



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL
INTERCOMMUNAL DU
HAUT LIMOUSIN-
JOLIBOIS**

4 avenue charles de gaulle
87300 Bellac



Validé par la HAS en Avril 2022

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Avril 2022

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	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	20
Annexe 3. Programme de visite	24

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

HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN-JOLIBOIS	
Adresse	4 avenue charles de gaulle 87300 Bellac FRANCE
Département / Région	Haute-Vienne / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Public
Type d'établissement	Hôpital Local

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	870014503	HOPITAL INTERCOMMUNAL HAUT LIMOUSIN	4 avenue charles de gaulle 87300 Bellac FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

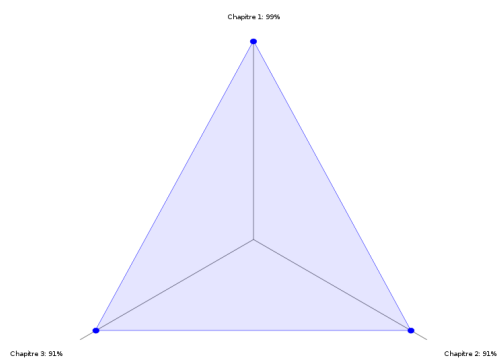
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

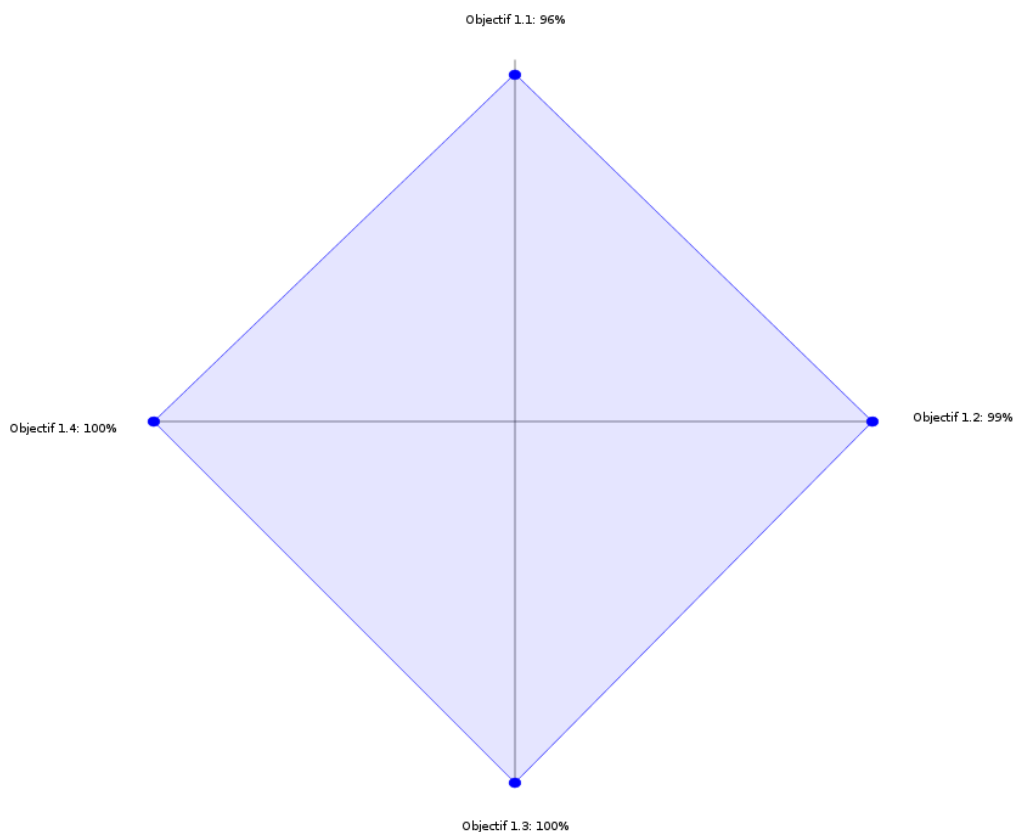
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

Résultats



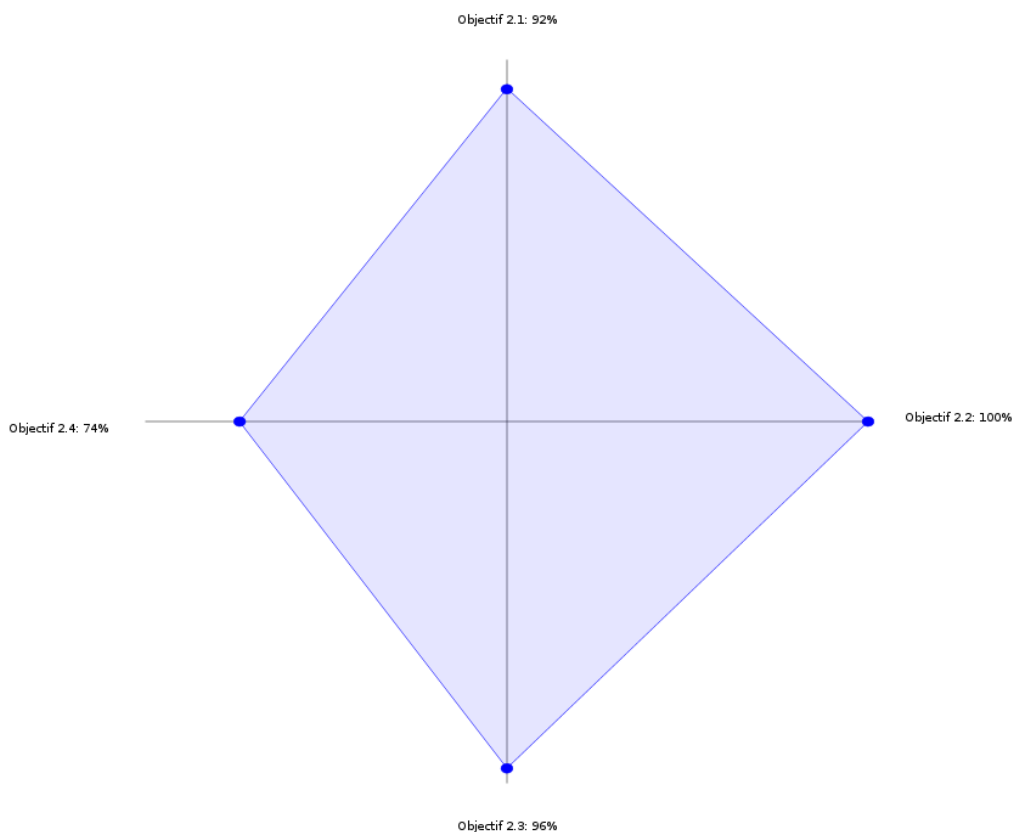
Chapitre 1 : Le patient



Du point de vue du patient, lors des patients traceurs, il est constaté un accueil adapté, une vérification de l'identité et de la mise en place d'un bracelet en médecine et SSR, une prise en charge de la douleur, le respect de l'intimité et de la confidentialité par les soignants, une bonne prise en charge des AVQ en fonction du handicap présenté et l'attribution d'aides techniques adaptées pour maintenir au mieux l'autonomie des patients notamment à la marche et éviter pour ces patients souvent âgés l'iatrogénie de l'hospitalisation. Il a également été relevé une bonne écoute sur le respect des choix du patient notamment du refus de soins, un délai en cas d'appel conforme aux attentes des patients, le passage régulier du médecin et des soignants, leur disponibilité et leur bienveillance. Lors d'un patient traceur en UHR, l'échange avec la famille du patient a confirmé la qualité de la prise en charge et la disponibilité vis-à-vis de son entourage familial. Ainsi, il est constaté que le patient est informé sur son état de santé et que son consentement aux soins est recherché s'il est capable de le donner avec recours à la personne de confiance ou au tuteur en cas de besoin pour valider la prise en charge. Toutefois, lors des patients traceurs, certains patients ont souligné un manque d'information sur leur pathologie mais certains n'avaient pas osé demander et d'autres avaient des déficits de la mémoire. La personne à prévenir comme la personne de confiance est recherchée mais la fiche n'est pas toujours retrouvée signée pour la personne de confiance. Le patient peut exprimer sa volonté et le refus de soins est respecté : les personnels se mobilisent alors pour proposer une solution à la difficulté rencontrée avec parfois recours à l'aide du médecin. En dernier lieu si cette négociation échoue, l'avis du patient est toujours respecté et le soin non indispensable reporté. L'établissement s'efforce de limiter la contention physique. Lorsqu'elle est décidée elle est prescrite et sa réévaluation effectuée lors des staffs hebdomadaires pluri professionnels. Le bénéfice/risque de la prise en charge n'est pas toujours tracé dans les dossiers. L'expérience patient est entendue dans

les soins et prise en compte mais il n'y a pas de patients experts dans l'établissement ce qui n'est pas facile du fait de l'âge des patients et du caractère polypathologique de ceux-ci. Le livret d'accueil est en place. Il comporte une information sur la plateforme de déclaration des EIGAS qui toutefois n'est pas connue du patient rencontré. Concernant l'expression de la satisfaction, l'établissement ne relève pas d'e-satis. Un questionnaire de sortie est en place : le taux de retour en est faible (environ 20%) et le taux de satisfaction très élevé (98%) ne permet pas d'en faire un outil d'amélioration de la qualité. Le respect du patient est également une règle de cet établissement. Le respect de l'intimité et de la dignité est constaté lors des observations (chambres individuelles ou doubles avec rideau de séparation, salles d'eaux non équipées de douches mais présence d'une douche collective dans les unités de soins, les équipes s'efforçant aussi de répondre le mieux possible aux demandes des patients, portes fermées,...). Toutefois le respect de la confidentialité n'est pas toujours effectif dans les chambres à 2 lits qui sont majoritaires dans la structure. Les besoins élémentaires sont assurés chaque fois que nécessaire (aide à la prise des repas, habillage, toilette, déplacements) et si une aide est nécessaire pour la toilette et l'habillage, elle est assurée par les personnels qui s'attachent, lors d'une toilette par exemple, à préserver l'intimité même en chambre double. Les personnels frappent à la porte de la chambre avant d'entrer. L'identification des soignants et de leur fonction est assurée. La possibilité de rédiger des directives anticipées est mentionnée au livret d'accueil et fait toujours l'objet d'une démarche des soignants. Toutefois, les patients rencontrés par les experts lors de la visite ne savaient pas la signification des directives anticipées. L'établissement dispose des personnels nécessaires au maintien de l'autonomie des patients en offrant l'aide nécessaire si besoin pour lutter contre la perte d'autonomie du fait du caractère parfois délétère de l'hospitalisation chez les personnes âgées. A l'entrée, chaque patient fait l'objet d'un bilan de ses capacités puis en fonction des besoins est pris en charge par les aides-soignantes, le kinésithérapeute ou l'ergothérapeute autant que de besoin pour faciliter le meilleur maintien possible de l'autonomie antérieure et des capacités de marche. La douleur est suivie par l'ensemble des soignants en charge du patient et notée dans le dossier avec le recours à une échelle adaptée à la situation. Le traitement nécessaire est donné et le suivi du résultat obtenu noté. Toutefois, le "si besoin" n'est pas toujours explicite. Le rôle important des proches est également reconnu. La personne de confiance peut être jointe pour donner des nouvelles du patient auprès du médecin en présentiel ou au téléphone. En cas de situation difficile leur venue est facilitée notamment dans le cas des soins palliatifs dans le respect des procédures de l'établissement (consignes données par la famille, hébergement possible, repas) sans qu'un secteur propre soit en place. On note aussi que les chambres mortuaires sont organisées et répond aux impératifs réglementaires. Toutefois, sur un des 3 sites, cette chambre mortuaire n'est pas en bon état. Dès l'entrée, l'IDE et le médecin prennent note de l'environnement social et familial du patient, de son lieu de vie, de l'accessibilité de celui-ci, et des aides éventuelles déjà en place. La sortie est envisagée dès l'entrée et l'assistante sociale peut intervenir en cas de besoin pour finaliser les aides au domicile si cela s'avère nécessaire. Cela permet aussi de prendre en charge éventuellement des situations sociales précaires. En cas de besoin, l'établissement est en capacité de prévoir une visite domiciliaire de l'ergothérapeute et parfois de l'assistante sociale avec le patient et/ou sa famille pour juger au mieux de l'état du logement et des nécessités d'adaptation : ainsi des photos sont si le patient y consent prises de la maison pour expliciter au mieux les travaux qui seraient nécessaires pour un accueil adapté du patient à son retour. Le personnel veille aussi à ce que tous les éléments nécessaires soient en place (fauteuil, cannes, ..) avant l'arrivée du patient. Le panel de soins de soutien proposé est complet et les facteurs psychologiques pris en compte. Le soutien des personnels est organisé en cas de besoin. La présence d'un psychologue permettant de bilancer un état cognitif déficitaire, d'en évaluer l'importance et de guider ainsi les décisions médico-soignantes pour la prise en charge et le devenir. Ces différents éléments constatés le jour ont également été confirmés lors de la rencontre des équipes de nuit sur les 3 sites, formée de personnels ayant choisi cet horaire, travaillant en équipe avec le jour, et au fait de l'organisation de l'établissement en termes de qualité et sécurité des soins.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

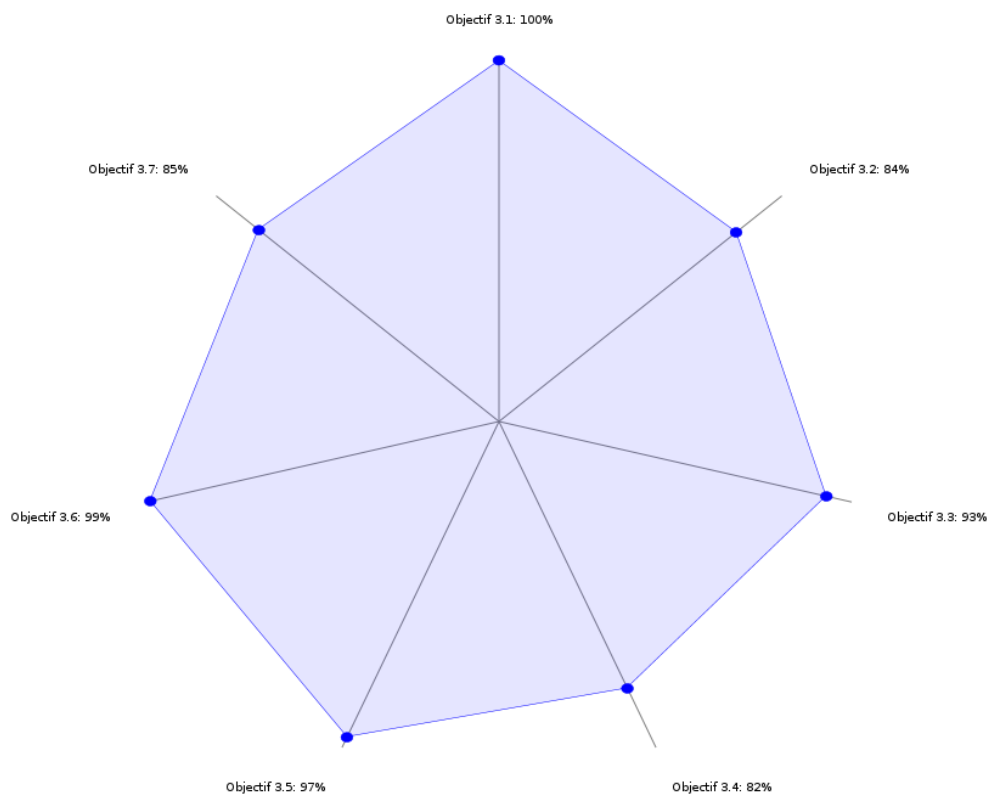


L'implication de tous les professionnels et leur capacité de travail en équipe pour le bien des patients qui leurs sont confiés ont été constatées lors des différents traceurs effectués par les experts. La prise en charge du patient commence avant l'entrée par une évaluation de la pertinence de la demande des autres structures via le logiciel trajectoire pour le SSR ou par un document rempli par l'adresseur et étudié par le corps médical et le cadre. L'accueil du patient en cas de réponse positive est alors organisé pour répondre au mieux aux besoins (réflexion sur la chambre, le matériel à mettre en place comme le matelas anti escarre, les traitements). L'accueil IDE et médical est immédiat et permet la mise en place du protocole de soins. Celui-ci sera ensuite validé lors du staff pluridisciplinaire qui suit l'entrée. Lors de l'entrée dans l'unité, l'identité du patient est vérifiée à partir des données des documents idoines (carte nationale d'identité le plus souvent). Le patient, sauf refus de sa part tracé, est identifié par un bracelet en médecine et SSR qui lors des patients traceurs était en effet porté par le patient et lisible, les renseignements étant justes aux dires des patients interrogés. Lors des soins l'identité est vérifiée surtout dans le cas des actes à risque. Lors de l'hospitalisation la pertinence du séjour est ensuite questionnée lors des réunions pluri disciplinaires réunissant tous les intervenants régulièrement, organisées en prenant en compte également l'environnement social, familial et culturel du patient. Les staffs font l'objet d'un compte-rendu détaillé. Lors de la mise en place d'un traitement antibiotique, l'établissement dispose d'un référent infectiologue pour permettre au médecin de la structure d'avoir un avis spécialisé en cas de difficulté. Toutefois, les experts ont pu constater que ce référent antibiotique n'était pas toujours connu des médecins rencontrés. Il a été relevé que le traitement est mis en place par le médecin qui peut recourir aux conseils des spécialistes infectiologues du CHU de LIMOGES : ceci est fait par téléphone sans traçabilité de l'avis donné. Le traitement est validé en fonction des résultats des prélèvements, et réévalué. Toutefois, on

peut noter que cette réévaluation n'est pas toujours tracée à 72 heures ou après 7 jours si le traitement est prolongé. Le dossier patient est informatisé. Il est maîtrisé par les acteurs du soin mais les experts ont pu constater une certaine lenteur à l'ouverture du logiciel. Il est régulièrement complété par tous les acteurs au cours du séjour. Il comporte tous les éléments nécessaires à la réalisation du projet de soins établi à l'entrée et réévalué lors des réunions pluri professionnelles. Lors de la sortie du patient les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge sont donnés au patient (ordonnances diverses, rendez-vous, examens complémentaires). Le courrier de sortie est remis au patient et adressé à ses divers spécialistes et au médecin traitant. La fin de vie est prise en charge avec humanité, les familles prises en compte. L'ES dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs réunissant médecins, IDE, psychologue et secrétaire, permettant ainsi de prendre en charge au mieux les soins palliatifs et la fin de vie. Des locaux adaptés spécifiques permettent la réception des familles dans de bonnes conditions. Le circuit du médicament est en grande partie sécurisé : la prescription est informatisée et la validation pharmaceutique effectuée. L'établissement dispose d'une PUI qui réalise une distribution nominative globalisée. La pharmacienne dispose d'un accès au logiciel de prescription et aux éléments médicaux permettant le travail de validation. Un contact est établi avec le médecin en cas de difficulté. Les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont réalisées: prescription informatisée par un médecin habilité, dispensation de manière nominative, livraison des médicaments en conteneurs sécurisés, contrôle de la chaîne du froid pour le transport et le stockage en service. L'administration est effectuée et validée en temps réel, le refus pouvant être noté et explicité dans le dossier. Le stockage des médicaments permet d'assurer la protection et la disponibilité du médicament. Les armoires sont toujours fermées et les salles de soins sont sécurisées. La gestion des stupéfiants répond aux exigences réglementaires en termes de sécurisation du stock et de traçabilité de la distribution aux patients. Les médicaments à risque sont identifiés et gérés. Néanmoins, les effets secondaires potentiels du traitement ne sont pas toujours connus des professionnels et prévenus comme cela a pu être noté lors du traceur ciblé sur les antibiotiques. Il n'y a pas eu de formation sur l'utilisation des médicaments à risque. Les erreurs médicamenteuses sont déclarées et traitées. Une analyse des causes profondes est faite en CREX. Les médicaments personnels du patient sont gérés : ils sont récupérés, mis de côté, contrôlés par les IDE, stockés dans un sachet identifié et remis à la famille si possible ou au patient à sa sortie. Lorsque les médicaments sont remis au patient, l'IDE retire du sachet les médicaments qui ne sont pas sur la prescription de sortie. L'approvisionnement en urgence est assuré. Il existe des armoires de réserve pour pallier le manque éventuel lorsque la pharmacie est fermée et en cas de manque le recours à l'officine de ville ou au CHU de Limoges est effectif et géré par le cadre de garde. L'établissement est en cours de réflexion sur le contenu des armoires de secours pour le rationaliser (contenu paraissant pléthorique lors de la visite). Il arrive exceptionnellement que des prescriptions soient faites par voie orale et validées le lendemain, tous les médecins n'ayant pas tous accès à distance au logiciel de prescription. L'établissement connaît la situation et certains médecins rencontrés ont indiqué que cela allait se faire pour eux. Le risque infectieux est maîtrisé. Les agents connaissent et appliquent les précautions standards ou complémentaires selon la prescription médicale, la gestion documentaire permettant le recours à une procédure ou protocole si nécessaire : les agents connaissent le fonctionnement de la GED et l'utilisent. Un cadre hygiéniste est en place. La direction respecte les recommandations vaccinales pour les professionnels en lien avec la médecine de santé au travail et les agents connaissent leur statut vaccinal et les obligations réglementaires lors de la visite. Les vigilances sont gérées. Les agents savent la conduite à tenir en cas de réception d'une alerte en connaissant la personne à contacter pour avoir la conduite à tenir. L'établissement reçoit des patients âgés et tout est fait pour éviter l'iatrogénie du séjour en favorisant l'autonomie et le maintien des capacités par référence à la situation antérieure du patient (ergothérapeutes et kinésithérapeutes disponibles, relais services). En intra hospitalier, le transport des patients est effectué par le kinésithérapeute, l'APA ou l'AS et il n'y a pas de secteur de brancardage. Les événements indésirables sont déclarés sur le logiciel informatique ou sur papier par la personne qui le découvre. La déclaration est anonyme et l'analyse est effectuée de manière pluri professionnelle. La méthode ALARM est utilisée pour déterminer les causes profondes de l'événement. Des actions d'amélioration sont mises en place et intégrées au PAQ de

l'établissement. Le suivi est assuré. Le déclarant est informé des mesures d'amélioration prises. Les indicateurs sont suivis et éventuellement des actions d'amélioration mises en place. Le recueil de la satisfaction est limité avec un faible taux de retour des questionnaires ce qui limite la possibilité de déploiement d'actions d'amélioration (l'établissement n'est pas soumis à e-satis). Les IQSS sur le SHA sont réalisés et diffusés aux professionnels et au public par affichage. En ce qui concerne, l'évaluation des pratiques, elles ont été limitées du fait de la période COVID. Il n'y a pas d'analyse rétrospective de dossiers.

Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement est impliqué dans son territoire de santé. Ainsi, il est associé au GHT. Il a, lors de la pandémie, joué son rôle de prise en charge de patients post COVID pour faciliter le parcours de ces patients et permettre aux services de court séjour de disposer des lits nécessaires en liaison avec l'ARS. Il a aussi été lieu de prélèvement et de vaccination. Il s'intègre dans le réseau gériatrique et travaille en concertation avec les différentes structures environnantes. Il a développé de nombreuses conventions en amont et en aval et travaille avec les différentes structures dans le GHT notamment. Des consultations avancées sont en place permettant un recours facile aux spécialistes. La liaison avec les médecins généralistes est également privilégiée (la plupart des médecins sont à temps partiel et exercent dans les maisons médicales porche des structures). Le contact par téléphone est facile tant pour les patients que pour les médecins traitants qui connaissent l'établissement. La messagerie sécurisée est en place mais peu utilisée. La satisfaction des patients est évaluée par les questionnaires de sortie papier. Le retour étant faible, des stratégies différentes de recueil de la satisfaction sont en cours de développement notamment le recours à des enquêtes un jour donné réalisées avec le concours des RU. Les réclamations ou plaintes sont traitées comme les EI et donnent lieu à des actions d'amélioration. Cela est également discuté en CDU. Il existe une démarche de promotion de la bientraitance au sein de l'établissement. La direction soutient le travail en équipe. Un dispositif d'écoute est mis en place par la direction pour les situations de tensions des équipes qui le nécessitent. La lutte contre la maltraitance ordinaire est également un engagement de l'établissement. L'établissement assure l'accueil des stagiaires ou des nouveaux arrivants (travail en doublon) et des formations au respect du patient et de ses droits sont au plan de formation (bientraitance, maltraitance ordinaire). L'établissement est accessible aux patients handicapés et l'accès aux soins est assuré quel que soit le statut du patient, y compris dans le cas de personnes vulnérables.

Les réclamations écrites et orales sont traitées comme les demandes de dossiers qui sont rares et ceci dans les délais réglementaires. Ces indicateurs (plaintes et réclamations, demandes de dossier et délai d'envois de ceux-ci) sont suivis en CDU. La commission des usagers (CDU) est active et plusieurs réunions annuelles sont assurées. Les représentants des usagers (RU) sont investis, formés et impliqués, un des RU étant président de la commission. Toutefois, il n'y a pas de projet des usagers clairement défini. Les RU participent aux démarches qualité dans le cadre des sous-commissions de la CME et aux démarches qualité (Comité de pilotage, CLIN). La gouvernance de l'établissement est très engagée dans la démarche qualité de par la mise en place d'un responsable qualité à temps plein et de la participation régulière du corps de direction aux diverses réunions du copil ou de la CDU et à l'analyse des EI. L'établissement a mis en place un programme d'action qualité (PAQ) soutenue par le management permettant de décliner les actions concrètes d'amélioration de la qualité. L'ensemble des acteurs est impliqué dans la politique qualité dans le cadre du comité de pilotage pour les agents et la CDU pour les usagers. Les responsables sont formés au management. Le plan de formation s'efforce de maintenir ou d'améliorer le niveau des personnels par des formations institutionnelles et répond aux demandes des agents de formations diplômantes ou à des promotions professionnelles, axe fort de la politique des RH. La qualité de vie au travail est prise en compte. Une politique QVT est mise en œuvre. Les réunions de service sont régulières. Des entretiens annuels sont en place permettant un échange favorisant l'écoute du salarié et l'identification des besoins et souhaits de formation. Il existe un programme de prévention des risques professionnels en lien avec le CSI. La Gestion des situations de violence est organisée avec intervention de la direction et de psychologues selon le besoin. Des formations sont organisées pour la gestion de la violence. L'établissement utilise les recommandations de bonnes pratiques. Les indicateurs de qualité sont relevés, communiqués et suivis. Ils sont connus des professionnels. Un plan de sécurisation de l'établissement est mis en œuvre. Un plan d'actions sur le recyclage des déchets est réalisé. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Un plan blanc est mis en œuvre. La sécurité informatique est assurée. L'établissement déclare à l'ARS les événements indésirables (EI) graves qui peuvent survenir en son sein. Les événements indésirables sont analysés de manière pluri-professionnelle. Le travail en équipe est effectif notamment par le biais des réunions régulières de staffs pluri-professionnels toutes les semaines. Toutefois, il n'y a pas eu de démarches spécifiques type PACTE par exemple. La prise en charge des urgences vitales internes est effective. Les personnels sont formés régulièrement (AGFSU 1 et 2). Le matériel est disponible, les chariots d'urgence étant régulièrement vérifiés, scellés et homogènes dans la structure. Le personnel est formé à la conduite à tenir en cas d'urgence vitale. Les agents de l'établissement qui sont pompiers volontaires assurent des exercices réguliers de simulation. Le développement durable est pris en compte. Un responsable est nommé dans ce domaine et de nombreuses actions ont été mises en place ou sont en cours avec notamment un travail sur le tri des déchets. Les experts ont noté toutefois que le tri DAOM DASRI n'est pas optimal lors de la visite. De même, du fait du manque de locaux, ils ont pu constater que certains locaux contenaient à la fois des déchets et du matériel propre (FR par exemple), que les sacs n'étaient pas toujours identifiés et que si les locaux sont fermés, ils ne sont pas toujours identifiés comme contenant des DASRI.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	870014503	HOPITAL INTERCOMMUNAL HAUT LIMOUSIN	4 avenue charles de gaulle 87300 Bellac FRANCE
Établissement principal	870000551	HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN/HL DE BELLAC-JOLIBOIS	4 avenue charles de gaulle 87300 Bellac FRANCE
Établissement géographique	870001567	HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN/HL LE DORAT-LA JOSNIERE	9 avenue francois de la josniere 87210 Le Dorat FRANCE
Établissement géographique	870000403	HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN/HL DE MAGNAC-LAVAL- BEAUSEJOUR	8 avenue georges sand 87190 Magnac-Laval FRANCE
Établissement géographique	870008141	HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN/HL DE LE DORAT-SLD	9 avenue francois de la josniere 87210 Le Dorat FRANCE
Établissement géographique	870005824	HOPITAL INTERCOMMUNAL DU HAUT LIMOUSIN/HL DE BELLAC-SLD	4 avenue charles de gaulle 87300 Bellac FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
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	47
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	2
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	67
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	2
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	84
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Dynamique d'amélioration		
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'une analyse en interne (CREX avec mise en œuvre d'actions d'amélioration)
4	Audit système	Maitrise des risques		
5	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque per os
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un médicament à risque injectable
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire sans dispositif invasif
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète	

			Programmé	
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire avec dispositif invasif
12	Patient traceur		Tout l'établissement Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Maladie chronique Médecine Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Médecine Pas de situation particulière	

			Hospitalisation complète Programmé	
17	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Médecine Hospitalisation complète Programmé	
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Audit système	QVT & Travail en équipe		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
24	Audit système	Engagement patient		
25	Audit système	Entretien Professionnel		
			Tout l'établissement	

26	Parcours traceur		<p>Patient âgé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
27	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
28	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	
29	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
30	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription intégrant, a minima, un antibiotique injectable

33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précaution standard et complémentaire sans dispositif invasif
34	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
35	Parcours traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
36	Audit système	Leadership		
37	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
38	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
39	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport - Patient assis SSR > PLATEAU TECHNIQUE
	Audit	Entretien		

40	système	Professionnel		
41	Audit système	Représentants des usagers		
42	Patient traceur			
43	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
44	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
45	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
46	Parcours traceur			
47	Parcours traceur			

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

