



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOSPITALISATION A
DOMICILE NIVERNAIS
MORVAN**

17 rue du gué
58000 NEVERS



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 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 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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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

HOSPITALISATION A DOMICILE NIVERNAIS MORVAN	
Adresse	17 rue du gué 58000 NEVERS FRANCE
Département / Région	Nièvre / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750721334	CROIX ROUGE FRANCAISE	21 rue de la Vanne 92120 Montrouge cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

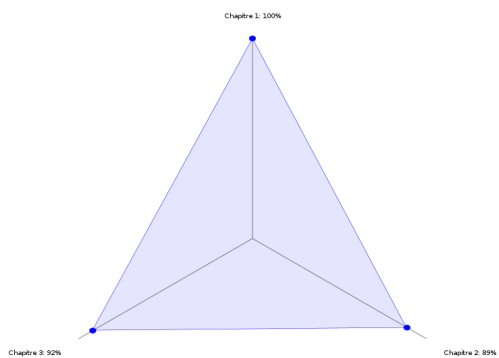
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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
Tout l'établissement

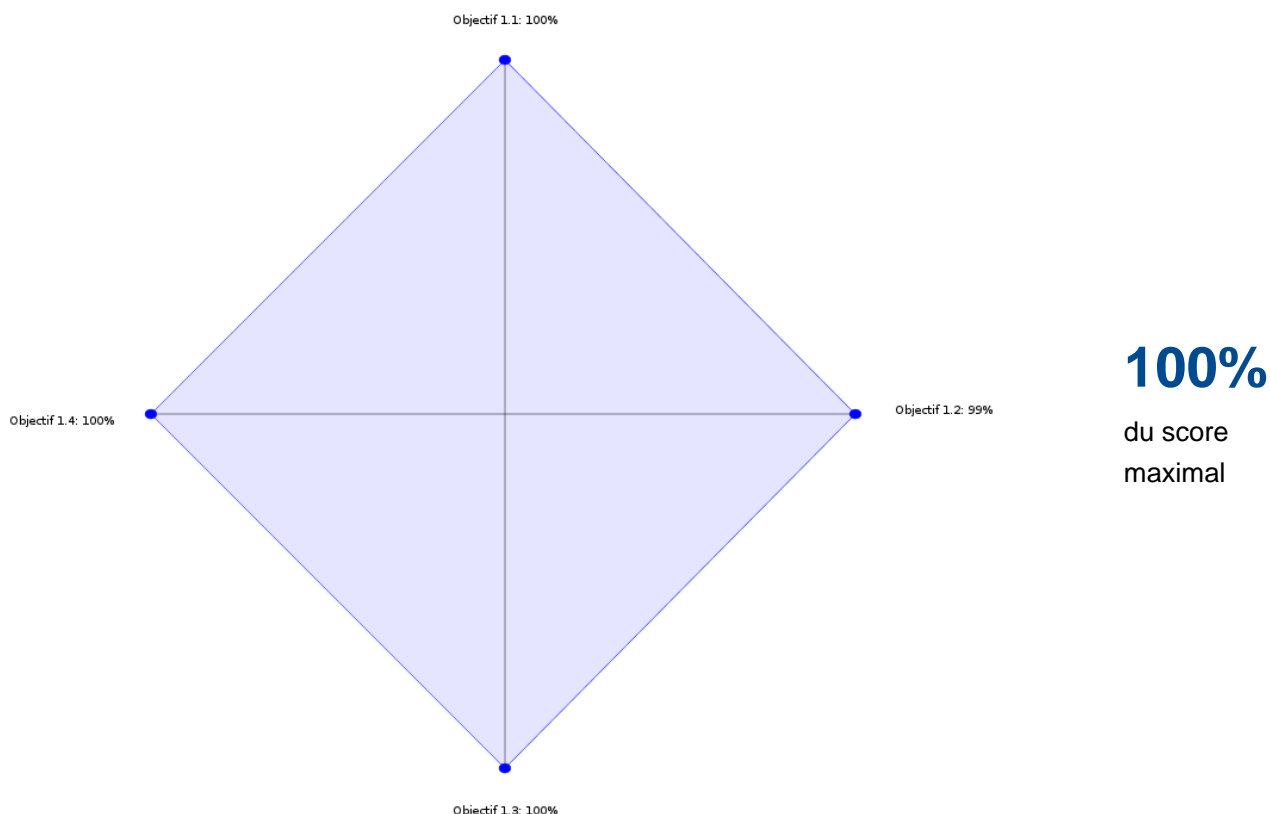
Au regard du profil de l'établissement, [103](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

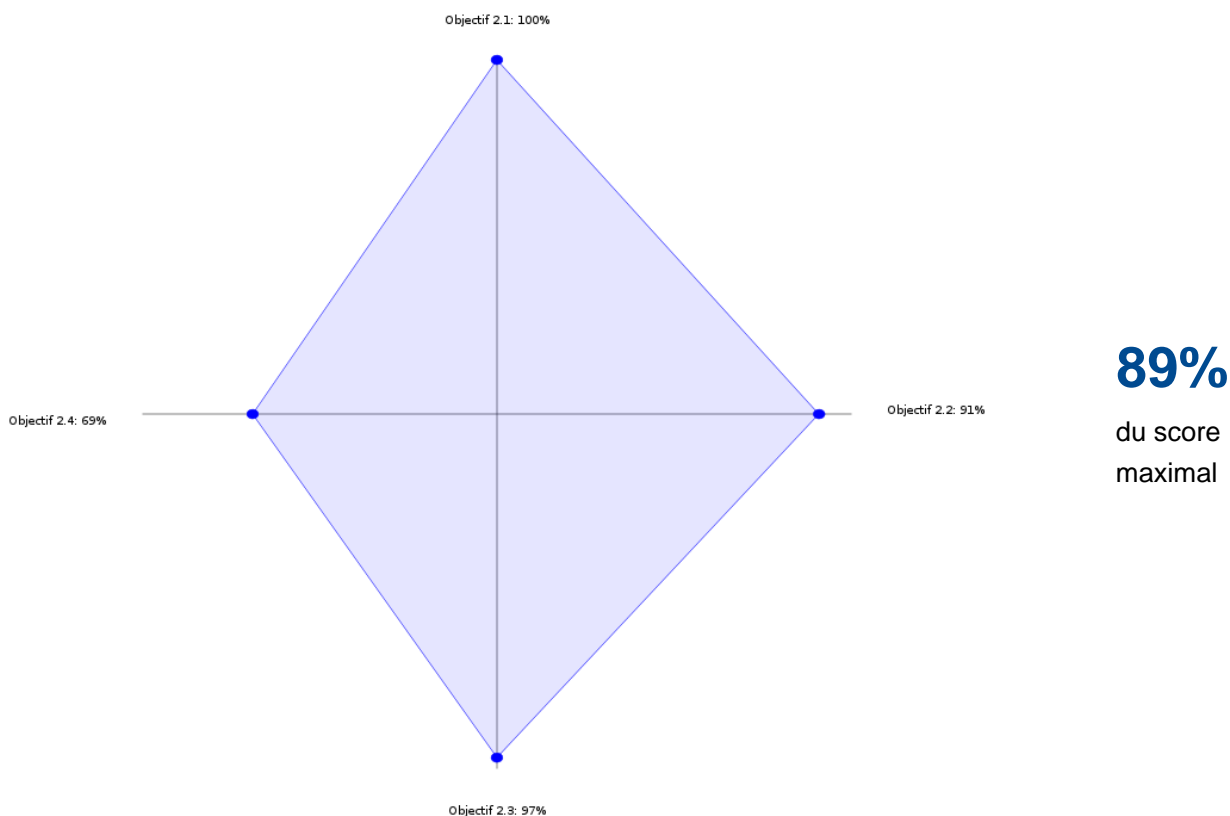


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'admission du patient à l'Hospitalisation À Domicile (HAD) du Nivernais Morvan, s'effectue par un outil d'orientation vers les structures sanitaires et médicosociales. Les patients ou leurs proches ou entourage, reçoivent une information claire et adaptée sur leur état de santé et la prise en charge. Le livret d'accueil a récemment été réactualisé avec toutes les coordonnées (téléphone, fax et email) permettant au patient de contacter l'établissement à tout moment. Les modalités de prise en charge, les organigrammes nominatifs, diverses chartes et des informations relatives aux droits (consentement, dommages liés aux soins, personne de confiance, directives anticipées, CDU, promotion de la bientraitance...) sont intégrées au livret. Les commissions et comités en place sur l'HAD (CLUD, CLIN, CLAN, COMEDIMS) ainsi que les associations et réseaux partenaires (notamment pour les soins palliatifs ou le diabète) sont également précisés. Lors de la pré admission, l'infirmière de liaison référente fait le point avec le patient sur ses habitudes de vie et souhaits particuliers.

L'admission s'opère ensuite selon des modalités précises et le patient (ou les parents car l'HAD du Nivernais Morvan prend également en charge des enfants/adolescents invités alors à exprimer leur avis) exprime son consentement libre et éclairé sur son projet. Ce consentement est tracé dans son dossier. Parmi les formalités administratives figurent également la désignation de la personne de confiance ainsi que la possibilité de rédiger des directives anticipées. Des questionnaires (à l'admission et à la sortie de l'HAD) invitent le patient à faire part de sa satisfaction et de son expérience. Bon nombre de patients sont en soin lourd voire palliatif et les familles ou aidants sont accompagnées, sollicitées et associées au suivi des soins (en particulier la prise de médicaments). Les infirmières de liaison qui assurent la coordination avec les infirmières libérales intervenant au domicile du patient ainsi que les aides-soignants de l'HAD sont attentives, dans leurs pratiques, au respect de l'intimité et de la dignité du patient. Un panel de soins complémentaires peut être mobilisé si besoin avec divers collaborateurs extérieurs (équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, kinésithérapeutes, pédicure-podologue, diététicienne...) participant ainsi à l'amélioration de l'état de santé et au maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour. L'HAD dispose également de ressources internes (assistante sociale, psychologue clinicienne) favorisant la prise en compte des conditions de vie et de lien social du patient et permettant plus particulièrement un accompagnement pour les patients en situation de précarité ou vivant avec un handicap. Les patients mineurs bénéficient également, selon leur situation, de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur. Au-delà des prescriptions mises en place, les évaluations de la douleur sont réalisées au moyen d'échelle et leur traçabilité est bien retrouvée dans le dossier patient. A l'HAD, des formations sont proposées au personnel (4 actions proposées en 2023, pour 10 agents, sur l'accompagnement dans la douleur, l'accompagnement par la sophrologie, la douleur chronique/la douleur rebelle...) et des évaluations sont effectuées (Audit flash douleur réalisé durant la visite (29.03.2023) pour le 1er trimestre 2023 sur la base de 10 dossiers : évaluation avec échelle tracée à 100%). Les proches et/ou aidants sont systématiquement associés à la mise en œuvre du projet de soins et adhèrent, avec l'accord du patient, aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



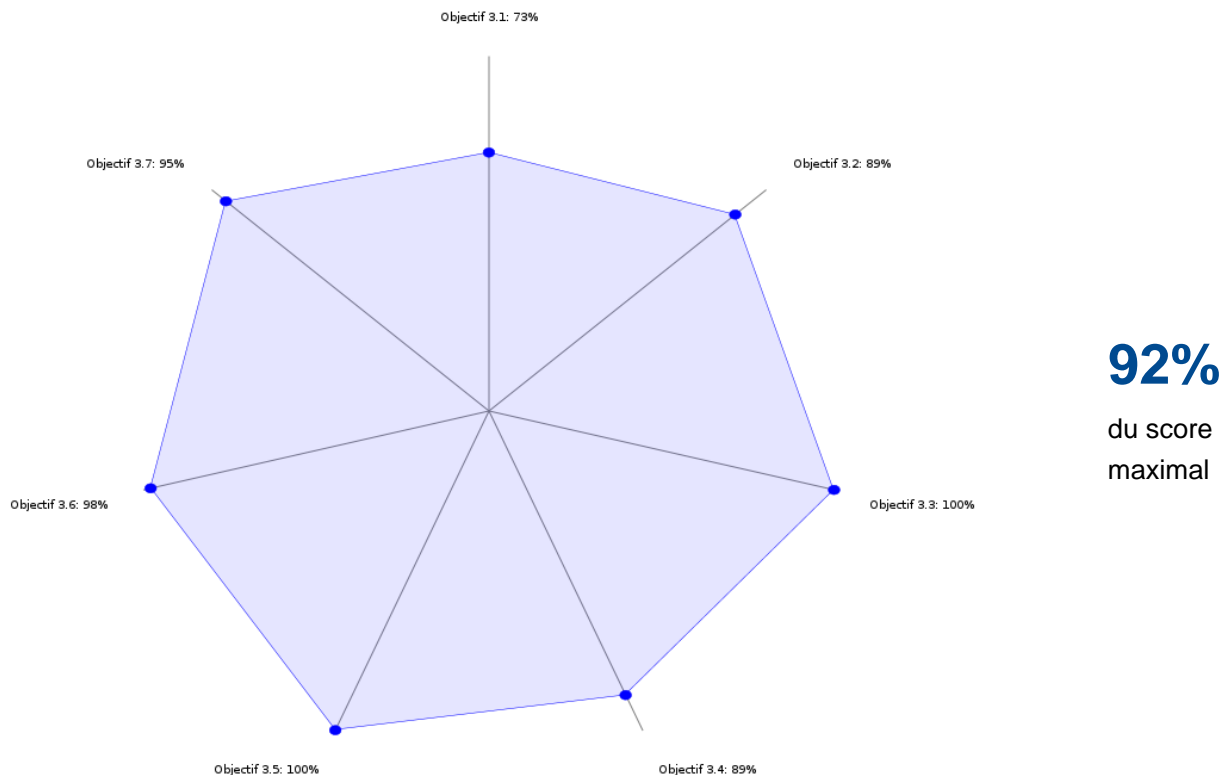
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	91%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	69%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et la prise en charge coordonnée, en interne, par une équipe pluriprofessionnelle (un médecin coordonnateur, un médecin, une pharmacienne, une psychologue, une assistante sociale, une IDEC, 6 infirmières de liaison référentes et 5 aides-soignants composent l'équipe médico-soignante. Un troisième médecin doit rejoindre l'équipe en juin 2023). Une assistante HAD et un logisticien, nouvellement recruté, complètent le dispositif de soins. L'HAD Nivernais Morvan a pour objectifs d'augmenter sa file active à 50 patients / jour en lien avec son CPOM et de recruter une équipe IDE de soins. En lien, le projet médical a pour orientations l'amélioration du positionnement de l'HAD dans son environnement médical (partage des expertises, projet diabète gestationnel), le développement de la prise en charge HAD en EHPAD et l'élargissement des modes de prise en charge (transfusion sanguine, chimiothérapie,...), l'amélioration de la collaboration avec les IDE libérales et le renforcement des actions de coordination et de formation des

professionnels (association des infirmières libérales aux staffs, CREX, formations internes...). Un staff hebdomadaire participe, en interne, à la coordination de la prise en charge. Le projet de soins et ses réajustements sont tracés dans le dossier et systématiquement adressés au médecin traitant tout au long de la prise en charge. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est également argumentée et réévaluée et une formation à l'antibiothérapie est inscrite au plan de formation 2023 pour les médecins et la pharmacienne de l'HAD. La coordination de la prise en charge est aussi assurée avec les établissements adresseurs (CHU de DIJON, Centre hospitalier de NEVERS...). Une démarche palliative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est coordonnée et mise en œuvre avec le réseau intervenant sur le territoire. Le dossier du patient est complet et son accessibilité ainsi que la coordination de la prise en charge sont une priorité pour l'HAD. Les IDE de liaison participent à la continuité des soins par une coordination régulière des données avec les différents acteurs de la prise en charge. Et l'établissement travaille, plus précisément, avec les différents cabinets d'infirmiers libéraux du territoire, au déploiement d'une synchronisation des données entre les dossiers du patient (chevet et structure) avec une application, via smartphone. Celle-ci permet notamment de tracer, en temps réel, l'administration des traitements par les IDE libérales. Environ 50 % des partenaires libéraux utilisent aujourd'hui ce dispositif. Une astreinte, médicale et infirmière, est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En matière de coordination, une amélioration est toutefois attendue en fin de prise en charge, au moment de la sortie du patient car la lettre de liaison est souvent rédigée 2 à 3 jours après la sortie et, de facto, n'est pas remise au patient ni adressée à son médecin traitant dans le délai attendu. En matière de maîtrise des risques, les vigilances et leur coordination sont organisées au sein de la structure (les référents sont désignés et connus et un COVIRIS est en place). Pour le circuit du médicament, l'HAD ne comporte pas de PUI. Quelques médicaments spécifiques sont toutefois en stock sécurisé sous la responsabilité de la pharmacienne de l'HAD, pour des besoins urgents ou pour des produits à dispensation hospitalière à utilisation prochaine, afin de limiter le stock au domicile. La dispensation de ces médicaments est maîtrisée et dans ces cas le transport est réalisé par les IDE de liaison. La conservation des médicaments, à l'HAD et au domicile, est assurée dans les conditions de sécurité attendues. De manière générale, la dispensation est assurée par les pharmacies de ville et l'analyse pharmaceutique des prescriptions réalisée par le pharmacien d'officine dans le cadre de conventions signées avec l'HAD. Dès l'admission, le médecin coordonnateur retranscrit, dans le logiciel informatisé de la structure, le contenu de l'ordonnance qui est ensuite vérifié par la pharmacienne de l'HAD pour une deuxième analyse pharmaceutique. A chaque fois que nécessaire (selon le profil du patient ou des particularités de prise en charge préalablement définies), une conciliation médicamenteuse est mise en place. Au besoin, une intervention pharmaceutique est discutée avec le médecin HAD, voire avec le médecin prescripteur. Des outils d'aide à la prescription et de vérification des interactions médicamenteuses sont disponibles pour les prescripteurs. Le déploiement en cours de l'informatisation au domicile permet la validation de l'administration des médicaments en ligne. Dans le cas où ce dispositif n'est pas utilisé par les professionnels libéraux intervenants, des documents sous forme de triptyques sont édités à partir du dossier structure informatisé et des données de prescription. L'observation des dossiers a montré que la traçabilité était assurée y compris quand les familles ou patients sont responsables de la prise. L'antibiothérapie fait l'objet d'évaluations, en lien au besoin avec les prescripteurs et la réflexion liée aux résultats d'examens transmis par ligne sécurisée à partir des laboratoires. Les équipes sont sensibilisées au suivi des médicaments à risques. Une fiche synthétique, mise à leur disposition, est établie pour chaque médicament à risque. Elle indique la nature des risques, leur identification et leur surveillance spécifique. Concernant la prise en charge médicamenteuse, le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement retrouvé ou toutefois de manière explicite dans le dossier patient ou la lettre de liaison. L'établissement a également renforcé la sécurisation du circuit des produits de santé (approvisionnement, stockage et accès) avec le recrutement récent d'un logisticien. Pour les autres risques liés aux pratiques, la maîtrise du risque infectieux est prise en compte avec des réunions régulières du CLIN (avec participation du médecin coordonnateur, de la pharmacienne, du qualitatif, de la Directrice, de la RU, de l'IDEC, d'Infirmières de liaison et d'aides-soignants). Des protocoles sont créés dès que besoin (sur le signalement des BMR en interne, par exemple, en mars 2023) ou actualisés. Des EPP sont en cours sur les précautions standards et des actions de formation sont proposées (pour les aides-soignants en février 2023). Des audits sont régulièrement effectués (sur l'hygiène des mains, le nombre de personnes ayant

une BMR à leur admission en HAD...). L'équipe met en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation du questionnaire de sortie, les EPP, les résultats d'audit, le suivi des IQSS et sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins. Les Evènements Indésirables sont déclarés, analysés et suivis avec une présentation régulière auprès des instances notamment la CDU. Toutefois, on relève une diminution notable des déclarations sur les trois dernières années (105 en 2020, 55 en 2021, 16 en 2022). En ce sens, l'établissement a prévu pour 2023 de resensibiliser les professionnels aux déclarations d'EI. Les RU sont associés à l'analyse des questionnaires de sortie, mais ne participaient pas au recueil de la satisfaction et de l'expérience patient. Lors de la dernière CDU, il a été acté sur proposition des RU de revoir le questionnaire de sortie pour le simplifier, ainsi que de créer des questionnaires de satisfaction spécifiques aux aidants et à la prise en charge de la douleur. L'objectif étant également d'améliorer le taux de retour. Enfin, la structure n'a pas réalisé à ce jour de revues de pertinence (sur, par exemple, les nouvelles pratiques, le refus d'une hospitalisation en HAD, les ré hospitalisations imprévues...) ni d'évaluation de résultats cliniques sur des échantillons de patients. L'établissement a cependant réalisé un diagnostic complet du positionnement et de l'activité de l'HAD Nivernais-Morvan en 2021 avec notamment l'analyse des IP transfert et GHT (groupe homogène de tarifs) et mis en place des actions d'amélioration en lien avec la pertinence des adressages (communication auprès des adresseurs potentiels, augmentation de la file active, pertinence des durées de séjours).

Chapitre 3 : L'établissement



92%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	73%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	89%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
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	100%
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	95%

L'HAD du Nivernais Morvan fait partie du dispositif santé de la Croix Rouge Française qui, pour le département de la Nièvre, se compose de deux autres structures : un Centre de Soins Infirmiers (CSI) implanté sur 4 antennes et un Service de Soins et d'Aide A domicile (SSIAD) de 116 places et 30 places d'Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) implanté également sur 4 antennes. L'HAD intervient sur une zone rurale (avec une problématique prégnante de désert médical) couvrant environ les trois quart du département, avec des lieux d'habitation des

patients parfois distants de 1h30 de la structure. Les demandes proviennent majoritairement du Centre Hospitalier de l'agglomération de Nevers (CHAN), via Trajectoire. Partenariats et filières (Croix rouge et locales) sont identifiés de longue date et la place de l'établissement est aujourd'hui prépondérante en matière de coordination des parcours HAD (la structure a ouvert en 2005, partageant alors avec le CHAN l'activité d'hospitalisation à domicile. Mais elle opère seule, depuis 2012, sur le territoire de santé). L'HAD collabore avec diverses associations ou réseaux notamment dans le cadre des soins palliatifs ou de la prise en charge du diabète. Des liens réguliers sont établis avec le GHT notamment le CHAN avec une IDE de liaison référente pour le site (également une IDE de liaison référente pour l'antenne de CORBIGNY). Une convention avec le CHAN pour un accès prioritaire des patients de l'HAD, notamment des personnes âgées, était en cours de mise en place la semaine de la visite de certification. Les collaborations sont également croissantes avec les EHPAD du territoire (aujourd'hui environ 12% de l'activité). Des coordinations sont également instituées avec les structures de type SSR, Centres de soins, SSIAD, la médecine de ville, les autres acteurs libéraux (pharmacies, cabinets d'infirmières, kinésithérapeutes, pédicures, podologues, ergothérapeutes...). Enfin, l'HAD contribue au développement des CPTS avec notamment la participation du PCME et de la direction aux assemblées générales. Les modalités pour contacter l'établissement sont aisées et précisées dans différents supports notamment le livret d'accueil. L'établissement n'est pas investi de missions universitaires mais ne promeut pas, pour l'heure, de recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire. Concernant l'implication des représentants des usagers, 4 réunions de la CDU ont été organisées en 2022 (avec un taux de participation de 100 % pour la RU) avec avis sollicité sur les EI, l'évaluation de la satisfaction du patient, les demandes de dossiers médicaux, le projet d'établissement, le statut ESPIC... et des informations sur différents sujets comme le circuit du médicament ou encore la préparation à la certification. L'établissement a pour objectif de renforcer très prochainement cette implication (par une association à la réflexion éthique, une participation à la création d'un questionnaire spécifique sur la douleur, une formation à la méthode Patient traceur, des actions de sensibilisation auprès des professionnels, la formalisation d'un projet des usagers...). En matière de recueil de l'expression du patient, la démarche repose sur les questionnaires de satisfaction (à l'admission et à la sortie du patient avec environ 20 réponses par an soit un taux de retour de 6,5 % en 2021 et de 11 % en 2022). Une attention est apportée à la prévention de la maltraitance. Des actions de sensibilisation sont proposées aux professionnels par l'IDEC et des formations sont inscrites au plan annuel (2 sessions en 2023). Une charte de bientraitance est diffusée via divers supports et les professionnels connaissent les modalités de signalement des situations de maltraitance. L'accès du patient à son dossier est organisé, avec un suivi partagé en CDU du nombre de demandes et des délais de remises, mais peu de demandes sont adressées à l'établissement (0 en 2021 et 1 en 2022). Concernant le management et l'organisation du travail des équipes, différents temps de coordination sont mis en place avec les médecins, l'IDEC et la direction d'établissement. Des points de transmission sont organisés le lundi matin afin de réajuster les effectifs en fonction des besoins et de la charge de travail. Les managers peuvent partager leurs expériences. Au niveau du siège de la Croix rouge, par exemple, avec des réunions régulières proposées aux directeurs et à l'encadrement des structures HAD, en présentiel ou sous forme de visioconférences. Localement, au niveau de l'HAD Nivernais Morvan, des CODIRS et réunions sont également organisés. La gouvernance pilote et participe aux instances, commissions, comités et COPIL institutionnels fondant un management centré sur la qualité et la sécurité des soins. Pour l'intégration des nouveaux professionnels, un document a été élaboré à l'intention du personnel intérimaire, facilitant une prise de poste toujours organisée en binôme. De même, un livret soignant à l'attention des nouveaux embauchés précise les points clés utiles à la prise de poste (déclaration d'EI, identitovigilance, Hygiène, déchets, médicaments, douleur). Tutorats et apprentissages sont inscrits au plan de formation annuel (pour le personnel aide-soignant) et diverses actions sont prévues pour le maintien ou le développement des compétences (Etre secrétaire médicale en HAD, Etre assistante sociale en HAD, Mon premier poste d'encadrement...). Il n'existe pas de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe même si des initiatives ponctuelles sont réalisées. Un comité éthique est en place depuis plusieurs années et se réunit régulièrement. Des comptes-rendus sont réalisés et accessibles au personnel. Une fiche « Questionnement éthique » est disponible sur la GED et dans le service, permettant à tout agent de suggérer une question éthique à l'attention du comité. Une démarche QVT est instituée

à plusieurs niveaux (national avec un département QVT et un plan d'actions du siège de la Croix rouge française, local avec un plan d'action décliné du national et complété de mesures spécifiques à l'HAD du Nivernais Morvan). L'établissement a adressé récemment au personnel un nouveau questionnaire afin d'actualiser sa politique QVT. Des dispositifs de soutien peuvent être proposés si besoin aux professionnels (2 psychologues du département QVT peuvent être sollicités et, localement, le service de médecine préventive, sur Nevers, peut proposer des soutiens). Pour les risques auxquels l'établissement peut être confronté, le plan blanc institutionnel vient d'être actualisé (V 5. Mars 2023). Toutefois, l'établissement ne réalise pas d'entraînements ou d'exercice au moins une fois par an en matière de gestion de crise (Mais un exercice de simulation du plan blanc a été effectué durant la visite de certification visant à évaluer la réactivité de la cellule de crise et la capacité de l'établissement à mobiliser son personnel). En matière de risque numérique, les professionnels appliquent les mesures de prévention et connaissent les procédures dégradées prévues. Spécifique à l'HAD, le risque de coupure électrique au domicile du patient est prévu en lien avec les fournisseurs d'électricité. En matière de risques environnementaux, le Développement Durable (DD) est une des prérogatives nationales de la CRF, avec un groupe de travail dédié. Au niveau de l'HAD, un comité DD est en place ; l'accent est mis sur la maîtrise des déchets et des actions de sensibilisation et d'information sont régulièrement proposées aux professionnels (point qualité, newsletters...). Le management QGDR est structuré, opérationnel et participatif avec un COPIL dédié centralisant les données et actions relevant des différents comités institutionnels (dossier patient, QVT, Développement durable, EPP, EI, retour d'expérience, vigilances et risques) et des instances notamment la CME et ses différentes sous-commissions. La politique Qualité et sécurité des soins a été récemment mise à jour (V2 du 22.03.2023) avec des orientations, pour la période 2023-2027, s'inscrivant dans la stratégie 2030 de la Croix Rouge Française. Le PAQSS institutionnel précise les actions à entreprendre (avec responsables identifiés et échéances définies) et leur suivi. La déclaration des EI est connue des professionnels et elle est opérationnelle. Le circuit est organisé, les déclarations sont analysées et des plans d'action sont mis en place. Les EIAS bénéficient d'une analyse collective selon la méthode ALARM et patients ou aidants sont informés des éventuels dommages imputables. Les IQSS (qualité du dossier patient, coordination de la prise en charge, évaluation de la douleur avec une échelle, dépistage des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre, ICSHA) sont suivis et leurs résultats diffusés. 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 améliorer la remise et la qualité de la lettre de liaison à la sortie et de poursuivre la mise en place de revue de pertinence.

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	750721334	CROIX ROUGE FRANCAISE	21 rue de la Vanne 92120 Montrouge cedex FRANCE
Établissement principal	580001899	HOSPITALISATION A DOMICILE NIVERNAIS MORVAN	17 rue du gué 58000 NEVERS FRANCE

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	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)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Non
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	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	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	30

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Engagement patient		
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Audit système	QVT & Travail en équipe		
4	Audit système	Leadership		
5	Audit système	Représentants des usagers		
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine	
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	

8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et ATB : Prescription à administration
9	Audit système	Dynamique d'amélioration		
10	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG selon liste établissement
11	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Non applicable
12	Audit système	Maitrise des risques		
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
14	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation à domicile Médecine	
15	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Non applicable
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine	

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

