
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CH DE CHAGNY

16 rue de la boutiere
71150 Chagny



Validé par la HAS en Septembre 2025

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

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	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	22
Annexe 3. Programme de visite	23

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CH DE CHAGNY	
Adresse	16 rue de la boutiere 71150 Chagny FRANCE
Département / Région	Saône-et-Loire / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	710781592	CENTRE HOSPITALIER DE CHAGNY	16 rue de la boutiere 71150 Chagny FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

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

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité

Adulte

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

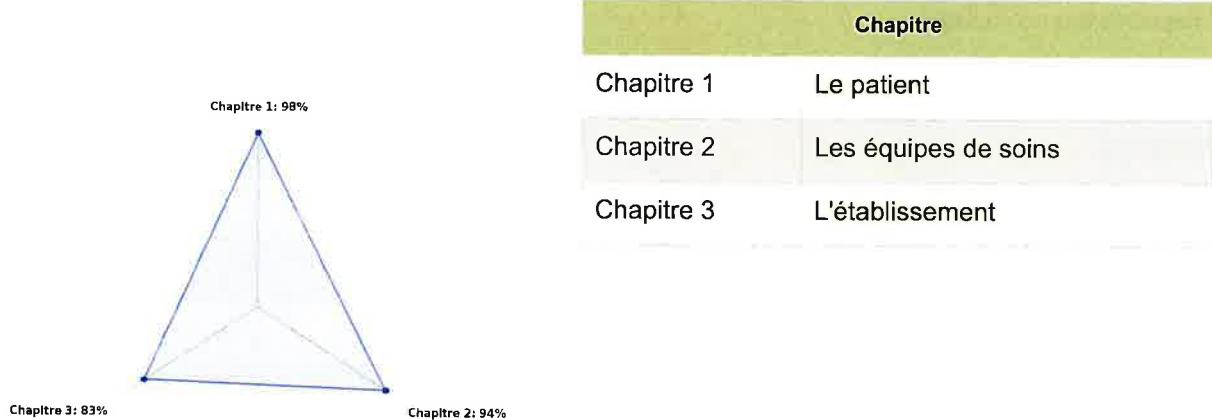
Programmé

Soins Médicaux et de Réadaptation

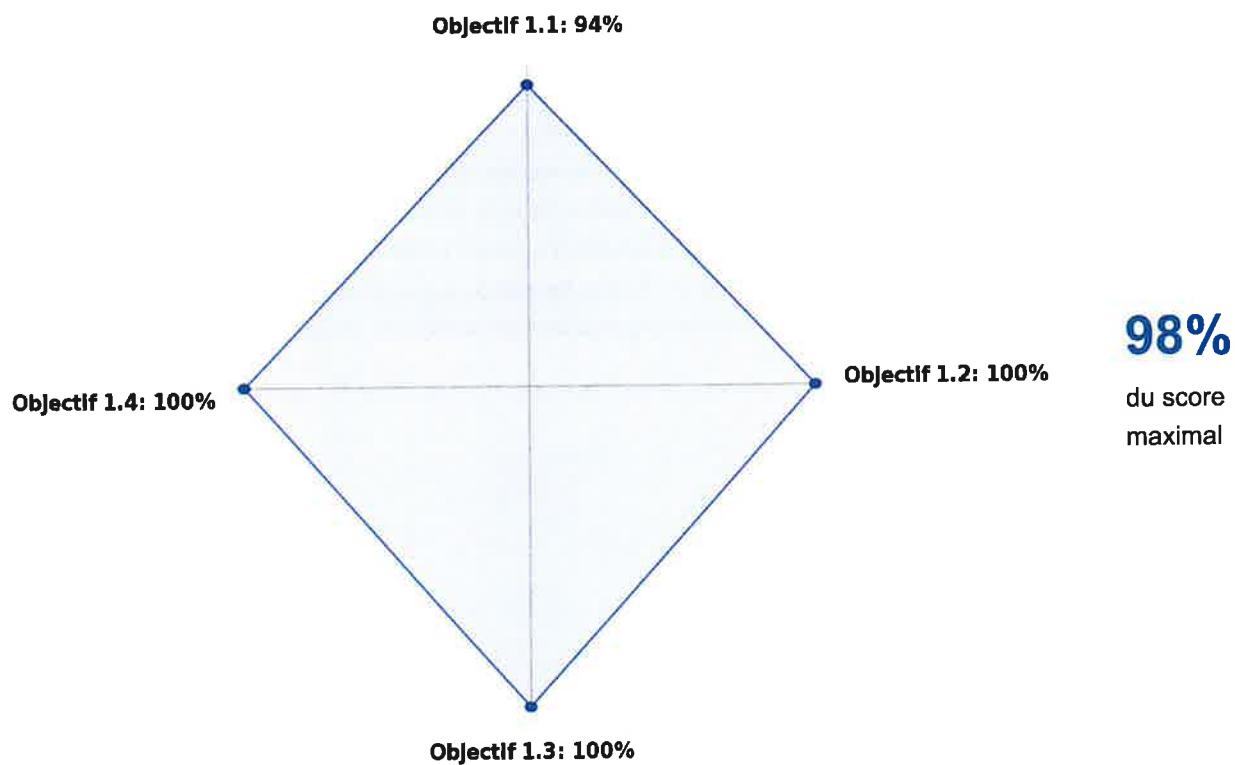
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, 96 critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre 1 : Le patient

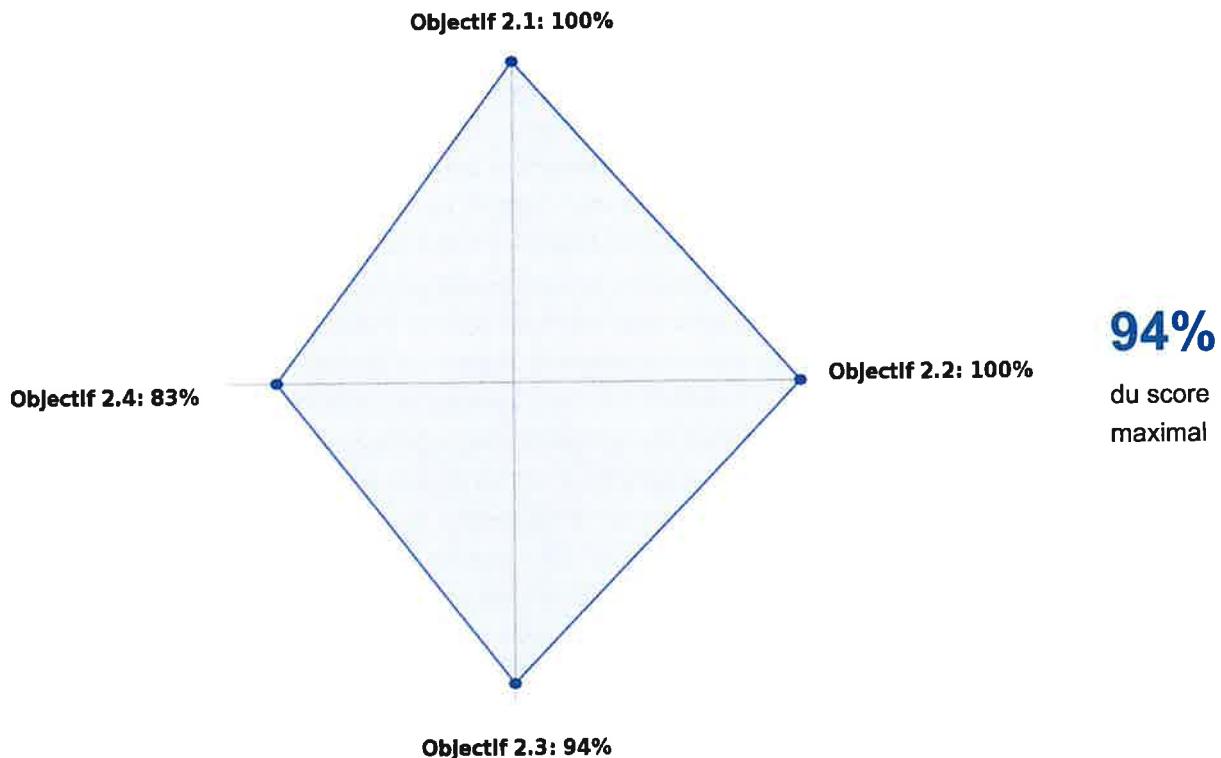


Objectifs	
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.
1.2	Le patient est respecté.
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de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

Au sein du Centre Hospitalier du Chagny, le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé et les soins qui lui sont prodigués. A son arrivée des informations lui sont remises par les intervenants qui se présentent auprès de lui, et un livret d'accueil est remis (spécifique au service de médecine et un autre pour le SMR). Des panneaux d'affichage sont présents au niveau des services avec entre autres les chartes, les coordonnées des représentants des usagers. L'information concernant le diagnostic, l'état de santé, les traitements délivrés est adaptée aux capacités de compréhension et délivrée. La remise de ces informations permet au patient de donner son consentement libre et éclairé quant à son projet des soins. Concernant les messages de prévention à santé, les équipes tracent dans le dossier les informations données aux patients en fonction de leur risque. La personne de confiance et la personne à prévenir sont recueillies et leurs

coordonnées présentes dans le dossier. Les directives anticipées peuvent être conservées dans le dossier si le patient a fait le choix d'en rédiger, toutefois les équipes précisent qu'elles n'informent pas systématiquement le patient, l'information étant dans le livret d'accueil. Les représentants des usagers sont également connus des patients, toutefois les patients ne savent pas comment réaliser une réclamation, ni comment déclarer un évènement indésirable, bien que les informations soient décrites dans les livrets d'accueil. Le patient bénéficie également du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité des informations le concernant, à la fois par les pratiques des professionnels, mais également par les locaux. Une attention particulière est portée aux patients âgés et aux patients en situation de handicap pour les aider à conserver leur autonomie et prévenir les risques de dépendance, une aide aux repas et à la toilette est proposée et assurée si besoin et est adaptée au niveau de dépendance. Le recours à la contention relève d'une prescription médicale, avec réévaluation et surveillance. La douleur est évaluée et réévaluée et les traitements antalgiques adaptés au niveau de douleurs sont administrés. La présence des proches et des aidants est facilitée, quel que soit le service, et particulièrement dans le cadre d'une prise en charge en soins palliatifs. Le contexte psycho-social est évalué et les patients qui le nécessitent ou en font la demande sont adressés à la conseillère en économie sociale et familiale. La préparation à la sortie est organisée avec le patient et ses proches.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



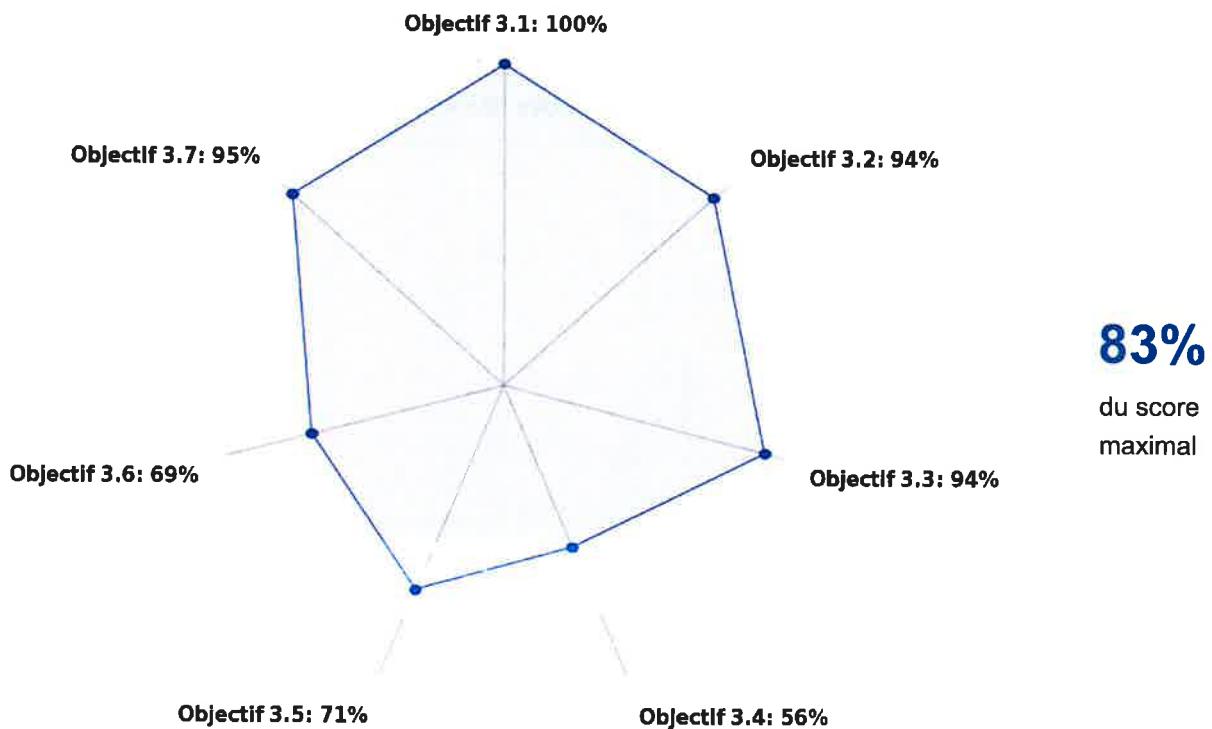
Objectifs	
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
2.3	Les équipes maîtrisent les risques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

Les décisions de prise en charge en hospitalisation sont argumentées selon l'état de santé du patient, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques. Pour les prises en charge complexes, les pertinences de décisions dans la prise en charge du patient sont abordées lors des staffs pluridisciplinaires et pluri professionnels. Le projet de sortie est anticipé, et au besoin une prescription d'une hospitalisation à domicile (HAD) peut être discutée. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et justifiée. Les infectiologues du GHT « Saône et Loire-Bresse-Morvan » peuvent être contactés pour avis. Ils ont élaboré des recommandations disponibles en ligne sur le site « Endormi ». La Commission des Anti-Infections est une commission GHT. Une formation est en place notamment pour les internes, donné par un des pharmaciens qui présente les ressources à disposition. La réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure, est tracée dans le

dossier patient informatisé (DPI), et une alerte est en place même si elle n'est pas bloquante. Le dossier patient est informatisé, et a été changé en 2024. Il est commun aux établissements du GHT. Chaque professionnel trace les informations nécessaires à la prise en charge du patient en temps utile. Les résultats de laboratoire sont intégrés au dossier patient informatisé, ainsi que les comptes-rendus d'imagerie. La formation a été assurée à la mise en place avec du e-learning, et des référents. Lors de l'arrivée d'un nouvel arrivant la formation se fait par tutorat. Les équipes connaissent les experts ou référents auxquels ils peuvent faire appel et les solliciter autant que de besoin, ces experts étant connus et reconnus (hygiène, infectiologue, douleur, plaie...) Si besoin, une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie, l'établissement dispose de 3 lits dédiés. Les professionnels font appel entre autres à l'équipe mobile de soins palliatifs du territoire. Lors de la sortie, une lettre de liaison est remise au patient, et transmise dans son espace en santé, toutefois le bilan thérapeutique n'est pas présent. La lettre fait état du traitement d'entrée et du traitement de sortie, mais ne présente les modifications du traitement. Celui-ci est expliqué au patient à son départ de l'établissement oralement. Lors d'un transfert vers un établissement du GHT, les professionnels ont accès aux informations via le DPI commun. Les IDE réalisent également une feuille de transfert. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, avec l'utilisation de bracelet d'identification. La plupart des identités sont connues du logiciel administratif et qualifiées par des passages au préalable sur le Centre Hospitalier William Morey. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. Une organisation est établie 24h/24. Le circuit du médicament est organisé de la prescription, en passant par la dispensation jusqu'à l'administration des médicaments. La prescription est réalisée dans le dossier patient informatisé. Les pharmaciens analysent les prescriptions et les valident pour tous les patients. Les interventions pharmaceutiques sont tracées dans le dossier, consultables par les prescripteurs. La dispensation est réalisée via les dotations globales et dispersions nominatives, selon des jours définis selon les services. Les piluliers sont préparés par les infirmiers pour 24h, stockés dans le chariot de soins, qui ferme via un digicode. Les médicaments restent identifiables jusqu'à l'administration. L'infirmier administre les médicaments et trace l'administration et la non-administration. Les médicaments sont identifiables jusqu'à l'administration, y compris pour les injectables. Les injectables sont préparés en salle de soins, et une étiquette est apposée avec l'identification du patient et identification du produit. Les équipes médicales et soignantes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. La liste des médicaments à risque est unique pour les 2 services, les populations de patients accueillis étant similaires. Les consignes se retrouvent sur les affiches accolées aux armoires et dans la gestion électronique documentaire (GED), ainsi que sur un livret remis aux professionnels. Les médicaments sont identifiés dans l'armoire et dans le DPI. L'approvisionnement et le stockage des médicaments est sécurisé avec des armoires fermées pour le transport avec digicode. En cas de besoin urgent, en dehors des heures de présence du pharmacien, le cadre administratif est contacté (pour dépannage via les pharmacies de ville ou le Centre Hospitalier William Morey). La formation des professionnels sur le circuit du médicament est assurée par les pharmaciens, entre autres sur les erreurs médicamenteuses (1/2 journée avec mise en place d'un « pilulier de l'horreur », exercice de calcul de dose...). Le pharmacien forme également les internes à chaque début de semestre. Des audits sont réalisés sur les gaz médicaux, les stupéfiants, les salles de soins. Un audit sur les bonnes pratiques a été réalisé il y a 2 ans, non renouvelé avec la mise en place du nouveau logiciel, mais sera reprogrammé dans les mois à venir. Le pharmacien réalise de la conciliation médicamenteuse sur demande des médecins en médecine, en fonction des besoins, et sur les patients du SMR lors de la sortie. Les professionnels connaissent les précautions standards et complémentaires. Les précautions complémentaires sont prescrites dans le dossier patient. Les professionnels sont formés par le praticien en hygiène, un flyer « EOH de Poche » est à leur disposition, présentant les différentes précautions. Ils disposent du matériel et des procédures nécessaires. Les équipes connaissent tous les prérequis à l'hygiène des mains. Ils ont participé à des audits hygiène des mains et les résultats des consommations de la solution hydro-alcoolique (SHA) sont connus. Des référents hygiène sont identifiés. Des audits en lien avec la maîtrise du risque infectieux sont réalisés : Pulp friction, caisson pédagogique, EPP pour

la pose de cathéter veineux et sonde vésicale... Les équipes sont formées à la pose des dispositifs invasifs, la traçabilité de la pose est réalisée ainsi que la réévaluation du maintien du dispositif. L'évaluation des pratiques cliniques des professionnels est peu déployée. Quelques évaluations de pratiques existent (par exemple prescription chez le sujet), mais ont surtout été déployées sur le secteur médico-social. Un questionnaire de satisfaction est transmis aux patients. Une réflexion a été menée par les équipes pour augmenter son taux de retour, ce qui a permis une augmentation. Les professionnels connaissent les modalités de déclaration des événements indésirables associés aux soins. Les équipes avec les professionnels du service qualité et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins accompagnent les équipes dans la réalisation des analyses des causes selon la méthode ORION -méthode choisie sur Centre Hospitalier William Morey. Les retours sur ces analyses sont réalisés aux équipes lors des réunions de service ou temps de transmission.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	56%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	71%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	69%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

Le Centre Hospitalier (CH) de Chagny fait partie du groupement hospitalier de territoire « Saône et Loire-Bresse-Morvan ». Il est en direction commune avec depuis 2019 avec 6 établissements du GHT et 2 EHPAD. L'établissement support du GHT est le Centre Hospitalier William Morey. Le CH de Chagny est labellisé « Hôpital de Proximité ». Le GHT permet une prise en charge en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrique,

SMR et médico-sociale. Un projet médico-soignant de GHT 2024-2028 a été approuvé par l'ARS en septembre 2024. L'établissement a établi des liens étroits avec la médecine de ville, des médecins généralistes participant aux astreintes de l'établissement, et les numéros des médecins du CH étant connus, des admissions directes de patient sont organisées. Un contrat local de santé a été réalisé, une CPTS « Sud-Côte d'or » a été officialisée en mai 2022. Une filière gériatrique est en cours de labellisation avec les établissements du GHT, et des rencontres sont organisées trois par an entre gériatres et directions du territoire. Des équipes mobiles sont présentes sur le territoire dont celle des soins palliatifs avec le Centre Hospitalier William Morey, mais également en gériatrie et en psychogériatrie. Des consultations avancées sont en place en gériatrie et gynéco-obstétrique sur le site de Chagny. Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie sont connus de la gouvernance, le recueil des indicateurs qualité est effectif et suivi. L'établissement établit les partenariats nécessaires à la fluidité des parcours. Les médecins de ville et partenaires extérieurs peuvent joindre aisément les services et les usagers également. Les numéros sont à disposition dans le livret d'accueil et sur le site internet, et un guide pratique « Pour adresser vos patients » a été élaboré pour présenter les contacts et les différents types de prises en charge aux médecins de ville. Une messagerie sécurisée est en place.

L'établissement alimente le dossier médical partagé (DMP). Le dossier pharmaceutique du patient ne peut être consulté, mais le DMP est accessible des professionnels (particulièrement des médecins) via le site internet du DMP. Concernant la recherche clinique et l'accès à l'innovation, une commission innovation et une commission recherche clinique est en place pour le GHT, le président de la CME de Chagny, chef du pôle gériatrique sur le Centre Hospitalier William Morey y participe. Des travaux sont en cours sur la simulation en gériatrie, des casques de lumino-relaxation, des projets d'intelligence artificielle "soignant augmenté" et "oreille augmenté du soignant". L'établissement promeut le recueil de l'expression des patients via les questionnaires de sortie, et via le questionnaire e-Satis, même s'il est en recueil facultatif. Le faible taux de retour du questionnaire de sortie ne permet pas jusqu'alors une analyse qui identifierait des actions d'amélioration. La première action d'amélioration mise en place a donc été d'augmenter ce taux, en travaillant sur les modalités de diffusion. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont analysés avec les représentants des usagers, de même que les plaintes et réclamations. L'établissement veille à la bientraitance et lutte contre la maltraitance. Concernant la bientraitance, une charte est en place, ainsi qu'un livret de la promotion de la bientraitance. Une enquête a été réalisée en lien avec la structure régionale d'appui. Concernant les situations de maltraitance, les professionnels connaissent la conduite à tenir pour le signalement. La formalisation d'un plan de prévention de la maltraitance permet également la diffusion de bonnes pratiques. Des actions de formation type la communication avec le patient ou l'écoute active ne sont pas encore déployées. L'établissement est accessible aux personnes en situation de handicap. Un référent handicap est identifié (tant pour les patients que pour les professionnels). Une conseillère en économie sociale et familiale permet la prise en charge des patients vulnérables. L'établissement est organisé pour permettre au patient l'accès à son dossier (nombre très faible de demande), les délais de remise sont conformes à la réglementation et sont présentés en commission des usagers (CDU). Un représentant a été rencontré, il est présent depuis novembre 2022. La CDU est informée des éléments réglementaires : questionnaire de sortie, plaintes, résultats des IQSS... Le représentant se sent impliqué au sein de l'établissement, il travaille en toute transparence avec la direction et la responsable qualité. Il participe exclusivement à la CDU et au conseil de surveillance. Il donne son avis sur des mises à jour de protocoles, il se sent impliqué dans la préparation à la visite de certification. Toutefois il ne participe pas à des actions d'information auprès des patients, et il ne propose pas de recommandations, mais il le peut. Il n'existe pas de projet des usagers spécifique à Chagny, un projet des usagers est en cours de validation sur le GHT, et sera décliné par la suite sur Chagny. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Une politique qualité est formalisée pour 2024-2028, et déclinée en objectifs, puis en actions. Cette politique a été élaborée en lien avec la politique qualité du GHT, et s'appuie également sur les EI de l'établissement. Il n'y avait pas de politique qualité avant 2024. Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé. Une évaluation de la culture sécurité n'a pas été mise en place. La gouvernance est très impliquée dans la mise en œuvre de cette politique. La gouvernance tient compte de la

charge en soins et réévalue ses besoins en professionnels en organisant des renforts nécessaires. L'établissement a mis en place également une plateforme pour gérer les besoins en remplacement, à laquelle les professionnels de l'établissement ont accès, mais également des professionnels extérieurs qui sont rencontrés en amont de leur venue. En cas d'absence trop importante de professionnels, le capacitaire est revu ou les établissements du GHT sont sollicités. L'encadrement est formé. Des réunions des cadres sont en place, des comités de direction également, et il participe au groupe de travail GHT sur le projet médico soignant. Des staffs sont en place dans les services pour faciliter et impulser le travail en équipe, et réfléchir collectivement aux prises en charge des patients. Des séances de débriefing sur des prises en soins particulière se mettent en place. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et suivies au sein d'un plan de formation. Il n'existe toutefois pas de projet ou de démarche spécifique de travail en équipe, les formations par la simulation ne sont pas déployées mais des projets existent entre autres sur la gériatrie. La démarche sur le questionnement éthique a été arrêtée début 2024. Sa reprise est prévue en 2025, toutefois des formations sont mises en place sur les droits des patients, les soins palliatifs... Une formation a également été mise en place avec le comité éthique régional. Le comité éthique GHT se remet également en place. Concernant la démarche qualité de vie au travail, des actions ponctuelles sont en place (par exemple : journée forme et santé, moment de convivialité), mais il n'existe pas de politique formalisée à partir de données et questionnaire de satisfaction. Les conflits peuvent être remontés via le portail des événements indésirables ou directement auprès du cadre ou de la direction, qui prend alors en charge la résolution du conflit. Au besoin une cellule territoriale du GHT existe. La psychologue libérale, avec laquelle l'établissement travaille, spécialisé en coaching et gestions des conflits peut également être appelée. Le plan blanc (PTHSSE) de l'établissement n'a pas été mis à jour depuis 2014. Il n'existe donc pas de cartographie des risques pouvant générer une tension (existe uniquement pour le plan canicule et la gestion d'une épidémie). Le CH Chagny est établissement de 3ème ligne, il connaît ses objectifs de prise en charge. Une cellule de crise est opérationnelle en 45 min, mais elle ne dispose pas des différents outils et procédures nécessaires à la décision. 2 événements réels (inondation et panne informatique) ont nécessité la mise en place de cette cellule de crise. La gestion de crise, malgré l'absence de mise à jour des documents, est donc opérationnelle. Des cellules des flux en lien avec le GHT ont également été mise en place pour l'épidémie de grippe à l'hiver 2024-2025. Des RETEX sont organisés. Un plan de sécurisation est rédigé. Certains accès sont protégés par badge. Des situations à risques sont identifiées comme les fugues de patient avec une conduite à tenir. Le suivi des consommations est réalisé sur la plateforme OPERA et un conseiller en transition énergétique est mise à disposition par le GCS Chalonnais. Une politique Développement Durable est formalisée au niveau du GHT mais non déclinée sur le CH de Chagny, de même que le plan d'action. Un référent Développement Durable est identifié, et un comité va se mettre en place (1ère réunion prévue le 12 juin 2025). Quelques actions sont toutefois mises en place : achat avec une politique RSE, forfait covoiturage, baisse des T° et cycle plus court en lingerie, éclairage LED, loi égalim en restauration, travail sur le gaspillage alimentaire. Une Filière de tri des déchets en place : DAOM, DASRI, Bois, pile, équipements informatique.... Un audit a été réalisé par le syndicat mixte des ordures ménagères. Une nouvelle filière de tri pour les emballages a été mise en place récemment. La prise en charge des urgences vitales est organisée au sein de l'établissement. Un numéro unique est en place, il s'agit du 15. Les professionnels connaissent les situations d'urgence vitale qui correspondent à l'utilisation de ce numéro unique. Des matériels sont à disposition par les services et gérés par eux avec une vérification des périmés, qui permet de connaître le contenu des chariots. La formation AFGSU est organisée. L'évaluation du dispositif repose sur l'analyse des signalements d'événements indésirables, la mise en place d'exercice de simulation n'est pas effective. Les recommandations de bonnes pratiques sont à disposition des professionnels et sont actualisées (veille réglementaire, HAS...). La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et des revues de pertinence n'est pas déployée. Des évaluations ont surtout été menées par les pharmaciens, et prioritaires sur le secteur médico-social. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis. Ils font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement (CME) et en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Ils sont également

transmis aux équipes. Les professionnels connaissent le système de déclaration, y compris des presqu'accidents. Une charte de confiance et d'incitation à la déclaration des évènements indésirables est signée par la direction, le président de la CME, et la directrice des soins (mise à jour en avril 2024). Les professionnels connaissent la procédure de signalement. Ils ont été formés par la responsable qualité. L'information du dommage lié aux soins est protocolisé et connue, elle sera réalisée au besoin par le médecin. L'établissement analyse ses évènements via la méthode Orion, la coordinatrice de la gestion des risques associées aux soins et la responsable qualité accompagnent les équipes dans la démarche d'analyse. Une fois l'analyse effectuée, elle est partagée dans le logiciel qualité, et la cadre de santé et le médecin du service en échange avec le service, et un partage d'information est réalisé dans le 2ème service du secteur sanitaire voir au besoin des services du secteur médico-social. Le protocole de signalement sur le portail de signalement (ARS) est connu. Au vu du nombre de chute déclarée, il a été décidé de mettre en place un COPIL CHUTE. 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 :? Remettre une lettre de liaison de sortie complète au patient à sa sortie. Réaliser des exercices de mise en situation et une évaluation du dispositif pour améliorer la prise en charge des urgences vitales. Formaliser et décliner les actions des politiques du GHT, notamment pour la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles...

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	710781592	CENTRE HOSPITALIER DE CHAGNY	16 rue de la boutiere 71150 Chagny FRANCE
Établissement principal	710978107	CENTRE HOSPITALIER DE CHAGNY	16 rue de la boutiere 71150 Chagny FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'application / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb.	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Dynamique d'amélioration		
4	Audit système	Risques numériques -Professionnels		
	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5				
6	Audit système	Engagement patient		
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou un Antibiotique per os ou injectable
8	Audit système	Représentants des usagers		
9	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
10	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL Non Applicable

11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins	Précautions standard et complémentaires
12	Audit système	Entretien Professionnel	
13	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves	EI critique ou presqu'accident selon la liste présentée par l'ES
14	Audit système	Leadership	
15	Audit système	Risques numériques - Gouvernance	
16	Audit système	Coordination territoriale	
17	Audit système	QVT & Travail en équipe	
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé	Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou un Antibiotique per os ou injectable
19	Audit système	Risques numériques -Professionnels	
20	Audit système	Risques numériques -Professionnels	
21	Audit système	Maitrise des risques	
22	Patient traceur	Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

	Parcours traceur	Adulte
		Hospitalisation complète
23		Médecine
		Pas de situation particulière
		Patient âgé
		Programmé
		Tout l'établissement
24	Parcours traceur	Adulte
		Hospitalisation complète
		Pas de situation particulière
		Patient âgé
		Programmé
		Soins Médicaux et de Réadaptation
		Tout l'établissement

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

