers, directives anticipées, possibilité de déclaration d'événements indésirables et/ou de plainte, expérience patient, ...). Les éventuels compléments d'information relatifs aux conditions d'hospitalisation diffusés oralement sont partiellement tracés dans le dossier et beaucoup de patients rencontrés affirment ne pas connaître l'existence des RU, la procédure pour adresser une plainte ou réclamation etc... Des affichages dans les secteurs complètent l'information du livret (Chartes, informations relatives aux Représentants des Usagers, messages de santé publique, activités...), et sont retrouvés dans les lieux de prise en charge, quelquefois absents dans certains espaces. Les attitudes observées dans les différents services montrent une grande bienveillance et une recherche de l'implication du patient, de même que des actions visant au maintien de l'autonomie. Les professionnels tentent d'adapter leur communication à l'état cognitif des patients, notamment avec des échelles adaptées pour l'évaluation de la douleur en pédiatrie. Le consentement, l'engagement et l'implication du patient sont recherchés pour l'ensemble des prises en charge et pour l'élaboration des programmes de soins. Le patient est majoritairement impliqué dans son projet de soins et projet de vie, son consentement est recueilli, les familles et aidants sont associés. L'avis de l'enfant est recueilli. Les parcours de soins sont organisés et coordonnés. Des activités sont proposées dans les secteurs de long séjour. Une école est proposée en pédiatrie quatre demi-journées par semaine et un jour par semaine en HDJ Pédopsy. Les courriers de sortie ne mentionnent

pas les références des DMI. L'information pré transfusionnelle et la réflexion bénéfique risque sont partiellement tracées dans le dossier. Les patients rencontrés expriment leur satisfaction relative aux comportements et à la prise en charge. Ils confirment en partie qu'une information médicale leur a été délivrée par les médecins ainsi que par les paramédicaux. Certains manifestent l'insuffisance de contact et d'explication par les médecins et des durées importantes entre les visites. Le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir est effectif et retrouvé dans les dossiers consultés. La démarche visant à la proposition de rédaction de directives anticipées n'est pas acculturée par les professionnels et non retrouvée dans les dossiers. L'information en ce sens est très partielle. L'information relative à la prise en charge ambulatoire est généralisée (passeport ambulatoire, éligibilité, appel de la veille et du lendemain). Les professionnels sont systématiquement identifiables par fonction. La dynamique relative à « l'expérience patient » n'est pas encore engagée du point de vue patient. La démarche « patient expert » n'est pas opérationnelle. Les professionnels rencontrés n'ont pas fait état des démarches ETP. La démarche d'éducation thérapeutique est formalisée dans la GED mais non identifiée au niveau des professionnels. Une démarche RAC est en cours. Les prises en charge s'effectuent au sein des services dans le respect des droits des patients et bénéficient de l'attention des professionnels. Le principe d'humanité est institutionnalisé. L'hôpital a été construit en 2003. La bonne tenue des bâtiments a pu être constatée, tant pour leur maintenance que pour les mesures d'hygiène des locaux. Les plateaux techniques sont entretenus, aussi bien pour l'entretien quotidien que pour la maintenance architecturale. Les portes des chambres sont majoritairement fermées. Leur ouverture à la demande du patient est tracée. La visite a objectivé des chambres à deux lits, disposant d'une séparation par un rideau permettant le respect de l'intimité. Cependant, en SSPI, les rideaux sont peu utilisés. De même, en HDJ onco hémato, dans des locaux très contraints, les rideaux sont partiellement utilisés, même lors des soins et des entretiens. Aux urgences, l'information relative aux délais d'attente est déficiente malgré l'affichage d'un délais moyen standardisé. Dans ce secteur, très en tension, dans des locaux inadaptés, les patients sont installés sur brancards, avec des barrières non prescrites, quelquefois dans l'exiguïté, séparés par un rideau sans espace d'intimité entre eux, mais le plus souvent dans les couloirs, sans paravents, sans isolement homme femme. Les entretiens et soins ne peuvent dans ces conditions respecter l'intimité, la confidentialité et la dignité des patients. Il a été observé des patients installés dans le sas d'accès des ambulances, dénudés, contentionnés sur des brancards, sans surveillance, exposés aux possibles gaz d'échappement. Dans ce secteur, au regard des locaux, des effectifs et des pratiques, la sécurité des patients ne peut être garantie. Les patients sont transportés vers le secteur d'imagerie et laissés en attente sans surveillance spécifique, indifféremment installés sans séparation, quelquefois sous contention (barrières). Les urgences adultes accueillent dans les mêmes conditions les mineurs pour les pathologies traumatologiques. Aucun circuit n'est dédié, aucun local n'est réservé à leur accueil. Les conditions d'attente en imagerie sont identiques. Les professionnels ne sont pas formés à l'accueil pédiatrique dans ce secteur. Au bloc le circuit des mineurs est identique à celui des adultes. Cependant, une zone pour les mineurs est dédiée en salle d'attente et en SSPI. Les paravents permettent et garantissent l'isolement entre mineurs et adultes. Les urgences pédiatriques accueillent les pathologies médicales dans des locaux adaptés et avec des pratiques conformes à l'exception de la pose du bracelet d'identification qui n'est pas utilisé lors de la présence des parents. A la maison d'arrêt, les conditions de prise en charge, d'entretien avec les détenus respectent leurs droits. Leur rencontre lors de la visite témoigne de l'attitude empathique et utile des professionnels qui y exercent. Les parcours des patients détenus vers le CH sont organisés pour garantir leur intimité et leur dignité. Une chambre sous surveillance de la pénitentiaire est réservée dans un service. Des contentions ont été observées dans les différents secteurs, majoritairement sans prescription ni réévaluation. Des prescriptions conditionnelles pour 6 jours ont été relevées. Des actions sont engagées permettant d'assurer et de maintenir l'autonomie des patients. Une salle de rééducation bien équipée est à disposition avec les personnels afférents, dans laquelle les professionnels mettent en œuvre les activités prescrites, après évaluation initiale et définition d'un programme de soins. L'information relative à la dépendance iatrogène n'est pas retrouvée et la connaissance par le personnel soignant des facteurs de risques de dépendance iatrogène est hétérogène. Le maillage gériatrique permet

l'organisation d'une prise en charge pour les patients âgés. L'établissement dispose d'une équipe mobile gériatrique avec hotline, d'une équipe mobile de soins palliatifs, d'un maillage pédopsychiatrique à l'échelle du GHT. La douleur est identifiée, évaluée et prise en charge. L'évaluation de la douleur est majoritairement retrouvée dans les dossiers. Les prescriptions conditionnelles (si besoin) ne sont pas toujours argumentées au regard d'une échelle de la douleur. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Ils sont impliqués régulièrement dans la prise en charge et tenus informés. La pédiatrie et la maternité permettent l'hébergement des familles. Les horaires des visites sont adaptés aux situations La prise en compte des conditions de vie et l'éventuel report de soins dans le cadre d'une humanisation des prises en soin sont observés. Les sorties sont anticipées avec les familles, les aidants, les proches et les structures d'aval, prenant en compte les conditions de vie et le tissu social.. Les services sociaux sont impliqués et une PASS est active.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les professionnels du CHAN cultivent majoritairement dans les secteurs la recherche de l'efficacité, de la sécurité et de l'adaptation des soins dans une dynamique d'objectif partagé. Les prises en charge s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques connues. Cependant le rôle de la CME dans cette démarche n'est pas identifié. Une veille documentaire est assurée. Les sous commissions de la CME étant en grande parties inactives selon la CME, les recommandations ne peuvent être ni colligées ni diffusées avec mesure d'impact. Des filières de soins et de prise en charge pertinentes sont identifiées en interne et en externe sur la base de l'organisation territoriale, en lien avec le CHU de Dijon. A noter le maillage gériatrique et pédopsychiatrique. En SLD, SSR et pédopsychiatrie, le parcours est structuré, coordonné et sécurisé. La pertinence des hospitalisations en SSR est analysée. La réévaluation de la pertinence du maintien en SSR est effectuée. Les projets de soins et projets de vie sont tracés et évalués en équipe. La concertation pluri professionnelle et pluridisciplinaire est mise en œuvre dans certains secteurs. Des staffs sont organisés, partiellement tracés. Certains secteurs n'organisent aucun échange médico paramédical. La transversalité des échanges n'est pas retrouvée. Les relations inter secteurs sont décrites comme difficiles dans différentes situations. La communication entre les services et les urgences est complexe. Certains patients restent plus d'une journée sur un brancard aux urgences alors que des lits sont disponibles en hospitalisation. Certains secteurs refusent d'accueillir les patients des urgences. Certains praticiens ne participent aucunement à cette activité. Les urgentistes et la direction décrivent une situation de blocage. Il n'existe pas de commission des admissions non programmées opérationnelle malgré le regard quotidien de la direction. Un envoi de note de la direction au service est réalisé en cas de tension sur les lits demandant de faire des sorties. La liberté d'aller et venir est observée en pédopsychiatrie sauf nécessité. Le secteur ne dispose pas de lits d'hospitalisation mais a recours au service de pédiatrie qui met des lits à disposition, mais non adaptés à des adolescents suicidaires. La pertinence des prescriptions et re-prescription d'antibiotiques, est partiellement argumentée et réévaluée par les praticiens dans les dossiers. Les dossiers consultés ne montrent pas d'actions de réévaluation. Aucun indicateur n'est disponible permettant une image objective de la situation. Aucune formation à l'antibiothérapie n'a été identifiée. Les praticiens peuvent faire appel à un référent hygiène au CH et à un infectiologue au CHU. Un livret des antibiotiques est à disposition Concernant la transfusion, la situation est hétérogène. Les dossiers investigués montrent que l'information préalable au patient n'est pas toujours tracée, pas plus que la réflexion bénéfique risque, le débit et la durée de la transfusion. Par ailleurs les professionnels ne connaissent que partiellement les complications possibles de l'acte. La pertinence des actes transfusionnels est analysée partiellement selon les secteurs mais pas de façon globale. Des indicateurs de destruction sont retrouvés en concordance l'indicateur national. Le DPI, commun au GHT, est possiblement alimenté par l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, dont médico techniques, diététicienne ainsi que par l'assistante sociale etc.... Il est accessible en permanence aux professionnels concernés selon login personnel et mot de passe changé en théorie régulièrement. Les intérimaires disposent d'un accès personnel. Le CHA dispose d'un PACS imagerie et d'un accès distant pour la télémagerie. Le PPS et le projet de vie sont tracés, de même que les évaluations afférentes. Cependant certains secteurs disposent d'un logiciel métier non interopérable avec le DPI (dialyse, Maternité au travers du réseau périnatal régional). Certains services ne sont pas informatisés, par inadéquation du DPI ou par choix (Réa, anesthésie, Pédopsy, Maison d'arrêt...). Les comptes rendus de biologie et d'imagerie sont informatisés dans tous les services Les interfaces prescriptives ne sont pas toujours maîtrisées. Si l'anesthésie intègre en SSPI la prescription pour les services (interface papier/DPI), on retrouve des observations « papier » sans identification de l'observant et du patient, une absence de date, voire des prescriptions hors DPI sans horodatage, hors DCI. Cette situation variable est retrouvée par exemple en

pédopsy, chir vasculaire.... Par ailleurs, tous les documents « papier » ne sont pas systématiquement identifiés au nom du patient. Cette organisation ne permet pas de disposer d'un dossier unique circulant avec un risque d'erreur de lecture au niveau de la transmission des informations pour les parties manuscrites. La maternité décrit, malgré le logiciel régional, des absences de prescriptions médicales mettant les sages femmes en difficulté. Les items de l'entretien prénatal précoce de la fenêtre du logiciel régional de maternité ne sont pas toujours remplis. Ces informations sont présentes de façon hétérogène dans les transmissions ciblées. Ainsi on ne retrouve pas toujours toutes les traçabilités dans le dossier, en particulier lors il s'agit de documents papier. Le carnet de santé de l'enfant n'est pas systématiquement renseigné en dehors du secteur mère enfant. L'examen somatique n'est pas effectué en psychiatrie. La lettre de liaison n'est pas systématiquement remise à la sortie, quelquefois plus de deux semaines après. Par ailleurs, malgré la mise à disposition d'une messagerie sécurisée, la non validation numérique par les médecins, empêche l'adressage aux correspondants libéraux. Les patients sont orientés par le SAMU de Dijon au niveau territorial en lien avec le SMUR local, selon les pathologies et capacités d'accueil. Les véhicules du SMUR sont conduits en intervention par un conducteur ambulancier comme prévu par la réglementation. Le CH dispose en théorie d'un équipage médicalisé et d'un TIH. Les dossiers SMUR sont actuellement établis sur papier. Leur consultation, difficile, au regard du manque de participation des praticiens, montre une tenue incomplète, ne permettant pas de considérer qu'il s'agit d'un dossier qui intègre toutes les composantes d'observation et de prise en charge des patients. Leur exhaustivité et complétude observée par les experts-visiteurs sur un échantillon ne montre pas une bonne tenue. Les dossiers TIH consultés sont correctement renseignés. Par ailleurs, aucune analyse des dossiers n'est organisée. Le matériel du SMUR est géré et vérifié au quotidien. Les médicaments sont sécurisés dans la réserve et les véhicules. Les interfaces entre les services ne sont pas pleinement opérationnelles et la communication, entre les secteurs rend certaines prises en charge complexes. Des patients ne sont pas examinés pendant plusieurs jours (patient traceur). La prise en charge de patients issus des urgences ne relève pas toujours d'un médecin référent dans le cadre d'un hébergement. La concertation entre les urgences et certains secteurs est inexistante. Les spécialistes intervenant aux urgences ne tracent pas leur avis dans le DPI, recopié par l'urgentiste. Des filières sont organisées aux urgences (traumato, cardio, téléAVC sans intervention de la neurologie en local, relations avec le CHU, réseau gériatrique, psy...). Le service des urgences qui accueille 33428 passages par an (sources ES 2022), dispose de 8 boxes d'examen, 3 déchoquages et 10 UHCD qu'il ne gère pas (cardio néphro). La fonction IAO est formalisée et les IAO sont partiellement formés. Une échelle de tri validée est utilisée. Les formations AFGSU ne sont pas à jour. Le CHAN dispose d'un gestionnaire de lits. Un tour des lits 3 fois par jour permet une connaissance des lits disponibles purement informative sans impact stratégique. Les urgences ont accès à tous les dossiers ou prescriptions. L'effectif médical y est en carence, avec un recours permanent à l'intérim. Sept postes sur vingt six sont occupés. Au premier jour de la visite, un seul médecin était présent pour 36 patients présents dont 3 en déchoquages. Ce médecin devant assurer également le SMUR, cette activité a été déportée à Decize. Par ailleurs ce même médecin est censé répondre aux urgences vitales (Organisation détaillée au Chapitre 3). Dans ce service, les plannings établis par les médecins sont inégaux et montrent des présences non lissées, à charge à l'établissement de combler les carences. La tension dans ce secteur, qu'il s'agisse des locaux, des effectifs ou des organisations, ne permet pas d'accueillir dignement les patients en toute sécurité. L'établissement tente de maintenir les capacités d'hospitalisation malgré la saisonnalité avec une réflexion portant sur l'accueil hivernal pédiatrique. Cependant, au regard des contraintes RH, au jour de la visite, 399 lits sont ouverts sur 602 autorisés avec des vécus difficiles pour certains soignants. Le BO, dans des locaux vastes et bien tenus, dispose de 9 salles dont seulement 4 sont utilisées au quotidien faute d'effectifs médico paramédicaux. Une salle en continuité de la maternité est réservée aux césariennes en urgence. Les actes d'endoscopie sous AG sont effectués dans ces locaux. La programmation est théoriquement effectuée le jeudi pour la semaine suivante avec une faible participation médicale. Des réajustements sont effectués selon les urgences ou semi urgences au fil de l'eau, ce qui n'exclut pas des reports d'intervention. Aucun indicateur de pilotage hors la volumétrie, n'a été identifié ni présenté. Une charte de BO existe, révisée avec les différents

types d'urgence notamment, mais sans inclure l'organisation en cas de prélèvement multi-organes (PMO), de même qu'un conseil de BO et un Comité des usagers du BO. La programmation du BO ne semble pas relever d'un pilotage organisé. La Checklist (CL) du bloc opératoire est mise en œuvre et tracée. La CL est remplie à 100% car numérique et bloquante. Les professionnels la décrivent comme non systématiquement effectuée dans les règles. Aucun audit qualitatif n'est effectué. L'analyse des GO/NOGO est absente. La traçabilité de la CPA et de la VPA est irrégulièrement retrouvée dans le dossier. Les éventuels incidents per op ne sont pas identifiées sur la fiche d'anesthésie. La sortie de salle de soins post-interventionnels (SSPI) est validée selon score avec prescription pour le suivi dans le DPI. En ambulatoire, les règles de bonnes pratiques sont respectées : éligibilité, appel de la veille et du lendemain, sortie selon score et après visite médicale. La radioprotection est assurée mais tous les praticiens ne disposent pas de la compétence faute de suivi de formation. Le EPI sont disponibles, ainsi que les dosimètres. Le taux d'utilisation n'est pas analysé. Les CROP délivrés aux patients n'intègrent pas les doses reçues pas plus que les références des DMI. Les patients sont conduits au bloc opératoire sur leur lit. Les contrôles d'ouverture de salle sont effectués, la fiche FOSO alimentée et les pressions contrôlées. La qualification des salles est effectuée. Le circuit endoscopique est conforme. Cependant la CL endoscopie n'est pas toujours remplie et les références de l'endoscope n'intègrent pas le CR. Le local de désinfection des endoscopes est conforme, les professionnels formés et disposent d'EPI. Le carnet de vie des matériels est suivi. L'évaluation des pratiques professionnelles est inexistante. Les CR ne sont pas diffusés systématiquement en temps réel. La maternité qui effectue un peu de moins de 1100 accouchements, dispose de locaux vastes et adaptés, dans lesquels des lits ont été fermés. L'hébergement de gynécologie est effectué à un autre niveau. La permanence des soins est assurée. Mais les tensions sur les effectifs pédiatriques ont contraint le CHAN à dégrader le niveau de la maternité de 2B en 2A pendant l'été.. Le matériel nécessaire aux prises en charge est disponible. Cependant lors de la visite il a été signalé l'impossibilité par les MAR d'effectuer des péridurales, même en journée en raison de l'activité du BO. Cette situation, non quantifiée a été décrite concernant également une activité programmée qui a du être reportée. Un code rouge est disponible, ni testé, ni évalué. Les sages femmes, dont l'effectif est stabilisé, après une période qui a justifié le recours à la réserve sanitaire, décrivent des prescriptions médicales non conformes, non écrites. Cette situation n'a pas été constatée dans les dossiers. Des indicateurs de réseau sont collectés. A la maison d'arrêt de Nevers d'une capacité d'environ 120 détenus, l'UCSA dispose de locaux adaptés bien que dans une enceinte historique contrainte. Les moyens sont mis à disposition. Le circuit et le stockage des médicaments sont conformes. L'équipe dispose de la présence d'un médecin urgentiste à temps partiel et non remplacé lors de ses vacances, de temps ide couvrant chaque jour matin et après midi sauf le we (seulement le matin), psychologue, infirmier psychiatrique, psychiatre, kiné, orthophoniste, diététicien...Un cabinet dentaire est en cours de réfection mais lors de la visite il n'existe plus de vacation de dentisterie. Le dossier est alimenté sur un support papier. Chaque détenu bénéficie d'une visite d'entrée. Des ateliers thématiques d'information sont organisés. Les modalités de levée d'écrou et de transfert pour consultation ou hospitalisation sont identifiées. L'organisation des transferts vers l'HAD est opérationnelle avec les limites liées aux ressources libérales du terrain mais l'analyse a retro n'existe pas. L'identification des patients est recueillie dès l'arrivée, sur la base de documents officiels et un bracelet d'identification est utilisé tout au long de la prise en charge sauf en SLD où seuls les patients déficients cognitifs sont identifiés, ainsi que dans les secteurs d'HDJ, dialyse et aux urgences pédiatriques en présence des parents. Les vigilances sanitaires sont organisées, mal connues des professionnels. La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective via des référents dédiés. Il n'existe pas de COVIRIS. Les bilans annuels ne sont pas présentés aux instances. Le circuit du médicament est maîtrisé en partie. Les prescriptions sont partiellement numérisées, sur des logiciels différents ou sur papier, sans interfaces actives. Il n'existe pas de stratégie identifiée de validation pharmaceutique. Le CHAN dispose d'un livret pharmaceutique. Seuls les prescriptions hors livret sont partiellement validées. Le taux estimé ne dépasse pas 10%. Le nombre d'interventions n'est pas évalué. Les médicaments gérés en plein vide sont livrés dans des containers sécurisés, jamais nettoyés, vers les services. Le rangement est effectué par les IDE. Le contrôle des périmés est partagé entre IDE et préparateurs. Les

armoires sont en général fermées lors de la visite mais certaines ont été retrouvées ouvertes (urgences adultes, clés sur l'armoire à pharmacie en pédiatrie...). Quelquefois les clés des stupéfiants sont rangées dans le frigo à médicaments ou laissées sur le coffre (maternité). L'ordonnancement interne est conforme. Le Kcl n'est pas isolé des autres électrolytes. Sur signalement des EV la PUI a entrepris en visite la modification du rangement. Dans certaines armoires une liste de MHR est scotchée, inconnue des professionnels. Il n'existe pas de formation/sensibilisation aux MHR. Le sens porté à ces médicaments est cependant connu de certains professionnels, en lien avec la formation initiale. Les piluliers sont correctement identifiés au nom du patient, sécurisés et aucune dé-blistérisation n'a été identifiée, de même pour les perfusions et injectables. Les stupéfiants ne sont pas vérifiés à chaque prise de poste mais le plus souvent une fois par semaine. En maternité le coffre à stupéfiant a été trouvé ouvert avec la clé disponible. Dans ce secteur et en salle de naissance, la liste et l'étiquetage des MHR sont absents dans les armoires. Le circuit des thermosensibles est conforme et organisé. Cependant la traçabilité systématique des températures des frigos ainsi que du bio nettoyage n'est pas retrouvée. Certains frigos ont montré des écarts entre plusieurs sondes variant de 4 à 11 degrés, sans intervention. Les pratiques d'administration des médicaments sont globalement conformes. Cependant, la prise n'est pas toujours validée au bénéfice de la distribution. La traçabilité de la non-administration est motivée. Le circuit des chimiothérapies est conforme et sécurisé. La libération et la vérification sont effectuées par le pharmacien. A la maison d'arrêt, les médicaments sont délivrés par l'IDE, mais en raison des étages, le support de prescription n'est pas utilisé lors de l'administration. Il n'a pas été identifié d'audit de pratique sur le circuit du médicament. La PUI est sécurisée. Une astreinte pharmaceutique est organisée. L'évaluation de la prise en charge du risque infectieux est difficile. S'il existe des procédures et protocoles connus, l'évaluation de leur mise en œuvre n'est pas effectuée. Les précautions standard et renforcées sont mises en place sur prescription et avec anticipation si le statut infectieux du patient est connu. Le programme annuel de l'EOH n'est pas identifié et il n'a pas été possible d'évaluer la stratégie déployée. Pour exemple les ISO ne sont pas recueillis depuis 2018. La politique relative au risque prion n'est pas identifiée. Un programme de formation et d'évaluation systématique n'a pu être présenté. L'antibioprophylaxie n'est pas évaluée depuis 2017 et n'est pas apparue généralisée ni conforme dans les dossiers. Comme déjà précisé, les professionnels sont porteurs de bijoux dans tous les secteurs. Les tenues sont adaptées. L'utilisation des SHA ne répond pas aux bonnes pratiques. On retrouve des urinals sur les tables à manger des chambres et des bassins sont nettoyés dans les douches et lavabos. De même, certains récepteurs d'aiguilles débordent. Lors de la visite, le médecin hygiéniste, également Gestionnaire des risques, a pris acte de nos constats concernant l'ensemble des pratiques, sans commentaire. Le circuit des déchets est conforme avec en particulier des locaux à DASRI contrôlés. Le transport est effectué par des brancardiers et ambulanciers, formés à l'hygiène, l'identitovigilance et l'AFGSU. Les pratiques observées montrent le port de montre, bracelets et bijoux, ainsi qu'un non lavage des mains entre les patients. Par ailleurs les patients rencontrés se plaignent de ne pas être informés des horaires de transport. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière) et obligatoires (hépatite B et COVID 19) et donne gratuitement accès à la vaccination à ses professionnels. L'incitation à la vaccination contre la grippe est effectuée par note de service, la vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail. Toutefois, elle ne rencontre pas l'adhésion de l'ensemble des soignants rencontrés et le taux vaccinal reste non calculé lors de la visite. Les EV ont suggéré de soustraire au nombre d'agents le nombre de doses délivrées pour obtenir une approximation... L'établissement dispose d'une autorisation de PMO avec l'organisation afférente et un audit prochain de l'ABM. Le plan d'action issu de la précédente visite de l'ABM est pris en compte. Le CHAN dispose d'une organisation de télémagerie pour l'interprétation radiologique et le diagnostic AVC. Si les professionnels maîtrisent l'outil de déclaration des EI, il existe une sous déclaration, une absence d'analyse collective systématique, de retour au déclarant et de plan d'action suivi. La récurrence des CREX et RMM dans tous les secteurs n'est pas identifiée. Il n'existe pas de politique concernant les EPP. On ne retrouve pas d'analyse et évaluation régulières de pratiques. Les revues de pertinences ne sont pas déployées. Il n'existe pas de dynamique « expérience patient ». Les indicateurs qualité ne sont pas élaborés,

communiqués et partagés dans les services à l'échelle de l'établissement. Les écarts de programmation ne justifient pas d'analyse collective au BO. Les ré hospitalisations ne sont pas suivies. Malgré les différents canaux de diffusion, les résultats des indicateurs sont peu connus des professionnels interrogés Les professionnels n'ont pas connaissance des recommandations des usagers.

Chapitre 3 : L'établissement

Le CH Pierre Beregovoy (CHAN) est membre du GHT de la Nièvre, composé de 9 établissements en direction commune (dont EHPAD). Le CHAN est l'établissement support du GHT. Chaque établissement dispose d'un directeur délégué de site ayant une fonction au sein du CHAN. La priorité définie par le CHAN repose sur une stratégie de parcours et de maintien de la permanence des soins, rendue très difficile dans le contexte local (difficulté RH...). Des filières sont identifiées portant en partie sur la gériatrie et la psychiatrie. Des conventions sont établies. Des partenariats d'aval sont établis au sein du GHT, avec les établissements du territoire identifiés ainsi qu'avec la ville. Le CHAN dispose d'une hot line gériatrique. Une maison médicale de garde est installée au sein de l'établissement ainsi qu'une antenne de SOS médecin Dijon. Une organisation est en place concernant la gériatrie afin de limiter le passage aux urgences et de travailler avec les établissements du territoire. Un Projet médical partagé de GHT est en cours de rédaction avec l'aide d'un cabinet de conseil, le précédent étant échu fin 2022. La stratégie déployée repose sur des pôles inter établissement. Des consultations déportées sont organisées. L'établissement dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs et de mutualisation concernant l'équipe d'hygiène, le PCR, les biomédical, le laboratoire, les services sociaux, certaines fonctions administratives... Les achats sont groupés, de même que les formations PNM et la DAM. Le GHT dispose d'un DPI commun, avec une stratégie unifiée, même s'il est diversement utilisé. Des synergies sont mises en place avec différents établissements hors département : Région parisienne, Auvergne, CHU Dijon. Le CHAN a conventionné avec une société privée pour l'interprétation de l'imagerie, en particulier en urgence. Un lien téléAVC est établi avec le CHU Dijon. Le ROR est actualisé. Un lien ville hôpital est actif pour la prise en charge de patients. Le CHA dispose d'un site internet indiquant comment joindre les différents services. Un annuaire des professionnels est diffusé aux praticiens de ville. Les praticiens sont joignables depuis la ville. L'opérationnalité de ces dispositifs n'est pas évaluée. Une messagerie sécurisée est mise en place, favorisant les échanges dématérialisés ville hôpital. Cependant, cette ressource est peu utilisée par les praticiens au CHAN faute de validation numérique de leur part. Le lien ville hôpital concernant les prises en charge psychiatriques est décrit comme peu actif, en particulier concernant les CR et la lettre de liaison. La diffusion de la lettre de liaison ne répond pas aux attendus en matière de délais. Une CPTS est initiée sur le territoire. Le CHAN est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale en lien avec l'EPSM Pierre Loo de La charité sur Loire. L'alimentation du dossier médical personnel (DMP), de l'ENS et du dossier pharmaceutique est faible. De même concernant la lettre de liaison dont la production ne répond pas aux attendus avec un score inférieur à 30%. Ce document n'est généralement adressé qu'en différé, le patient n'en disposant pas à sa sortie. L'établissement n'a pas identifié à ce jour de stratégie relative à la recherche clinique. Seules quelques actions individuelles sont retrouvées, ainsi qu'une démarche paramédicale. La satisfaction est recueillie par questionnaire patient dont le retour est faible, de même pour E.Satis. Les résultats ne sont pas partagés avec les professionnels. La démarche « expérience patient » n'est pas initiée, pas plus que les notions de PREMS, PROMS. Des sensibilisations à la « communication patients » sont proposées, non déployées sur l'ensemble du CHAN. Les plaintes et réclamations sont recueillies et transmises en CDU et aux instances, mais peu connues des professionnels. La culture de la bientraitance ainsi que l'attitude empathique et bienveillante sont des observations constantes lors de la visite. Dans le cadre de la prise en charge des patients, les valeurs de bientraitance et de lutte contre la maltraitance ordinaire sont cultivées impulsées stratégiquement. Des formations sont organisées en ce sens. Cependant, il n'existe pas de cartographie des secteurs à risque de maltraitance associée à un plan d'action de prévention. Pour preuve la situation dans le service d'accueil des urgences, dans lequel les conditions de prise en charge justifieraient de mesures adaptées. Il n'existe pas d'évaluation des risques impactant relatifs à la bientraitance, avec un recueil annuel

des signalements via le PMSI. Les professionnels ne connaissent pas toujours les conduites à tenir en cas de maltraitance. Des procédures pour la détection et le signalement des maltraitances existent, datant de 2012 et 2017 et ne sont pas connues. Les accès au CHAN sont adaptés aux différents handicaps, y compris en interne. Cependant la signalétique très espacée ne permet pas une orientation aisée pour les usagers. Les EV ont été amenés à plusieurs reprises à indiquer les secteurs recherchés à des visiteurs. Les RU sont impliqués dans un travail relatif à la signalétique. L'accès au dossier est possible et effectué dans les délais réglementaires. Les Représentants des usagers (RU) rencontrés se déclarent impliqués dans la vie du CHAN et engagés dans les instances. Il existe un projet des usagers GHT. Les RU sont destinataires des EI, enquêtes et Indicateurs, plaintes et réclamations. Faute d'actualisation, le PMP n'est pas articulé avec le projet des usagers. Il n'existe pas de démarche institutionnelle visant à la promotion de la recherche clinique. Certains praticiens sont individuellement impliqués par d'autres canaux. La démarche qualité gestion des risques a été développée sur la base d'une volonté managériale, traduite au sein des différents documents stratégiques consultés, avec une optique territoriale synergique appuyée sur le GHT. La politique Qualité, a été élaborée et déclinée en axes stratégiques relatifs à l'offre de soins autour de parcours patients/filières de soins, aux bonnes pratiques et à la diffusion de la culture qualité, à la sécurité patients, à la prise en charge, à l'implication des usagers. La politique qualité est actualisée annuellement. Les référents des vigilances sont identifiés. Le PAQSS est décliné alimenté de façon non exhaustive par les EI. Il existe une cartographie des risques non actualisée. Le pilotage qualité et l'implication de la CME ne sont pas identifiés. Les sous commissions de la CME sont en grande partie inactives. Il n'existe pas de COMEDIMS. Les réunions de CME en 2023 ont donné lieu à des PV non validés faute de quorum. La lecture de ces documents met en évidence la discorde et le manque de communication au sein du corps médical générant des positions de blocages interservices. Cette situation génère des dysfonctionnements dont la direction a pris conscience. Les recommandations des bonnes pratiques ne sont pas actualisées dans tous les domaines en l'absence de fonctionnement des sous commissions CME. La déclinaison de la culture qualité est partiellement retrouvée sur le terrain, les professionnels ignorant les axes définis, faute de transmission par l'encadrement. L'évaluation de la culture qualité n'est pas organisée. Un travail est effectué pour conserver un maximum de capacitaires malgré les fermetures rendues obligatoires par les carences en RH. Le CHAN travaille au recrutement et remplacement des catégories de professionnels en carence, portant sur tous les corps de métiers. Cependant, certains secteurs restent en grande difficulté comme les urgences, avec des planning médicaux laissant apparaître une gestion des plages de travail irrégulières (tantôt un médecin par jour, tantôt plusieurs), sans supervision. Au BO, les carences en paramédicaux et MAR amènent à fermer des salles et à ne pas répondre au besoin de péridurales en maternité. Ces difficultés RH obligent à basculer par moment la ligne de SMUR de Nevers vers Decize. Au jour de la visite, seuls 66% des lits sont ouverts. On constate l'inadéquation des risques, besoins et solutions apportées en matière de RH malgré les efforts consentis, comme l'apport aérien de professionnels issus du CHU de Dijon. Dans ces conditions, l'anticipation des tensions saisonnières reste complexe, avec néanmoins une réflexion portant sur l'organisation hivernale en pédiatrie. Des formations au management sont proposées à l'encadrement. Un dispositif de gestion des conflits est en place. Un psychologue est disponible en cas de conflit ou de besoin personnel. Un recours à une médiation externe est possible. Les staffs n'existent pas dans tous les secteurs ; il n'y a pas de formalisation de la promotion du travail en équipe ni de démarche relative à la synchronisation des temps médico soignants. Il n'existe pas dans l'établissement d'équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autres dispositifs identiques. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées. Cependant le plan de formation est ralenti faute de capacité à libérer les agents. On ne retrouve pas de dispositif de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail au plus près du terrain, en particulier concernant les synchronisations d'équipes. La vaccination est promue par note de service. Sa mise en œuvre par le service santé au travail est difficilement évaluable mais reste inférieur à 5% selon les chiffres présentés. Les équipes sont informées de la possibilité de se faire vacciner gratuitement au SST II n'existe pas de comité d'éthique ni de formation en rapport. Aucun recensement des cas potentiels n'est

effectué. Dans certains cas, et de façon non formalisée le questionnement éthique est retrouvé à titre individuel. La QVT n'est pas formalisée par une politique et des plans d'action. Un questionnaire a cependant été diffusé, en cours de dépouillement lors de la visite. Quelques actions sont néanmoins identifiées, équipements des secteurs pour la prévention des RMS, diététique... Il existe un plan blanc datant de 2017 non réactualisé, auquel manque le volet ORSAN en cours d'écriture régionale. Ce plan est peu connu des professionnels, ne bénéficie pas d'exercices ou simulation ni de mise en situation et donc pas de RETEX. Un exercice national Cyber a néanmoins été effectué. Il n'existe pas de plan de sécurisation de l'établissement. Concernant le risque numérique, les professionnels sont peu sensibilisés aux contraintes. Les changements de mots de passe sont organisés mais pas toujours effectués (entretiens professionnels). La procédure dégradée est connue. L'analyse des sécurités serveur et réseau, mesures anti-intrusion, gestion des droits et entrées sorties n'a pas été effectuée en visite. L'hébergement des données est effectué pour le GHT au CH de Nevers. Il n'existe pas de stratégie formalisée concernant le développement durable. Aucun responsable n'est désigné. Néanmoins des actions sont identifiées : lumières, tri... La réponse aux urgences vitales n'est pas organisée selon des modalités opérationnelles. Un numéro est identifié, le 15 qui arrive au SAMU de Dijon, sans convention actuellement. Certains professionnels appellent le médecin référent de proximité. Un recours autre n'est pas formalisé ni connu. Le 15 déclenche les urgences du CHAN. Un professionnel du service cherche un médecin pouvant intervenir. Cependant lors de la visite un seul médecin était présent le lundi au SAU (devant prendre en charge 36 patients dont 3 en déchoquage) et deux le jeudi lors du déclenchement observé. Le médecin, qui peut être un intérimaire ne connaissant pas l'établissement, se rend au chevet de la victime, cherchant quelquefois sa route ou le chariot d'urgence (un médecin intérimaire et une IDE du TIH, tous deux ne maîtrisant pas l'établissement lors de l'observation). Les EV ont été témoins de cette situation non opérationnelle, lors d'un déclenchement des urgences vitales dans le hall du CHAN. Les chariots d'urgence sont inégalement répartis, souvent disponibles pour tout un pôle, voire pour deux étages. Leur vérification est hétérogène, mais ils sont harmonisés. Les formations AFGSU ne sont pas à jour. Le service des urgences n'est pas priorisé pour cette formation. Il n'existe pas de simulation ni évaluation du dispositif. Le dispositif de réponses aux urgences vitales est non maîtrisé et déficient. Il n'a pu être constaté de dynamique relative à la diffusion et à des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles en raison du fonctionnement de la CME. L'établissement assure la veille documentaire des recommandations de bonnes pratiques. Les revues de pertinence des pratiques ne sont pas identifiées, de même que l'analyse des admissions et des séjours, en particulier les réadmissions. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont présentés aux instances et ne sont pas connus des professionnels, de même concernant les avis de la CDU. L'accréditation individuelle médicale ou en équipe n'est pas promue. Un seul médecin est accrédité, le président de CME. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à :

- Améliorer la coordination entre les services
- Sécuriser la prise en charge des urgences vitales
- Maîtriser la prise en charge médicamenteuse et notamment des médicaments à risque (dispensation, stockage des médicaments)
- Maîtriser le risque infectieux
- Acculturer et impliquer les professionnels dans la démarche qualité et sécurité des soins pour mettre en place collectivement des actions d'amélioration s'inscrivant dans le plan d'actions suivi
- Systématiser la prise en charge somatique en psychiatrie

Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	580780039	CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMERATION DE NEVERS	1 avenue Patrick GUILLOT BP 649 58033 Nevers FRANCE
Établissement principal	580972693	HOPITAL PIERRE BEREGOVY	1 avenue Patrick GUILLOT BP 649 58033 Nevers FRANCE
Établissement géographique	580005163	CH DE NEVERS-CATTP LES COURLIS	26 place du grand courlis 58000 Nevers FRANCE
Établissement géographique	580972628	CH DE NEVERS-CENTRE DE CURE MEDICALE DE PIGNELIN SSR	Route de la Guesse 58640 Varennes-Vauzelles FRANCE
Établissement géographique	580004836	CENTRE COLBERT MEDECINE-SSR	4 rue Etienne LITAUD 58000 NEVERS FRANCE
Établissement géographique	580972016	CH DE NEVERS-CENTRE DE CURE MEDICALE DE PIGNELIN-SLD	Route de la Guesse 58640 Varennes Vauzelles FRANCE
Établissement géographique	580971646	CH DE NEVERS- USLD COLBERT	4 rue Etienne LITAUD 58000 NEVERS Cedex FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
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	Oui
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	6,829
Nombre de passages aux urgences générales	42,252
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	29,111
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	284
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	90
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	41
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	32
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	12
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	20,820
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	23
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	7
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	10
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	67
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	34
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	120
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	12
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	12
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	2
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	2
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	16,036
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	16,036
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	10
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 Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Hospitalisation complète Médecine	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète	

			Soins de longue durée	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
7	Audit système			
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
10	Traceur ciblé			Précautions complémentaires avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète	

			Ambulatoire Médecine	
12	Audit système			
13	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	
14	Audit système			
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Médecine Maternité Chirurgie et interventionnel	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
	Patient		Tout l'établissement	

17	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
18	Audit système			
19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé	

			<p>Enfant et adolescent</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
23	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
24	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	
25	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
26	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p>	

27			Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
28	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
29	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
30	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable
31	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé	

			<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
32	Audit système			
33	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
34	Traceur ciblé			En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
35	Audit système			
36	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p>	

37			<p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Maternité</p>	
38	Audit système			
39	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
40	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
41	Audit système			
42	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
	Patient		Tout l'établissement	

43	traceur		Programmé Patient en situation de précarité Adulte Hospitalisation complète Médecine	
44	Traceur ciblé			SAMU/SMUR
45	Audit système			
46	Traceur ciblé			Urgences Adultes
47	Audit système			
48	Traceur ciblé			Per-opératoire (Bloc général hors endoscopie et hors salle de naissance)
49	Traceur ciblé			Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
50	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Ambulatoire Médecine	
51	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
52	Audit système			
53	Audit système			

54	Traceur ciblé			Endoscopie
55	Traceur ciblé			En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
56	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
57	Traceur ciblé			Médicament à risque per os
58	Traceur ciblé			Médicament antibiotique injectable/ Per os
59	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
60	Traceur ciblé			Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
61	Audit système			
62	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé	

			Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
63	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
64	Traceur ciblé			Transport couché inter site
65	Audit système			
66	Traceur ciblé			Chimiothérapie
67	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	

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

