



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
D'AUCH EN GASCOGNE**

Allee marie clarac

Bp 80382

32008 Auch



Validé par la HAS en Mai 2023

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mai 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER D'AUCH EN GASCOGNE	
Adresse	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch Cedex
Département / Région	Gers / Occitanie
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	320780117	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

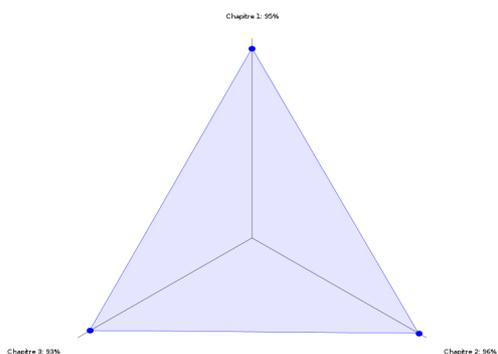
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

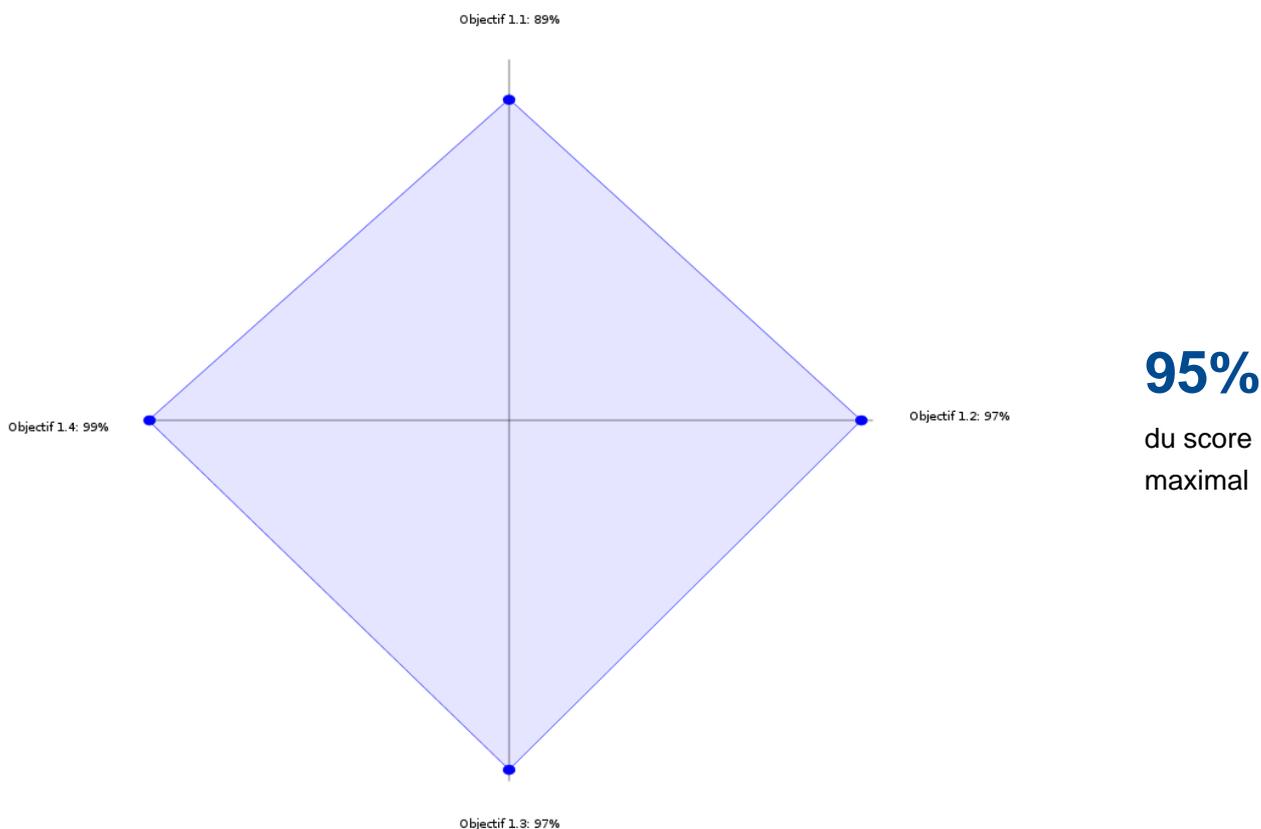
Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

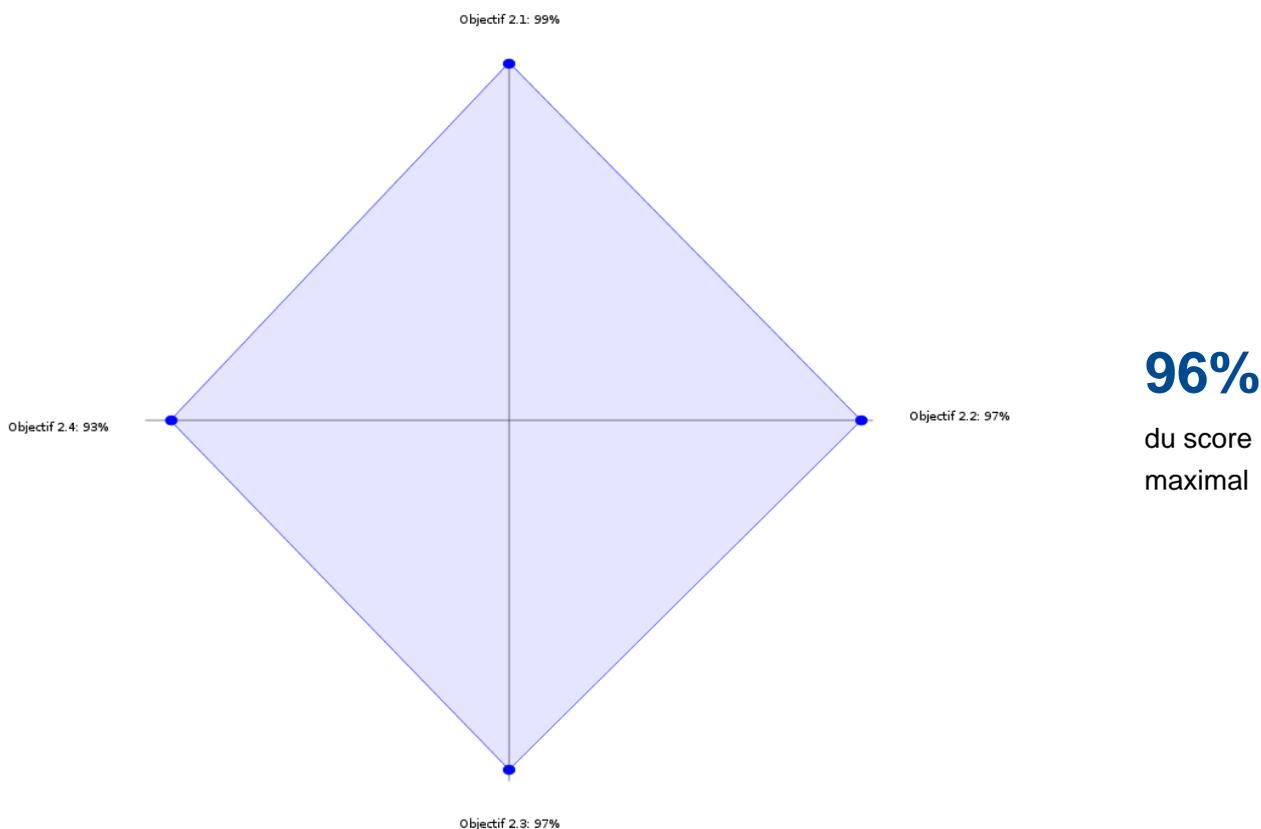


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	89%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Dès son admission au sein de l'établissement et durant toute la durée de son séjour, le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé, ses traitements, ses soins et la durée prévisionnelle de sa prise en charge. Les différentes chartes sont remises avec le livret d'accueil et affichées au sein des locaux de l'ensemble des sites. Les informations relatives à certaines prises en charge font l'objet de documents spécifiques. Le patient, impliqué dans les décisions le concernant en termes de réflexion bénéfice/risque, exprime son consentement libre et éclairé. Dans les unités accueillant des enfants et des adolescents, les titulaires de l'autorité parentale expriment leur consentement sur le projet de soins de leur enfant. Les actions d'information (affichage) et d'actions éducatives visant à promouvoir la santé et réduire les risques (tabac, alcool, nutrition, vaccination...) contribuent à renforcer sa capacité à agir pour sa santé. L'implication de la prise

en charge des patients est favorisée par le déploiement d'actions d'informations, d'actions éducatives et de formations adaptées au sein des différents secteurs d'activité. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse. Le patient est informé de la possibilité de désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix. Pour certains types de prise en charge ambulatoire (HDJ et HDS), le patient dispose d'un document qui lui indique les événements indésirables possibles et la conduite à tenir en cas de survenue. Le patient n'est pas toujours informé par les équipes sur son droit à rédiger les directives anticipées et par conséquent elles ne sont pratiquement pas retrouvées dans les dossiers ; notamment en services de HDJ SSR et Oncologie, maternité, cardiologie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale et USLD. L'établissement, qui dispose d'une équipe mobile douleur soins palliatifs, est en mesure d'assurer des soins palliatifs au sein des différents services de l'hôpital si l'état de santé du patient le nécessite. Les représentants des usagers (RU) sont impliqués dans la vie de l'établissement. Ils participent activement à la Commission Des Usagers (CDU) et sont également présents au sein d'autres instances de l'hôpital. Leurs noms et modalités pour les contacter figurent sur dans le livret d'accueil et sont affichés au sein de l'établissement. Pour autant, les patients ne connaissent pas les structures et personnes représentant des usagers ni les modalités pour les contacter. Les équipes sollicitent la patient sur son expérience quant à sa prise en charge et prennent en compte son point de vue. Cependant, ils ne sont pas informés des modalités pour exprimer sa satisfaction, formuler une réclamation ou déclarer tout événement indésirable associé à ses soins. Même si l'établissement est inscrit dans un projet de création d'un nouvel hôpital, la vétusté actuelle des locaux de la plupart des services (chambres doubles, une seule salle de bain pour tout le service...) ne permet pas toujours de garantir la dignité des patients. Malgré cela, le respect de la confidentialité et de l'intimité du patient est une préoccupation constante de tous les professionnels qui mettent en place des mesures qui visent à respecter, en toute circonstance, le respect de l'intimité et la dignité du patient. Le patient, âgé ou vivant avec un handicap, bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel dans la totalité des secteurs de l'hôpital. La traçabilité du recours à la contention mécanique et la réévaluation systématique à périodicité définie sont retrouvées dans les dossiers des patients concernés. En fonction des besoins spécifiques du patient, un recours à des professionnels identifiés est mobilisé : diététicien, assistant social, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute... Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour sont mises en place. Les besoins élémentaires du patient sont évalués (hydratation, nutrition...). Le centre hospitalier est engagé dans la lutte contre la douleur notamment dans le cadre de formations et de sensibilisations dans les différentes unités avec le soutien de l'équipe mobile douleur-soins palliatifs. Les prescriptions, évaluations et réévaluations de la douleur sont retrouvées dans les dossiers des patients. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. La prise en charge du patient en fin de vie est organisée dans un cadre pluridisciplinaire en privilégiant l'intégration de l'entourage et des aidants. Les conditions de vie du patient sont connues et prises en compte dans l'élaboration de son projet de soins personnalisés et pour la préparation de sa sortie avec possibilité d'avoir accès à un assistant de service social. En USLD, les projets de vie personnalisés des résidents, réévalués à périodicité définie, permettent une individualisation des prises en charge. Les activités proposées sont adaptées au profil des résidents accueillis au sein de ce service.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



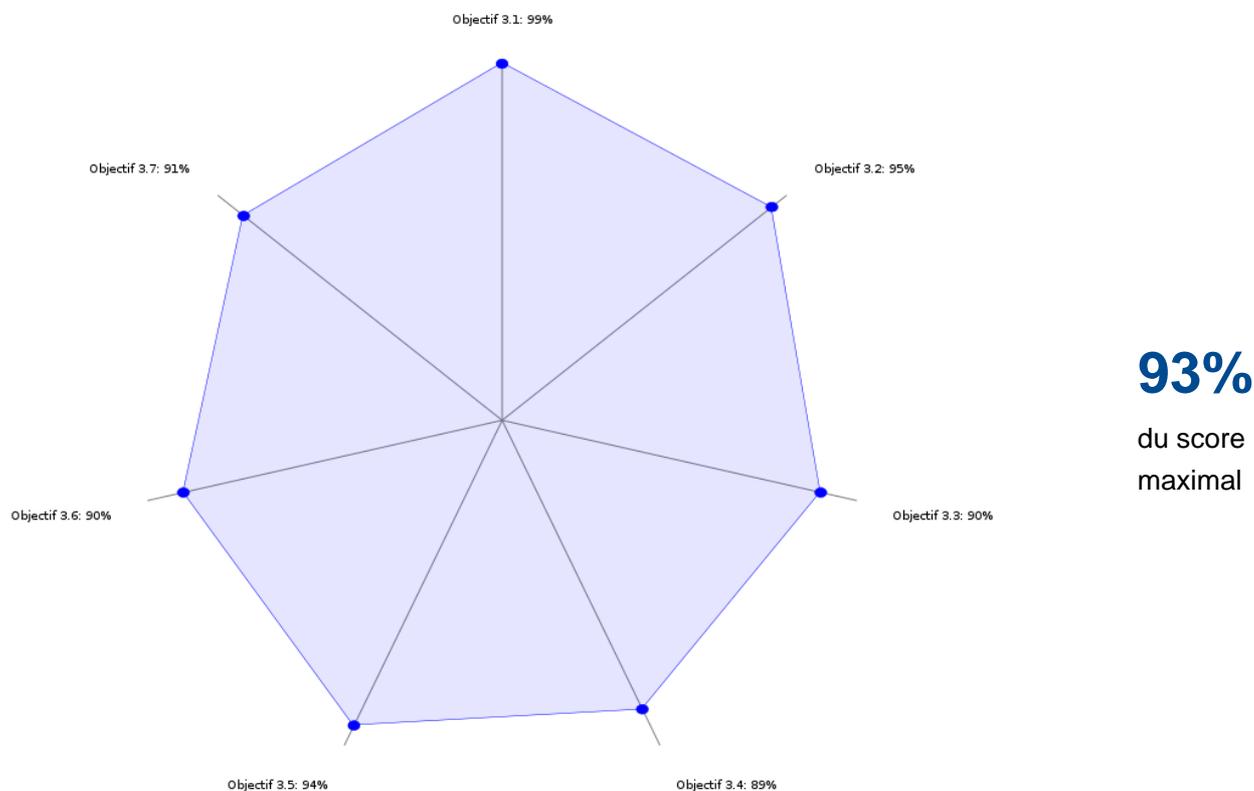
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	99%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	93%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée et retrouvée dans le dossier du patient informatisé, accessible et sécurisé. L'orientation du patient par le SMUR ou le SAMU est argumenté et tient compte, si possible, des préférences du patient. Toutes les prises en charge font l'objet d'un dossier médical préhospitalier. En SSR, les demandes d'admission sont étudiées en équipe pluridisciplinaire et la pertinence du maintien en SSR fait l'objet de réévaluation en cours de séjour de façon pluridisciplinaire. Les compétences en interne et les conventionnements avec de nombreux partenaires permettent aux équipes de soins de bénéficier d'un recours à des réseaux d'équipes d'experts si nécessaire. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée. Il en est de même pour les produits sanguins labiles. Chaque appelant au SAMU, pour un problème de santé, bénéficie d'une régulation médicale. Le Centre hospitalier dispose d'un dossier

patient informatisé unique. Ce dossier est complet et permet que les données soient accessibles par toutes les équipes quel que soit le secteur d'activité. Le dossier médical préhospitalier du SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient. Aux urgences, le tri est réalisé dès l'accueil, la décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap ou facteur critique de vulnérabilité. En l'absence de bed-manager, les équipes ne connaissent pas en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement. La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux. Dans le cas où le patient ne peut pas être orienté dans l'unité adaptée, les équipes s'adaptent pour que sa prise en charge n'en soit pas modifiée et mettent en place les dispositions nécessaires afin qu'il puisse intégrer le service concerné dans les délais les plus brefs. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent, tiennent compte de la priorisation des urgences et échangent toutes les informations relatives au patient avec les secteurs de soins. Au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels la check-list est mise en œuvre de façon systématique. Une lettre de liaison, contenant les informations utiles à la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extra hospitalier, est remise au patient. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ; notamment dans le cadre de la vérification de l'identité lors des soins. Toutefois, le port du bracelet mentionnant l'identité du patient n'est pas toujours effectif (SSR HDJ, SSPI et USLD). Les professionnels maîtrisent la mise en œuvre des vigilances sanitaires pour lesquelles les référents sont identifiés et les processus de mobilisation connus. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescriptions et de dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique, intégrant toutes les informations nécessaires, est effective. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. La liste des médicaments à risque, utilisé pour l'ensemble de la structure, est disponible. Pour autant, les règles de stockage des médicaments à risques ne sont pas toujours respectées. En effet, en service de gastro-entérologie, présence de médicaments à risques de dosages différents stockés dans un même emplacement au sein de l'armoire à pharmacie. Situation identique retrouvée en service de médecine en unité d'exploration fonctionnelle de cardiologie et en USLD. De plus, les piluliers des patients de ces quatre services comportent le nom du patient ainsi que le numéro de chambre. Cette double identification peut conduire à des erreurs en cas de changement de chambre du patient. Enfin, en SSR, présence de médicaments injectables identifiés uniquement par les numéros de chambre. Les modalités d'approvisionnement des produits de santé sont définies, y compris en cas de besoins en urgence. Le stockage des produits de santé est réalisé conformément aux bonnes pratiques. Toutefois, le relevés des températures des médicaments thermosensibles n'est pas toujours effectué de façon régulière en gériatrie et en SSR. De plus, en dialyse et en HDJ oncologie, le stockage des médicaments n'est pas sécurisé car les portes des salles de soins sont ouvertes avec des médicaments disposés sur la paillasse. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle (traçabilité dans le dossier du patient, protocoles, suivi du taux de destruction...) en lien avec l'Etablissement Français du Sang. Dans tous les secteurs, les prérequis à la mise en œuvre des précautions d'hygiène visant la maîtrise du risque infectieux, standards et complémentaires, sont respectés avec usage des solutions hydroalcooliques mises à disposition en tout lieu de l'établissement. Les agents respectent l'utilisation des équipements de protection individuels (EPI). Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs. Les professionnels des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques (EPI, protocoles, préparation du patient...). L'établissement prend en charge le risque de dépendance iatrogénique. Le Centre hospitalier assure la promotion des vaccinations obligatoires et recommandées. La possibilité d'être vacciné au sein de chaque service et gratuitement favorise la démarche. L'hôpital veille à la maîtrise des risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants (respect des obligations de l'ASN, information délivrée aux patients, EPI...). La prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat sont réalisées. Le transport des patients en intra hospitalier, assuré par une équipe dédiée avec du personnel formé, est maîtrisé, en termes de conditions de sécurité, confort, et respect de la dignité. Le suivi des résultats cliniques des patients permet une amélioration des pratiques. Les retours des questionnaires de sortie sont analysés mais des actions d'amélioration ne sont pas systématiquement définies au niveau des équipes.

Pour certaines unités, les équipes ont développés des questionnaires spécifiques. Pas de recueil ni d'analyse de l'expérience patient par les équipes en oncologie. Les équipes n'effectuent pas une analyse régulière de ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des évènements indésirables associés aux soins. De ce fait, les actions d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ne sont pas systématiquement mises en œuvre. Les activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus sont évaluées et font l'objet d'une évaluation qui se traduit par des actions d'amélioration des pratiques. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens sont mises en place tant en biologie qu'en imagerie médicale.

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	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	90%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	94%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	90%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	91%

Le Centre hospitalier (CH), établissement support du Groupement Hospitalier du Gers, a développé une approche prospective de son offre de soins reposant sur une prise en compte des besoins en santé de l'ensemble du territoire. Les orientations stratégiques de l'établissement sont en cohérence avec le projet médical et le projet de soins partagé du GHT. Le CH, établissement de référence, participe aux projets

territoriaux de parcours et à leur coordination. De nombreux partenariats ont été également formalisés avec les différentes filières afin de fluidifier le parcours des patients et a également développé une politique "d'aller-vers" au bénéfice des structures sanitaires, médico-sociales et libérales de son secteur géographique. Les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des urgences pour les patients sont établies. Afin de prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences, l'établissement a mis en place une filière permettant des admissions directes des personnes âgées en secteur dédié (HAD, EHPAD, SSR, USLD). En termes de communication avec les usagers et la médecine de ville, le centre hospitalier dispose d'un site internet avec numéros de téléphones et possibilité de prise de rendez-vous en direct. Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux échanges d'informations entre les différents professionnels.

L'établissement a structuré ses activités de recherche à partir d'une politique de soutien à la recherche clinique, connue des professionnels désireux de s'investir avec du temps dédié identifié et organisé. L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est promue et suivie. Toutefois, ils ne sont pas utilisés ni en obstétrique ni en neuro-rhumatologie. L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient notamment par le suivi de l'indicateur E-Satis pour les activités concernées mais également par le biais de questionnaires de sortie selon différentes campagnes d'enquêtes ponctuelles. La méthodologie patient traceur permet d'évaluer l'expérience patient. Les résultats de l'ensemble de ces enquêtes sont présentés en Commission Des Usagers (CDU) et affichés en divers lieux. En outre, le CH a une communication centrée sur le patient notamment par le biais de formations-sensibilisations des agents inscrites au plan de formation. Les plaintes et réclamations sont présentées en CDU. La bientraitance fait partie des valeurs et des priorités de l'établissement. Une charte de bientraitance est formalisée et diffusée. Les professionnels connaissent les conduites à tenir prendre en charge les situations de maltraitance. Toutefois, ils ne connaissent pas toujours les différents numéros d'alerte pour le signalement de la maltraitance (numéro national, signalement ARS). Des modalités d'écoute et d'échange quotidiens, notamment à destination des publics vulnérables ou spécifiques (personne âgée, handicapés...), sont mis en œuvre dans tous les secteurs. L'établissement favorise l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap même si la configuration de certains secteurs (SSR locomoteur et SSR gériatriques) ne favorise pas la circulation des PMR (portes des chambres et salles de bains étroites). L'accès au dossier du patient est organisé et évalué. La CDU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. Les Représentants des Usagers (RU) ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, des résultats des questionnaires de satisfaction et sont étroitement associés à la recherche d'actions d'amélioration. Le projet des usagers, articulé avec le projet médical et soignant, est formalisé. Le management est fondé sur la qualité et la sécurité des soins. Les orientations prioritaires de la politique qualité-sécurité des soins sont fondées sur une analyse de l'ensemble des données disponibles. La gouvernance qualité et gestion des risques (Direction, directeur qualité et président de CME) avec les référents qualités et les cadres d'unités, déclinent la politique qualité en actions concrètes sur le terrain. Cependant, ces actions, pas toujours connues des professionnels, ne leur permet pas d'être force de proposition pour de nouvelles actions. De plus, la culture sécurité des soins ne fait pas l'objet d'évaluations régulières. L'hôpital pilote l'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels au regard des besoins de chaque unité. Il a mis en place diverses actions afin de s'assurer de la présence des compétences nécessaires à la réalisation d'une prise en charge de qualité. Des temps de synchronisation des équipes sont mis en place au sein de chaque secteur d'activité et des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique d'équipes ont été mises en place dans certains secteurs d'activité. Les compétences des professionnels sont régulièrement évaluées lors de l'entretien annuel des agents et plus fréquemment par les responsables d'unités. Le Centre hospitalier promeut et soutien le recours au questionnement éthique par la mobilisation du comité d'éthique et les recours aux membres de l'équipe douleur-soins palliatifs. La démarche Qualité de Vie au Travail (QVT) est érigée en principe de management. Des dispositifs d'écoute et de soutien des professionnels sont à disposition des équipes. En cas de conflits interpersonnels, les agents bénéficient d'une médiation avec possibilité de recours à un psychologue. L'établissement a identifié et répertorié toutes les catégories de

risques dans le plan blanc institutionnel. La cellule de crise est opérationnelle. Des exercices ou entraînements sont réalisés et font l'objet de retours sur expériences (RETEX). Les risques numériques sont identifiés et les mesures de prévention sont connues de l'ensemble des professionnels. Les autres risques relatifs aux atteintes aux biens et aux personnes sont identifiés et font l'objet de mesures spécifiques (système de sécurisation par badge). Toutefois, le CH ne dispose pas d'équipements spécifiques (petit coffre-fort dans les chambres) permettant de sécuriser les petits effets de valeurs des patients. L'hôpital contribue aux enjeux de développement durable (DD) dans tous les secteurs (immobilier, consommation énergétique, achats...). La prise en charge des urgences vitales est assurée dans l'enceinte de l'ensemble des sites. Un numéro d'appel d'urgence direct est en place et connu de tous les professionnels. Le matériel d'urgence, connu des professionnels et régulièrement contrôlé, est présent dans tous les services. Des défibrillateurs semi-automatiques ont été rajoutés afin d'en disposer à chaque niveau de l'établissement. Reste à réaliser une analyse du dispositif permettant de valider son efficacité notamment par la réalisation d'exercices de mise en situation. Les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont définis au niveau de l'établissement. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins, sont affichés au sein de l'établissement mais restent méconnus des personnels dans certains secteurs d'activité. De ce fait, ils ne sont pas analysés et ne font pas l'objet d'action d'amélioration. La gouvernance de l'établissement promeut le programme d'accréditation des médecins.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	320780117	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch Cedex FRANCE
Établissement principal	320000086	CENTRE HOSPITALIER D'AUCH	Allee marie clarac Bp 80382 32008 Auch Cedex
Établissement géographique	320784069	CH D'AUCH-SLD	Allee marie clarac 32008 Auch Cedex

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	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 SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	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)	Non
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)	Non
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	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	3,911
Nombre de passages aux urgences générales	21,425
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	24,784
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	217
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	38
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	20
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	7
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	7,764
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	14
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	2
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	70
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	14
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	6
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		transport
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament per os à risque
4	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
5	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgence SAMU / SMUR
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé	

7			Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Soins de suite et réadaptation Urgences Médecine Hospitalisation complète	
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins critiques Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Hospitalisation complète	

11	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
12	Audit système	Engagement patient		
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Hospitalisation complète	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
17	Audit système	Entretien Professionnel		

18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un ATB per os
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un ATB injectable
23	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maternité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
24	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Programmé</p>	
25	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Soins critiques</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

26	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Médecine Hospitalisation complète	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical invasif réutilisable (endoscope)
30	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
31	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

32	traceur		Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
33	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap	

37			Médecine Hospitalisation complète Programmé	
38	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Programmé	
42	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament injectable à risque
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire et antibioprophylaxie
	Audit	Entretien Professionnel		

44	système			
45	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Soins critiques</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
46	Audit système	Dynamique d'amélioration		
47	Audit système	Maitrise des risques		
48	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
49	Audit système	Leadership		
50	Audit système	Coordination territoriale		
51	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Audit système	QVT & Travail en équipe		
54	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
55	Audit système	Représentants des usagers		
56	Parcours traceur			
57	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient		Tout l'établissement	

58	traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
59	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
60	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
61	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	

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

