



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
VALVERT**

78 boulevard des libérateurs
13391 MARSEILLE 11



Validé par la HAS en Février 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 – Février 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
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 2024	25
Annexe 3. Programme de visite	29

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

CENTRE HOSPITALIER VALVERT	
Adresse	78 boulevard des libérateurs 13391 MARSEILLE 11 Cedex 11 FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	130786494	CENTRE HOSPITALIER VALVERT	78 boulevard des libérateurs 13391 Marseille Cedex 11 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

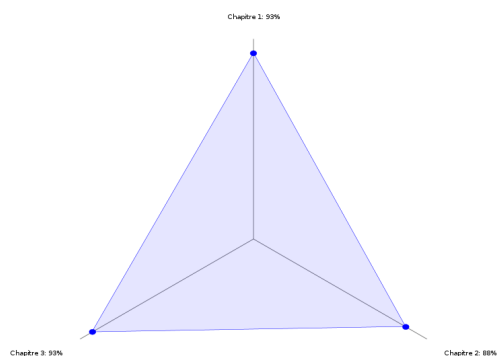
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

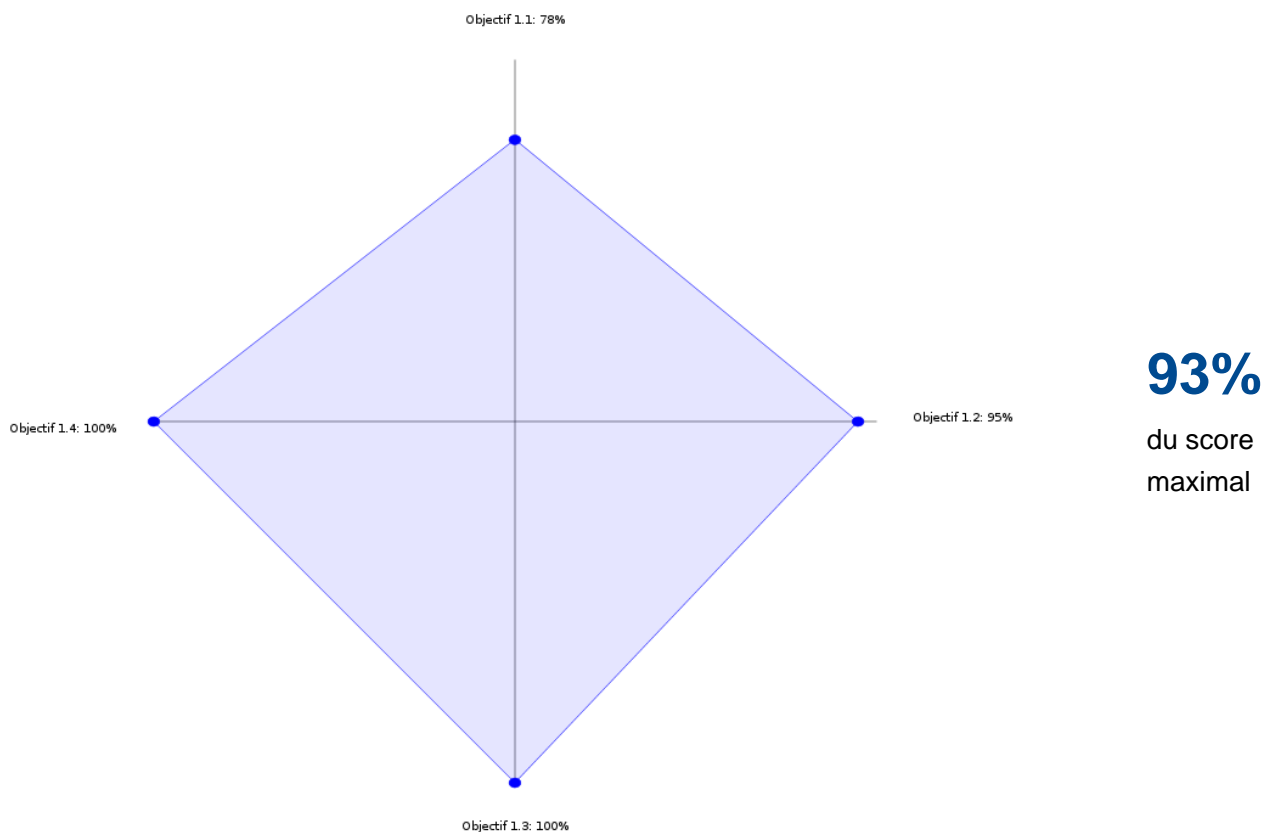
Au regard du profil de l'établissement, [106](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



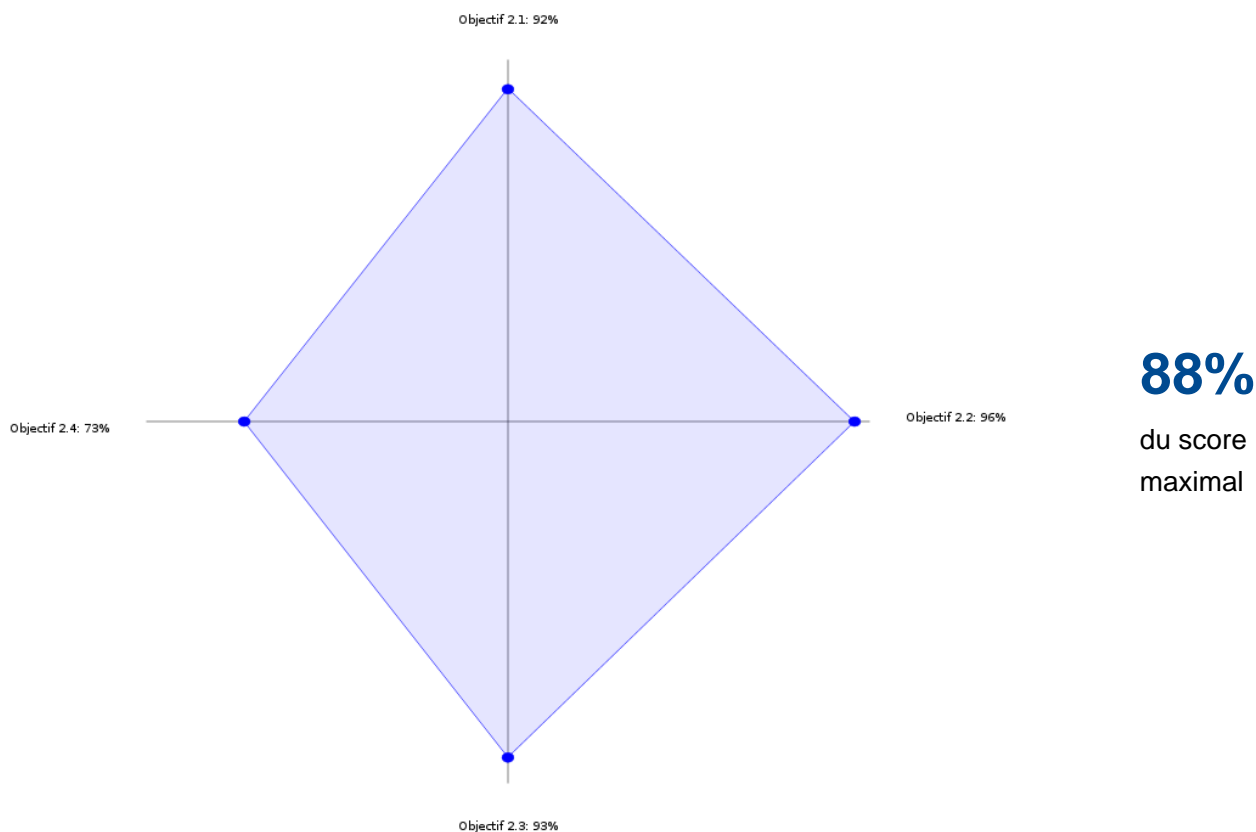
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	78%
1.2	Le patient est respecté.	95%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre Hospitalier Valvert, relevant du secteur public, prend en charge la population adulte et infanto juvénile des 10ème, 11ème et 12ème arrondissement de Marseille ainsi que les habitants adultes des cantons d'Aubagne, Cuges-les-Pins, Gémenos, La Penne-sur-Huveaune, Allauch, La Ciotat et Roquevaire soit un territoire de près de 386 000 habitants. L'établissement, qui a ouvert en 1975, est constitué d'un site principal, pavillonnaire avec de nombreux espaces verts et d'une vingtaine de structures de soins ambulatoires répartis sur l'ensemble des secteurs dont il a la charge. Les soins sont répartis en plusieurs filières et/ou spécialités (Psychiatrie générale, Pédopsychiatrie, Hospitalisation de jour, sociothérapie, addictologie troubles du spectre autistiques, équipes mobiles) En ambulatoire, comme en hospitalisation complète, le livret d'accueil est remis aux patients, il dispose d'une rubrique "Plaintes, réclamations et recours" qui informe les usagers sur la marche

à suivre en cas de plainte ou de réclamation. L'implication des patients dans leur parcours de soins est recherchée tout au long de celui-ci, quel que soit l'âge ou la situation de la personne. Les professionnels informent de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance et du rôle de ceux-ci, toutefois les experts ont pu constater que l'accord de la personne de confiance pour endosser ce rôle n'était pas toujours tracé dans les dossiers. Toutefois afin d'atténuer cette difficulté, les équipes tracent un accord oral ou téléphonique de la personne de confiance. Les unités affichent toutes des messages d'information sur les droits des patients et sur les différentes possibilités de prises en charge mais les experts ont pu constater dans plusieurs unités l'absence de message de santé publique, de portée plus générale (tabac, contraception, Infections sexuellement transmissibles par exemple). L'établissement n'a pas formalisé l'information concernant les directives anticipées et n'a pas prévu de document permettant de recueillir celles-ci, alors même que lors des patients traceurs, les experts ont constaté que plusieurs patients, notamment en psychiatrie de la personne âgée avaient rédigés de telles consignes. Les situations de fin de vie ou de mises en œuvre de soins palliatif sont cependant extrêmement rares dans l'établissement. Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou les associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner, cependant malgré un affichage dans toutes les unités et un lien au sein du site internet, l'ensemble des patients interrogés dit ne pas connaître la commission des usagers ou les représentants qui y siègent. Malgré l'information contenue dans le livret d'accueil, les patients méconnaissent la possibilité de déclarer des Evénements Indésirables Associés Aux Soins (EIAS) et les modalités pour soumettre une réclamation durant ou après leur séjour. A chaque étape de la prise en charge le patient est informé des soins, des effets bénéfiques ou secondaires de ceux-ci et le consentement aux soins est recherché. Si besoin cette information est répétée et délivrée en fonction du degré de discernement, de l'âge et de la compréhension de chacun. Toutefois, aucune des unités de soins ambulatoires n'a élaboré de document d'information permettant aux patients de l'informer sur les événements indésirables possibles ainsi que de la conduite à tenir en cas de survenue d'un événement indésirable. Dans l'ensemble des unités visitées le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité et de la confidentialité des informations le concernant, quel que soit son statut ou son handicap. L'établissement a mis en œuvre depuis plusieurs années un programme de rénovation et de maintenance des unités d'hospitalisation temps plein. Il subsiste encore, malgré ses efforts de nombreuses unités avec des chambres doubles, des douches ou des toilettes communes ainsi qu'une absence d'"appel malade" ne garantissant pas la dignité ou l'intimité des patients. Cependant la plupart des chambres intègrent une possibilité pour l'usager de s'enfermer dans sa chambre et/ou de garantir la sécurité de ses effets personnels. Dans toutes les unités et dans toutes les filières de soins, l'environnement du patient est propre et les pratiques soignantes compensent ces aléas. En 2015, une réflexion institutionnelle a été portée par le groupe de réflexion éthique sur le port du pyjama. Les experts ont observé plusieurs patients dans cette tenue en dehors des unités de soins (à la thérapie, se rendant à la gérance de tutelle) ce qui ne garantit pas un risque de sortie non autorisée mais peut nuire à la dignité des patients ou être stigmatisant. Lorsque des mineurs nécessitent une hospitalisation, celle-ci se déroule dans une unité hébergeant des adultes. Cette mixité est compensée par une hospitalisation dans une chambre seule, située à proximité des soignants et la prise en charge est conjointe avec les équipes du Dispositif de Soins Adolescent (DSA). Les mêmes chambres, sont utilisées éventuellement par des personnes à mobilité réduite, cependant les experts ont constaté que l'appellation "PMR" pouvait être abusive, la surface de la chambre ne permettant pas de faire le tour du lit en fauteuil. Dans l'ensemble des structures, les experts n'ont pas vu de pratiques de contention mécanique et plusieurs chambres d'isolement n'étaient pas occupées, confirmant l'engagement de l'établissement dans une politique de lutte contre les pratiques coercitives. La douleur est anticipée et fait l'objet d'une évaluation systématique à l'aide d'échelles validées et adaptées à la patientèle (échelle GED-I pour les patients souffrant de troubles du spectre autistique par exemple) la traçabilité de la réévaluation de la douleur, après traitement, médicamenteux ou non est également retrouvée. Un maintien de l'autonomie est recherché et encouragé tout au long du séjour pour les personnes les plus fragiles permettant dès l'hospitalisation de préparer la sortie. Une convention avec la plateforme d'interprétariat OSIRIS, permet un recours à des interprètes possédant pour la

plupart une expérience de travail dans le champ de la santé mentale, facilitant l'expression et l'écoute des patients. L'inclusion dans des activités culturelles ou sportives est favorisée par les nombreuses activités thérapeutiques tournées vers la cité et par un partenariat avec l'association Ose l'Art. Pour les patients encore hospitalisés ou revenant dans l'établissement, l'atelier de sociothérapie, conjuguant les activités d'une cafeteria et d'un espace détente, accueillant l'art thérapeute et la permanence des représentants des usagers, géré par une équipe infirmière en lien avec les professionnels de proximité permet également une inclusion sociale. Les proches et/ou les aidants sont associés pleinement à la mise en œuvre du projet de soins et dans le projet de sortie, dès lors que le patient ne s'y oppose pas. Cette dernière est préparée autant dans ses aspects pratiques et le respect des conditions de vie du patient qu'en terme d'information sur la continuité du traitement à la sortie. Tous les patients sont invités à faire part de leur expérience au cours des soins par le biais de réunions soignants/soignés appelées "réunions communautaires" présentes dans la plupart des unités d'hospitalisation. Avant la sortie d'hospitalisation en temps plein un questionnaire de satisfaction est remis au patient. Plusieurs unités assurant des prises en charges ambulatoires organisent une campagne de recueil annuel.

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	92%
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	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	73%

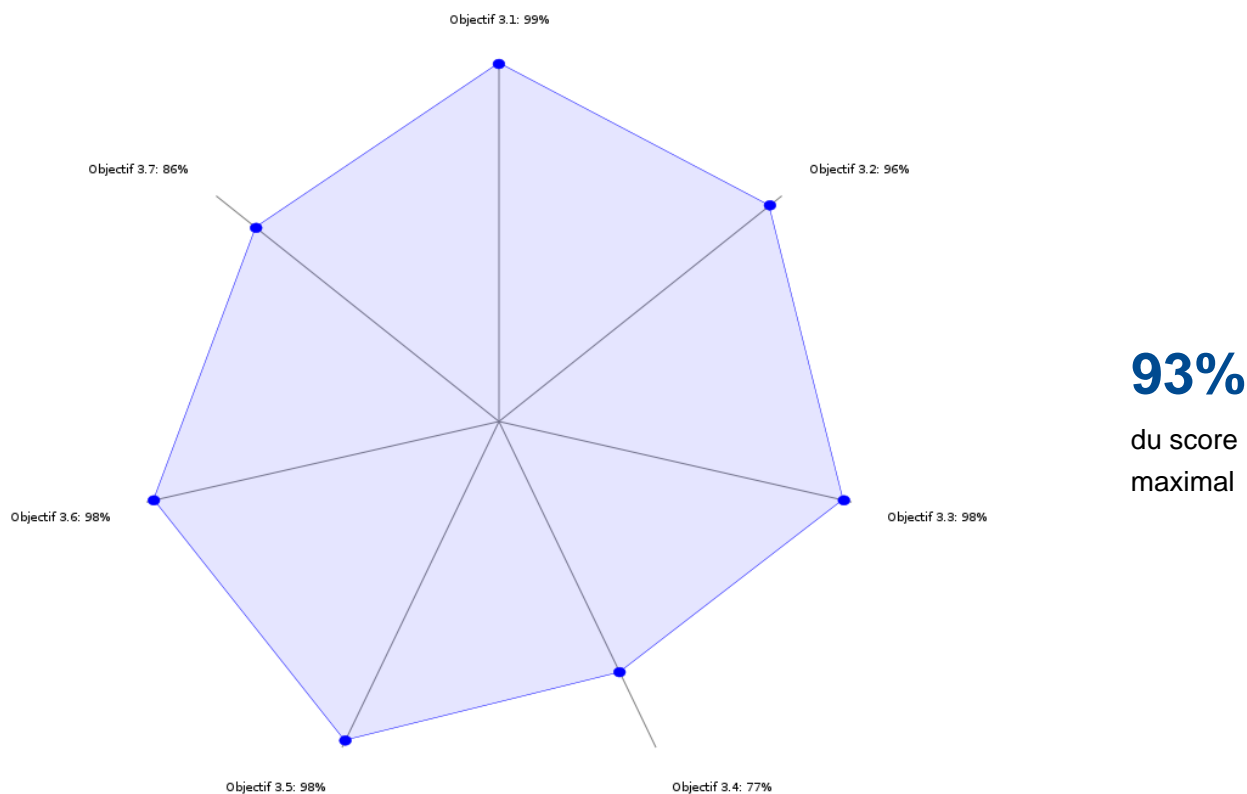
Les équipes évaluent la pertinence des décisions prises en termes de parcours de soins, de prescriptions médicamenteuses et de décisions médicales. Ces évaluations sont formalisées au sein des dossiers de chaque patient autant pour les prises en charge standards que celles complexes. Les restrictions de la liberté d'aller et venir font toutes l'objet d'une réflexion collégiale, revue autant que de besoins et d'une décision médicale tracée dans le dossier. L'établissement mène une politique de réduction des pratiques coercitives, n'a jamais pratiqué, depuis son ouverture, la contention mécanique et s'est engagé dans une réduction des pratiques d'isolement. L'engagement collectif sur cette question, la création de plusieurs groupes de travail avec participation de patients, l'inscription dans l'étude nationale sur les établissements " n'ayant pas ou peu recours à des mesures de contrainte" ont permis à l'établissement de réduire considérablement les séquences

d'isolement et la durée en jours de celles-ci. Les experts ont observé par ailleurs plusieurs initiatives destinées à l'apaisement des patients et participant à la désescalade des moments de montée en tension comme des chariots mobiles d'activités, l'emploi de "mallette des émotions". Les restrictions d'accès à des objets tels que le téléphone ou les briquets font l'objet d'une décision médicale adaptée à chaque patient. L'établissement, n'a pas d'unité d'urgence in situ mais participe à la permanence des soins territoriale aux urgences de l'hôpital Nord et à la régulation de l'accueil des patients en soins sous contrainte avec les autres établissements. Des équipes de psychiatrie de liaison sont présentes aux Centre hospitalier d'Aubagne et de La Ciotat. Le Centre d'Accueil, de Crise (suicidaire) et de Consultations accueille des patients du grand Marseille en soins libres pour des prises en charge de courte durée avec une possibilité d'hospitalisation de sept jours maximums. Le dossier du patient est informatisé et fait l'objet de travaux préparatoire en vue d'un changement de logiciel. Il est accessible à l'ensemble des professionnels impliqués, facilite le partage d'information entre les différents intervenants, en intra comme en extra hospitalier. Les experts ont noté au cours de leurs visites dans les unités un fort investissement de tous dans la traçabilité des actes des décisions et des projets de soins individuels et ceci dans toutes les filières de soins. L'établissement n'a pas mis en place de recours à la télémédecine. Les équipes sont coordonnées et articulent leurs prises en charge : Avec les partenaires internes (transition adolescent- adulte, équipes mobiles, structures ambulatoires...) Avec les partenaires externes en prenant appui sur de nombreuses réunions de concertation. Le travail de réseau est important concernant par exemple les très jeunes enfants (dépistage précoce des Troubles du spectre autistique avec les crèches de la ville de Marseille) les patients en situation précaire (Coordination Marseillaise Santé Mentale et Habitat) ou les personnes âgées (équipe Diogène incurie). Ces réunions, pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires permettent un dépistage précoce, un suivi des patients au cours de leurs parcours de soins et de leur parcours de vie. Les risques spécifiques liés aux patients sont retrouvés, connus des équipes mais ne sont pas systématiquement formalisés. Concernant le risque suicidaire, les grilles Risques Urgence Dangerosité (RUD) sont connues et utilisées. La gestion des épisodes de violence est assurée par le port d'appareil de protection du travailleur isolé (PTI) mais la rédaction d'un plan de prévention partagée avec le patient est en cours de réflexion. Cette dernière est souhaitée plus large que le sujet de la violence mais s'oriente sur un projet de type "Mon GPS" ou de "Plan de Crise Conjoint". L'établissement a fait le choix de ne pas mettre en place de bracelets d'identification ni d'autre dispositif y compris dans les unités de personnes âgées ou de patient non communicants ou le risque est potentiellement plus élevée. Une expérimentation d'insertion des photos dans le dossier patient est prévue dans l'unité CACCS mais n'était pas débutée lors de la visite. La prise en charge somatique est réalisée pour l'ensemble des patients par les somaticiens de l'établissement. Les équipes peuvent faire appel à des spécialistes externes auprès des établissements du territoire ou, éventuellement, auprès d'un autre médecin désigné par le patient. Sur un pôle de l'établissement une infirmière de pratique avancée a pour mission le suivi somatique des patients stabilisés. En revanche, les experts ont constaté que les carnets de santé des enfants ne sont pas complétés, ceci pour que n'apparaisse pas la notion de prise en charge psychiatrique, dans un souci de déstigmatisation, argumenté par l'établissement. L'établissement n'a pas de plateau technique en interne. Les examens de laboratoire font l'objet d'un ramassage régulier. Si besoin, un chauffeur de l'établissement peut être dépêché vers le laboratoire pour un examen urgent. Les examens de radiologie sont réalisés à l'extérieur. Dans ce cas, les patients sont transportés vers le lieu de réalisation par un chauffeur toujours accompagné d'au moins un soignant. Ce transport est réalisé par un formé dans des conditions de sécurité et de confort constatés par les experts. Les prescriptions d'antibiotiques font toutes l'objet d'une justification. Les praticiens peuvent se référer à un référent antibiothérapie et à un guide de l'antibiothérapie. Une alerte avant la 72ème heure de prescription est effective dans le logiciel et suivi par les pharmaciens. Cependant les prescripteurs ne sont pas tous formés à l'antibiothérapie, des formations sont organisées par le référent antibiothérapie mais celles-ci n'ont pas de caractère obligatoire. Les équipes sont sensibilisées aux risques infectieux, à la mise en place des précautions standard et complémentaires par l'équipe opérationnelle d'hygiène, très active. Cette dernière réalise les sensibilisations et formations, assure des conseils sur le terrain, au plus près des équipes et analyse et diffuse de nombreux audits. Un groupe de

travail sur les Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux est en place et est force de propositions en termes d'amélioration des pratiques. La consommation des produits hydroalcoolique est suivi par le service hygiène et les résultats sont transmis aux cadres de santé des unités de manière trimestrielle. Les Agents de service Hospitaliers sont formés au bionettoyage et l'environnement du patient est propre. L'établissement n'utilise pas de dispositifs médicaux réutilisable. Le statut vaccinal des équipes est évalué pour ce qui est des vaccinations réalisées par l'établissement. Cependant les experts ont constaté que le port de la tenue professionnelle, en intra comme en extra hospitalier n'est pas respecté. Si l'hygiène des mains est évaluée et connu, de nombreux agents portent des bijoux, montres etc. L'absence de blouse si elle peut être comprise en extra hospitalier, où les équipes ne font pas de gestes de soins en contact direct est quasi total en intra hospitalier. Les experts ont pu observer des administrations médicamenteuses, en salle de soins, avec des IDE en "civil". L'établissement justifie cette pratique par le fait que lors de soins invasifs, les soignants portent des blouses ou des surblouses et que cela permet de ne pas mettre une barrière symbolique entre le statut de soignant et celui de patient. Le CLIN connaît ce dysfonctionnement et reste démuné dans la mesure où ce fonctionnement, a priori ancien, a été validé en instance. Concernant le circuit du médicament, son organisation s'appuie sur la "politique du circuit du médicament" sur le COMEDIMS et sur l'équipe de la Pharmacie à Usage Interne (PUI). L'approvisionnement, le stockage (y compris pour les produits thermosensibles), le transport et l'accès aux produits de santé sont efficaces. Les bonnes pratiques de prescription de dispensation et d'administration sont respectées, s'appuyant sur un logiciel d'aide à la prescription validée par la Haute Autorité de Santé. Il n'y a pas d'astreinte des pharmaciens mais l'approvisionnement en urgences est assuré, dans un premier temps par un approvisionnement de proximité dans les autres unités puis par appel à l'administrateur d'astreinte qui mobilise alors les conventions mises en place avec d'autres établissements. La dispensation est nominative et hebdomadaire. Les équipes préparent les piluliers. Cette préparation fait l'objet d'une double vérification et d'audits réguliers. L'administration médicamenteuse se déroule au sein des salles de soins et la présence de deux soignants permet de s'assurer de l'identité du patient. La validation de l'administration et le cas échéant les refus des patients sont tracés en direct sur le logiciel. En amont de ces salles de soins, dans les lieux où les patients attendent cette administration des affichettes sont présentes rappelant l'importance de la compliance au traitement, le repérage des effets secondaires ... L'ensemble du circuit a été audité récemment par la méthode ARCHIMED et les actions d'amélioration sont en cours. La mise en œuvre d'une démarche de conciliation médicamenteuse a déterminé comme population cible les personnes de plus de 70 ans polymédicamentés, cette conciliation est assurée par la PUI permettant, entre autres, une attention à l'iatrogénie et à la dépendance médicamenteuse chez ces patients. Des conciliations spécifiques peuvent être réalisées à la demande des équipes. Une liste de médicaments à risque a été rédigée de manière pluriprofessionnelle et diffusée par la PUI, celle-ci est commune à l'ensemble de l'établissement tous secteurs confondus. L'existence de cette liste est connue des professionnels qui ont été formés et sensibilisés aux risques spécifiques par l'intervention de l'équipe de la PUI au sein des unités. Par ailleurs le site intranet de l'établissement héberge une page spécifique sur le circuit du médicament, géré par la PUI ou l'ensemble de la documentation est accessible en cliquant sur des rubriques dédiées. Dans toutes les unités un QR code est affichée dans les salles de soins, permettant aux équipes, via un smartphone, d'accéder rapidement à de nombreux documents et fiches réflexes. Les résultats cliniques sont analysés en équipe mais ne se traduisent pas par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés par des indicateurs spécifiques. Les délais d'entrée dans la filière ambulatoire sont peu connus des équipes. Les experts n'ont pas retrouvé, au cours de la visite, une équipe pouvant présenter une démarche d'évaluation formalisée des pratiques. La mise en place d'indicateurs de pratiques est inexistante. Les équipes soignantes, avec l'appui de la direction des soins et de la qualité, travaillent sur des actions d'amélioration issus de l'analyse des questionnaires de satisfaction, des plaintes et réclamations et des événements indésirables associés aux soins. Cette culture qualité et sécurité des soins est encore fragile, peu intégrée aux pratiques quotidiennes et non évaluée. L'expérience patient est recueillie lors des réunions "communautaires" ou "soignants/soignés" mais son exploitation n'est pas structurée. Il convient de souligner une expérience transversale participative (usagers/

soignants) en place au sein de l'établissement (moins recours à l'isolement). Par suite d'une volonté institutionnelle de décentrer l'organisation qualité vers les pôles et services, les unités investissent progressivement et pleinement le système de déclaration des événements indésirables dont les plus marquants sont analysés en équipe lors de RETEX. Ces analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique mais celle-ci est encore peu utilisée dans les secteurs ambulatoires. L'exploitation en équipe des questionnaires de satisfaction reste peu formalisée. Certaines unités suivent des indicateurs locaux (chutes, durée d'isolement) et une déclinaison polaire des IQSS peu investie à ce jour est en cours de déploiement auprès des équipes.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	77%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	86%

Le Centre Hospitalier Valvert fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) "Hôpitaux de Provence" dont l'établissement support est l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM). Deux autres établissements publics spécialisés en psychiatrie font partie de ce GHT. Dans ce cadre il participe à plusieurs missions transversales du GHT ou piloté par le PTSM comme un audit général sur le fonctionnement

des Centre Médico-Psychologiques. Les axes stratégiques de l'établissement sont définis dans le projet d'établissement 2021-2025 et précisé dans la note stratégique remise aux experts en amont de la visite. L'établissement mène une politique "d'aller-vers" auprès des communautés de territoires et a déployé plusieurs équipes mobiles (unité mobile autisme, EMRP [Equipe Mobile Réhabilitation Psychosociale] ...).

L'établissement accueille en son sein un ESAT géré par une association loi 1901 portée et créée à l'initiative de l'établissement. Il participe pleinement au développement des coopérations en santé mentale à travers de nombreuses conventions de partenariat avec d'autres structures sanitaires, sociales ou médicosociale (Coordination marseillaise en santé mentale et habitat, Groupe inter hôpitaux PACA sur les Troubles du Spectre Autistique, Centre gérontologique Départemental). L'établissement participait également au Conseil Local de Santé Mentale local mais celui-ci est en cours de restructuration. Plusieurs modalités de communication (téléphonie, e-mail) permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément et ces facilités sont reportées sur le site internet. L'établissement a installé une messagerie sécurisée pour les médecins (MS Santé) via le DPI. Au regard des besoins populationnels et des ressources locales, le recours à la télémedecine n'a pas été identifié comme prioritaire dans un parcours de soins au sein d'une zone à densité médicale psychiatrique élevée. Néanmoins, un projet de développement de télémedecine est à l'étude pour répondre à des besoins en spécialités somatiques (ex: dermatologie).

L'alimentation du dossier médical est réalisée mais pas, pour des raisons techniques, du dossier pharmaceutique. Les équipes travaillent en pleine collaboration avec les différentes équipes de liaison psychiatrique, les médecins traitants et les structures sociales et médico-sociales, permettant un accès précoce aux soins et une prise en charge optimisée des patients les plus vulnérables. Une réunion de régulation journalière entre les médecins de garde et directeurs d'astreinte des 3 établissements psychiatriques permet d'anticiper les tensions sur les lits et de fluidifier les parcours. La lettre de liaison, remise à la sortie du patient a fait l'objet d'une action et dont l'indicateur IQSS est à 50% fait l'objet d'une attention particulière. L'analyse des données a permis de monter que celle-ci est bien remise au patient mais que la traçabilité de cette action était perfectible. L'établissement n'a pas élaboré de politique formalisée concernant la recherche, cependant il participe ponctuellement à des actions de recherche et est associé au projet de création d'une fédération régionale de recherche en Psychiatrie et en santé mentale. Les équipes sont incluses ou porteuses de projet de recherche (PlaidCare sur le moindre recours à l'isolement et à la contention, protocole expérimentale sur les bébés à risque de troubles du neurodéveloppement, collaboration avec l'APHM dans un projet de PHRC sur les enfants confiés) L'engagement des patients dans les activités de l'établissement débute. Une pair-aidante vient de prendre ses fonctions dans l'équipe de réhabilitation psychosociale. Le groupe de réflexion sur l'isolement et la contention intègre plusieurs patients. Cependant le programme d'éducation thérapeutique proposé par l'établissement (PEP's) n'intègre pas de patient pouvant partager avec d'autre son expérience. L'expression des patients est favorisée au quotidien par des groupes "de réunion communautaire" au sein des unités de soins mais la parole des patients ne fait pas l'objet d'un retour centralisé permettant à l'établissement de formaliser et de promouvoir l'expérience patient. De la même manière on retrouve dans chaque unité des publications internes où les patients peuvent s'exprimer, le plus souvent dans le cadre d'atelier d'écriture thérapeutiques et les éléments donnés ne permettent pas de les traduire en actions d'améliorations. Le retour des questionnaires de satisfaction, estimé par l'établissement à environ 15% ne permet pas d'avoir une remontée fiable du vécu des soins, les PROM's et PREM's ne sont pas promus. Les résultats de ces questionnaires de satisfaction, les délais d'accès des patients à leur dossier et les plaintes et les réclamations sont analysés en Commission Des Usagers (CDU). Celle-ci se réunit régulièrement, émet un plan d'action intégré dans le PAQSS. La CDU a élaboré un projet des usagers, intégré dans le projet d'établissement dont le suivi est assuré par la direction de la patientèle. La CDU tient des permanences pour les usagers, au sein de l'unité de sociothérapie et reçoit également des familles. Les représentants des usagers participent à des actions de formations (droits des patients par exemple), aux instances et groupes de travail gérés par la Direction des Soins de la Qualité et de la Gestion des Risques ainsi qu'à des groupes de travail sur la rénovation des bâtiments L'établissement à une communication centrée sur le patient. Le personnel est formé

aux entretiens, à l'écoute des patients, par différents types de formation. Il met à disposition des patients de l'information en utilisant des outils adaptés (pictogramme par exemple). Les plaintes et réclamations sont peu nombreuses et toutes traitées. Un large effort est fait en ce qui concerne l'accès à des Interpr pour les patients de langues étrangères. Cependant la promotion de ces bonnes pratiques n'est pas évaluée par la gouvernance. La lutte contre la maltraitance dont la maltraitance ordinaire et la promotion de la bientraitance sont des préoccupations fortes de l'établissement. Les experts ont pu constater lors des parcours et des entretiens avec les équipes l'attention du personnel sur ce sujet. De nombreux éléments de prévention sont en place (formation, charte, interdiction des contentions mécaniques, réduction de l'isolement) et les dispositifs de signalement en interne comme en externes sont connus. L'accès aux soins des personnes vulnérables est facilité, l'accès aux personnes vivant avec un handicap est en général possible dans la plupart des structures. Quand cela est nécessaire, les pratiques, des aménagements possibles en termes de circuit comblent ces lacunes. Un Groupe de Réflexion Ethique se réunit depuis plusieurs années de manière mensuelle et se veut un espace ouvert à tous. Une thématique annuelle d'ordre général est étudiée mais au sein de laquelle des situations complexes peuvent être débattues. L'Espace Éthique Méditerranéen de l'hôpital de la Timone est présidée par un praticien de l'établissement, offrant une possibilité de travail collaboratif ainsi qu'un accès à des conférences. Cependant bien que les agents puissent lister des problématiques éthiques, celles-ci ne sont pas partagés. Le GRE ne fonctionne pas par un système de saisine / recommandation ou son équivalent et le fruit de sa réflexion n'est pas tracée, l'impact de cette réflexion ne peut pas être évaluée. Les représentants des usagers sont invités mais ne se sont pas encore saisi de cette opportunité. Le travail en équipe est favorisé et les temps de présence médicaux et paramédicaux permettent non seulement les réunions cliniques, essentielles en psychiatrie, mais aussi des temps d'échanges institutionnels. Le temps de chevauchement entre équipe du soir et du matin permet également de créer des espaces collectifs d'élaboration du soin, d'échange et de formation avec le(s) médecin(s) et/ou le(s) psychologue(s) de l'unité. La plupart des unités bénéficient d'une supervision mensuelle et les temps de réflexion quotidiens sont étayés par la présence des psychologues, très investies dans ce soutien aux équipes. L'une d'elle propose des horaires étendus permettant aux équipes de nuit d'être également dans ce système. L'ensemble des soignants rencontrés citent également comme élément d'amélioration du travail en équipe le groupe "Prendre Soins des Pratiques Professionnelles", groupe ouvert, mensuel, animé par deux psychologues et une personne externe, abordant des sujets multiples mais, là aussi, sans aucune traçabilité des débats, ne permettant pas une expérience partagée institutionnelle et une mesure d'impact sur les pratiques. La gouvernance soutien le développement des compétences en favorisant des actions de formation continue et la promotion professionnelle. Les managers sont formés, des réunions de coordination sont en place et l'établissement a débuté un projet d'accompagnement individuel de déploiement d'une démarche appréciative favorisant le management participatif. Au quotidien, une adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels est recherchée. Pour sécuriser les soins, l'établissement a fait le choix de ne recourir qu'en cas d'extrême nécessité à l'intérim. La direction des Soins privilégie les remplacements internes, les heures supplémentaires permettant aux préprofessionnels d'évoluer dans un mieux connu, dont il sait les pratiques et les contraintes. La démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail est intégrée dans le volet social du projet d'établissement dont elle est un des axes prioritaires. Elle est basée sur un diagnostic partagé datant de 2019. Elle se fonde sur les valeurs de l'établissement, notamment sur l'importance du sens du travail en équipe. Un projet de développement du Télétravail est en cours d'élaboration. En cas de conflit ou de tension interne, le recours au psychologue du travail est possible, une référente égalité a été nommée, elle est également la référente handicap de l'établissement. L'intégration des nouveaux salariés a fait l'objet d'une réflexion et 6 séances d'accueil des nouveaux arrivants sont organisés par an. Le personnel soignant est accompagné dans sa prise de poste et bénéficie d'une formation quasi individuelle aux différents logiciels utilisés dont le DPI. Enfin des actions d'amélioration des conditions de travail (crèche, centre aéré, centre de loisirs), l'investissement de nombreux agents dans les congrès de l'association VALFOR (association pour la Formation et la Recherche de l'établissement) contribuent au développement d'une culture d'établissement que les

experts ont ressenti lors de la visite. Le Centre Hospitalier Valvert a élaboré une politique de développement durable sur la base de plusieurs diagnostics (budget climat, bilan carbone, projet de mise en place d'un Schéma de Promotion des Achats publics Socialement et Economiquement Responsables) en lien avec l'AP-HM. Un responsable de suivi du projet est clairement identifié et un plan de maîtrise a été élaboré. Les risques numériques sont maîtrisés et le personnel sait identifier les mesures de sécurité à prendre en cas de cyber attaque. De nombreuses actions ont eu lieu en 2022 dans le cadre d'une politique de sécurité du système d'information et en réaction d'une cyberattaque dans un établissement du GHT. La protection des personnes et des biens est assurée, un poste d'accueil gère les accès 24/24. Le Plan de Sécurisation de l'Etablissement est formalisé et les risques spécifiques liés aux patients ont été identifiés. Un audit a été réalisé sur la "perception de la sécurité" auprès du personnel. L'établissement dit "de seconde ligne" dans le plan zonal, a formalisé et validé son plan blanc, celui-ci ne comporte pas de plan "hôpital en tension" mais aborde les différents dispositifs ORSAN avec a minima les dispositifs socles correspondants au guide méthodologique et prend en compte le risque industriel, plusieurs structures étant à proximité d'un site classé SEVESO. La cellule de crise est opérationnelle, le dispositif de rappel est connu des professionnels. Un exercice a été réalisé en septembre 2023 avec un scénario adapté au contexte de l'établissement et un RETEX a été réalisé. Le processus de gestion des urgences vitales a été évalué en juillet 2023 sur la base d'un questionnaire diffusé par mail aux équipes soignantes. La prise en charge des urgences vitales est assurée par des personnels formés régulièrement et détenteur de l'AFGSU. Les formations de base, les formations de recyclage sont suivies. L'établissement n'a pas mis en place d'exercices de mise en situations, cependant les experts ont pu noter lors des visites de nuit, des exercices de mise en situation, non institutionnalisés et réalisés sous l'égide de la cadre de santé responsable des équipes de nuit. Chaque unité en intra hospitalier détient un "sac à dos d'urgence", vérifié régulièrement. Le numéro d'appel est unique pour toutes les structures intra hospitalières. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins, et pilote, appuyée par la Direction des Soins de la Qualité et de la Gestion des Risques, les différentes actions du PAQSS présentées dans les instances dont la Commission Médicale d'Etablissement et la Commission Des Usagers. Les experts ont constaté lors des audits et des entretiens avec les équipes que ce programme est connu des professionnels. Il est basé sur les évolutions réglementaires, les résultats d'audits et de la précédente visite de certification et prend en compte les résultats des questionnaires de satisfaction, les remarques des représentants des usagers. Il ne prend pas en compte, faute d'une remontée centralisée les propos tenus par les patients lors des réunions "communautaires" tenues dans les unités. La base documentaire de l'établissement, accessible à tous, intègre les recommandations de bonnes pratiques contribuant à la mise à jour des procédures existantes. Si besoin, le centre de documentation est une ressource interne pour un apport bibliographique. L'établissement, depuis deux ans a souhaité faire évoluer la politique Qualité et Sécurité des Soins d'une qualité prescrite à une démarche au plus proche du terrain, s'appuyant sur l'encadrement supérieur pour les paramédicaux et sur deux médecins Coordinateurs de la Gestion des Risques Associés aux soins, l'un travaillant dans les services de psychiatrie générale et l'autre en psychiatrie infanto juvénile. Les experts ont pu noter, lors des traceurs ciblés un réel impact dans la gestion des événements indésirables associés aux soins et une intégration des démarches des types RETEX dans les pratiques. Cependant les secteurs évaluent peu leurs pratiques internes, et leurs pertinences, de manière formalisée. Ainsi, l'établissement recueille les indicateurs nationaux mais ne décline pas encore ceux-ci au niveau des secteurs de manière à faciliter une intégration "locale" de ces résultats, ce qui a généré quelques fiches anomalies lors des méthodes "parcours traceurs". Cette situation, aboutit à une rupture entre la démarche générale et sa déclinaison sur le terrain et une méconnaissance non pas du taux de conformité des indicateurs mais de leur utilité dans le système. 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 : Renforcer les mesures permettant de garantir la dignité des patients (tenue appropriée, locaux, etc.). Mettre en place un dispositif d'identitovigilance S'assurer du bon port de la tenue professionnelle par les soignants Renforcer l'appropriation des IQSS par les professionnels.

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	130786494	CENTRE HOSPITALIER VALVERT	78 boulevard des liberateurs 13391 Marseille Cedex 11 FRANCE
Établissement géographique	130051220	CMP-CATTP La Biscotterie	73 AVENUE SAINT MARCEL 130011 MARSEILLE FRANCE
Établissement géographique	130808355	CHS VALVERT HJ LA FARANDOLE	Avenue fernandel 13012 MARSEILLE 12 FRANCE
Établissement principal	130002496	CENTRE HOSPITALIER VALVERT	78 boulevard des liberateurs 13391 MARSEILLE 11 Cedex 11 FRANCE
Établissement géographique	130808439	CMP URGENCES ET PSYCHIATRIE DE LIAISON	Boulevard lamartine 13600 LA CIOTAT FRANCE
Établissement géographique	130806151	CH VALVERT- CMP ENFANT LA CIOTAT	74 avenue du Président Kennedy 13600 La Ciotat FRANCE
Établissement géographique	130806102	CH VALVERT-CMP SAINT-MARCEL	2 traverse notre-dame 13011 Marseille FRANCE
Établissement géographique	130797004	CMP-CATTP Aubagne La Tour Maline	4 AVENUE MANOUCHIAN 13400 Aubagne FRANCE
Établissement géographique	130796881	CMP UNITE ACCUEIL URGENCES PSY ET LIAISON	179 Avenue des Sœurs Gastine Les modules 13400 AUBAGNE FRANCE
Établissement géographique	130792997	CH VALVERT-CMP-CATTP SAINT-BARNABE	101 avenue des caillols 13012 Marseille
Établissement géographique	130044225	CMP ANTENNE LA DESTROUSSE	Residence la tuilerie Bp b2 13112 LA DESTROUSSE FRANCE
Établissement géographique	130044084	CMP PERSONNES AGEES	180 allée robert govi 13400 AUBAGNE FRANCE
Établissement géographique	130044076	CMP CATTP L'ILE VERTE	372 avenue guillaume du lac 13600 LA CIOTAT FRANCE
Établissement géographique	130044068	CMP CATTP ENFANTS ADO LES RICOCHETS	711 avenue Salvador Allende 13190 ALLAUCH FRANCE

Établissement géographique	130030109	CH DE VALVERT-HOPITAL DE JOUR FARDELOUP	Zac du jonquet 13600 La Ciotat FRANCE
Établissement géographique	130030059	CH VALVERT-HOPITAL DE JOUR LES ECOUTILLES	220 allée robert govi 13400 Aubagne FRANCE
Établissement géographique	130030299	CH VALVERT-CMP HUGUES	35 boulevard hugues 13012 Marseille
Établissement géographique	130808264	CH VALVERT-HOPITAL DE JOUR L'AUBIGNANE	6 avenue roger salengro 13400 Aubagne FRANCE
Établissement géographique	130808629	CH VALVERT-HOPITAL DE JOUR HODOS	180 allée robert govi 13400 Aubagne FRANCE
Établissement géographique	130808272	CH VALVERT-HOPITAL DE JOUR GASQUY	2 boulevard Ernest Gasquy 13012 MARSEILLE 12 FRANCE
Établissement géographique	130808280	CH VALVERT-CMP ALLAUCH/CATTP PLAN DE CUQUES ADULTES	830 avenue salvador allende 13190 ALLAUCH 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	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	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
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	141

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	141
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	126
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	29
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	155
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	6
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	3
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	9
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	45,348
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	36,542
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	81,890
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
6	Traceur ciblé			Non applicable
7	Audit système			
8	Traceur ciblé			en fonction de la liste établissement en Extra
9	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

13	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Audit système			
	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent	

20			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Traceur ciblé			Précautions standard
23	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Parcours traceur			
28	Traceur ciblé			Stupéfiant
29	Traceur ciblé			en fonction de la liste établissement en Intra

30	Traceur ciblé			Hygiène des mains
31	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
32	Traceur ciblé			Médicament à risque
33	Traceur ciblé			Antibiotique
34	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
35	Audit système			
36	Traceur ciblé			Transport pour les activités à déterminer par l'EV lors de la visite
37	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
38	Audit système			

39	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Audit système			
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Audit système			
46	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
47	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
48	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière	

			Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Audit système			
51	Audit système			
52	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
53	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
54	Traceur ciblé			à définir par l'EV
55	Audit système			
	Traceur			à définir par l'EV

56	ciblé			
57	Audit système			
58	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

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

