



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CHS DE MONTFAVET

Bp 92

2 avenue de la pinède

84143 Montfavet



Validé par la HAS en Janvier 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 – Janvier 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
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	24
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CHS DE MONTFAVET	
Adresse	Bp 92 2 avenue de la pinède 84143 Montfavet FRANCE
Département / Région	Vaucluse / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Spécialisé

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	840000137	CHS DE MONTFAVET	2 avenue de la pinède 84143 Montfavet FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

Champs d'applicabilité

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

Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Le Centre Hospitalier de Montfavet, seul établissement public de Vaucluse, spécialisé en psychiatrie et en santé mentale de l'adulte, de la personne âgée et de l'enfant accueille en admission programmée ou en urgence des patients en soins libres ou en soins sans consentement en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour ou en ambulatoire en centres médico psychologiques et en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Il accueille également des patients difficiles dans son secteur d'unités pour malades difficiles (UMD) à vocation nationale. Enfin, il accueille aussi des patients intégrés à sa filière d'addictologie. Dès son premier contact avec les professionnels de l'établissement, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins sont apportées tout au long de son hospitalisation grâce à différents moyens de communication (entretien individuel, réunions de synthèse clinique, rencontre avec les familles...). Le consentement libre et éclairé du patient est systématiquement retrouvé. Le médecin et l'équipe soignante l'impliquent afin de définir son projet de soins, en partageant avec lui les bénéfices et les risques. L'avis des enfants et des adolescents sur le projet de soins proposé avec intégration de la prise en charge sociale, éducative et scolaire est recherché et discuté avec lui en secteur de pédopsychiatrie ainsi qu'avec l'entourage familial. En fin de compte, le patient bénéficie d'actions construites tout au long de sa prise en charge pour devenir acteur face à sa maladie dans le respect des informations le concernant. Avec l'accord du patient et selon la situation, la personne de confiance quand cette dernière est désignée, les proches et/ou les aidants peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins mais leur présence n'est pas toujours favorisée en dehors des heures de visites dans les situations particulières alors que le patient le désire et en a fait état à l'équipe. De plus, le patient n'est pas toujours informé de son droit à désigner une personne de confiance qui n'est pas toujours retrouvée tracée dans le dossier. Par ailleurs, le patient est peu informé par les équipes sur son droit à rédiger ses directives anticipées, alors que ces informations sont retrouvées dans le livret d'accueil. Par contre, les conditions pour que le patient puisse faire valoir sa décision d'accéder à des soins palliatifs en situation de fin de vie sont retrouvées. L'information des patients sur les représentants des usagers est en place mais le patient ne connaît pas, de façon générale, les représentants des usagers afin de pouvoir les contacter si nécessaire et méconnaît aussi les modalités de déclaration des événements indésirables ou celles pour déposer une réclamation, alors qu'une information sur les modalités de déclaration des plaintes est insérée dans le livret d'accueil. L'architecture de l'établissement, l'organisation des soins et les pratiques garantissent le plus souvent le respect de la dignité et de l'intimité du patient au cours de sa prise en charge dans les services d'hospitalisation et plus particulièrement ceux qui ont bénéficié d'une réhabilitation totale. D'ailleurs, le Centre Hospitalier de Montfavet est engagé dans un schéma directeur immobilier, volontaire pour partie, intégré au Ségur de l'investissement afin de moderniser des bâtiments encore vétustes et permettre des prises en charge AH DOC conformément aux recommandations du CGPLP de fin 2019. Cependant, l'architecture, l'organisation et les pratiques de prise en charge des patients en chambres d'isolement, de deux services de psychiatrie d'admission adulte de deux pôles, ne respectent pas totalement la dignité et l'intimité des patients. Les chambres d'isolement ne disposent pas de pendule et d'appel malade, elles sont équipées d'hublots sur les portes qui permettent aux soignants de surveiller les patients sans y rentrer. Pour un secteur, les patients sont également surveillés par caméra sans période de répit prévue dans la journée. Pour ces deux secteurs d'activité il est prévu des travaux de réhabilitation dès 2023 qui permettront des circuits et des prises en charge des patients en isolement dans des locaux conformes. En ce qui concerne l'un des pôles, ce programme d'investissement d'humanisation réhabilitation d'un pavillon est prévu pour un montant de 7 300 000 inscrit dans le Ségur de l'investissement. La démarche vient d'être lancée avec un début de travaux en

2023 et une fin prévue en 2025 et celle de l'autre pôle va être menée dans le cadre de la réhabilitation du bâtiment après un sinistre. Ces travaux permettront d'améliorer les conditions d'hospitalisation des patients par la création de WC et de douches dans toutes les chambres et de multiplier les espaces de vie et les salles télé. De façon générale, on retrouve aussi dans les services de psychiatrie d'admission des chambres dites « sécurisées » pour accueillir les patients détenus mais qui servent en fait de chambres d'isolement pour 68% de leur occupation selon le rapport annuel 2021 rendant compte des pratiques d'isolement et ne sont pas considérées dans le rapport comme des chambres d'isolement alors qu'en 2020 le CGLPL dans une recommandation demandait à l'établissement de les comptabiliser. Un groupe de la CME travaille sur le sujet car l'établissement accueille des détenus venant de trois grands centres pénitenciers avec un volume important par an. L'établissement a pour objectif de créer un service d'hospitalisation fermé pour cette population dont les besoins sont particuliers. L'autorisation et le financement sont en discussion avec l'ARS. Ce projet maîtriserait à ce moment-là le constat établi à la fois par le CGLPL et la visite de certification. L'établissement s'interroge aussi sur le fait que les patients en isolement ne disposent pas systématiquement de chambres lors de la levée d'isolement et sur le fait que des patients soient hospitalisés en chambre d'isolement par manque de disponibilité de lit. L'obligation d'admettre systématiquement les patients venants des urgences en service d'admission est un vrai débat institutionnel car cela peut nuire aux respects des droits des patients dans leur prise en charge. D'ailleurs, dans un service fermé d'admission, plus de 80% des patients venant des urgences arrivent en hospitalisation sous contrainte et le plus souvent, en période de garde administrative où le cadre de direction de permanence fait admettre les patients en suroccupation. La gouvernance de l'établissement engage un travail d'évaluation des filières avec les services d'urgence. Enfin, Le service adolescent 12-17 ans du pôle de pédopsychiatrie dispose aussi de deux chambres d'isolement, dont une sécurisée pour éventuellement admettre un mineur détenu. L'architecture de cette zone correspond à des chambres d'isolement avec SAS d'entrée, hublots de surveillance, toilettes mais sans point d'eau et de repère temporo spatial (pendule) intégré. L'équipe médicale et soignante travaille un projet de réorganisation de cette zone puisque les prescriptions ne sont plus des mises en isolement mais des prises en charge en soins intensifs. De fait les chambres ne sont plus comptabilisées dans les chambres d'isolement et les prescriptions ne sont plus assujetties à la réglementation sur l'isolement. Cependant, la prescription reprend les soins de désescalades mis en œuvre avant l'isolement et prévoit la durée. Les isolements peuvent aller jusqu'à trois jours de façon intermittente dans la journée. La surveillance est souvent prescrite en continue car les espaces sont équipés de caméras mais sans période de répit pour l'adolescent. Le service a demandé de transformer la chambre sécurisée en espace d'apaisement et de modifier l'architecture de la zone intensive qui, aujourd'hui, est une véritable chambre d'isolement type adulte. La réorganisation devrait avoir lieu début 2023. Par ailleurs, lors de la visite, une jeune adolescente est hébergée en chambre sécurisée par manque de place dans le service. Elle n'a donc pas accès à sa chambre quand elle le désire. Les patients mineurs bénéficient de façon générale d'un environnement adapté et plus particulièrement au niveau des services de pédopsychiatrie. Cependant, dans un service de psychiatrie adulte d'admission, des adolescents sont hospitalisés sans environnement adapté à leurs besoins, sans projets de prise en charge ou activités thérapeutiques spécifiques, alors que cette population est considérée comme vulnérable en service d'hospitalisation adulte. Par ailleurs, les soignants ne sont pas formés à ces prises en charge. L'établissement a identifié cette situation qui avait été signalée fin 2019 dans le rapport du CGLPL sous la recommandation 20. Un sous-groupe de la CME travaille sur cette thématique et à court terme, il est prévu de réactiver le passage de l'équipe mobile de pédopsychiatrie "Elisée" lors de l'hospitalisation d'un adolescent en service adulte. Par ailleurs, ce groupe travaille sur le projet de création d'une unité pour jeunes adultes 15-25 ans, spécifique et intersectorielle. L'établissement mène actuellement une réflexion sur la mise en place d'un centre d'accueil et de crise sur le site du CHM, par redéploiement partiel des moyens des dispositifs d'urgence actuels (Centres d'Accueil Permanent d'Avignon – Orange – Cavaillon et Carpentras). En parallèle, la présidente de CME travaille avec les 3 sites d'urgences généraux pour disposer de plus de lits de crise sur les UHTCD des urgences somatiques. Il existe une véritable volonté médicale soutenue par l'institution de créer une filière soutenable de prise en charge des adolescents et

des jeunes adultes au sein d'établissement entre les secteurs d'hospitalisation, d'ambulatoire et d'urgences grands pourvoyeurs des entrées en urgence d'adolescents alors que l'établissement est souvent en sur activité et ne dispose plus de lits d'admission pour cette population vulnérable. Les bonnes pratiques en matière d'isolement et de liberté d'aller et venir ne visent pas toujours le respect des droits des patients dans leur globalité. En effet, lors de la visite un patient a été admis en chambre d'isolement sans que les bonnes pratiques édictées dans la procédure institutionnelle ne soient appliquées. Dans son rapport annuel de 2021 sur les pratiques d'isolement, l'établissement déclarait vouloir mettre en place une démarche transversale de suivi d'indicateurs spécifiques liés à l'isolement pour faire évoluer les pratiques. Ces indicateurs seront mis en place après le changement de dossier patient afin de les automatiser. En effet, il est difficile aujourd'hui de savoir exactement le nombre de chambres d'isolement nécessaires aux prises en charges, puisque les chambres sécurisées servent à de l'isolement et le recours aux espaces d'apaisement n'est pas encore déployé dans les services non encore réhabilités. Enfin, un groupe de travail sur "le respect des libertés individuelles et des droits fondamentaux" doit rencontrer les services de soins pour les accompagner dans la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles visant à limiter le recours à l'isolement et à la contention. D'ailleurs, l'équipe d'un pôle a mené une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème "Quelle alternative à la chambre d'isolement" présentée à l'ensemble du personnel de l'établissement et dans un colloque régional. De plus, La liberté d'aller et venir des patients en hospitalisation libre dans un service ouvert est limitée lors de la visite. En effet, la porte d'entrée du bâtiment, est fermée et pour sortir les patients doivent demander aux soignants. Cette situation a été levée lors de la visite, dès le lendemain et le bâtiment a été rendu en accès libre par déverrouillage de la porte d'entrée . De façon globale, la liberté d'aller et venir au sein des services est un véritable enjeu poursuivi au quotidien par l'établissement. Cet enjeu réside dans le fait de trouver le juste milieu entre les deux points cardinaux que sont la liberté d'aller et venir et la sécurité. Par exemple, dans les services les patients ne peuvent pas accéder à leur chambre pendant plus de 2 heures lors du ménage pour raison de sécurité. La nuit, dans certains services, la zone des chambres est fermée par une grille ou une porte et les patients ne peuvent plus, à partir de 23h, avoir accès aux zones de vie ou à la salle TV. Néanmoins, le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale et son suivi est conforme aux attendus. Par ailleurs, le matériel disponible dans les SAS d'entrée des chambres d'isolement est également conforme. Le patient bénéficie systématiquement de soins visant à évaluer et à soulager sa douleur. La prise en charge de la douleur est réalisée avec différentes approches médicamenteuses mais aussi comportementales. Une échelle de suivi de la douleur est adaptée à toutes les formes de handicap pour favoriser l'expression du patient. Le patient présentant des troubles psychiques et le patient âgé bénéficient du maintien de leur autonomie tout au long de leur séjour grâce aux activités organisées par le pôle d'activités transversales rattaché au pôle médico-technique, où l'on retrouve un véritable plateau technique de rééducation avec une équipe de deux kinésithérapeutes mais aussi un panel d'activités thérapeutiques et sportives très important. En fin de compte, une réponse adaptée aux besoins du patient lui est apportée y compris en situation de tension d'activité. Les patients en situation de précarité sociale et de handicap sont particulièrement bien accompagnés grâce à l'action en transversal des assistantes sociales en complémentarité de l'action de l'équipe pluridisciplinaire dans leur inclusion sociale et leur réhabilitation, y compris pour les personnes âgées. Par ailleurs, les conditions de vie habituelle du patient sont analysées dans le cadre de la préparation à la sortie grâce à l'action complémentaire des équipes pluridisciplinaire et des équipes mobiles d'expertise déployées au sein de l'institution.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Dès l'entrée du patient, chaque professionnel réalise une évaluation initiale qui est partagée en équipe afin de proposer et mettre en œuvre le projet thérapeutique du patient. La pertinence de la trajectoire de prise en charge est argumentée et bénéficie d'une réflexion bénéfique risque pluridisciplinaire formalisée au sein du dossier patient. En SSR d'addictologie, la pertinence de l'admission et du séjour est argumentée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire. En fin de compte, le projet de soins individualisé est argumenté et ajusté tout au long de la prise en charge, lors des entretiens médicaux et lors des réunions pluridisciplinaires. Les prescriptions, décisions médicales d'isolement et de contention ou de restriction des libertés sont, le plus souvent, conforme à la réglementation et la pertinence de leur choix est systématiquement tracée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire en psychiatrie. De façon globale, les équipes sont coordonnées autour de la prise en charge du patient. Cette coordination repose sur la complétude et l'accessibilité du dossier patient en temps utile. Le dossier du patient est alimenté par l'ensemble des professionnels, ce qui contribue à la continuité et à la coordination des soins notamment entre les équipes des unités d'hospitalisation complète, de l'hospitalisation de jour, celles de l'ambulatoire et du large secteur médico-social de l'établissement. Cette coordination est accentuée par l'action des équipes mobiles présentes au sein de l'établissement : 3 équipes mobiles de psychiatrie générale, 4 équipes mobiles de gérontopsychiatrie, 1 équipe de suivi postpénal, 1 équipe sur la précarité, 1 équipe mobile de périnatalité, 1 équipe de liaison et de soins pour enfants et adolescents et 1 équipe mobile des Troubles du Spectre Autiste . Cette coordination s'organise aussi en externe dans le réseau médico-social de prise en charge du patient et plus particulièrement entre les hôpitaux de jour/CMP et la médecine de ville. La coordination des équipes de pédopsychiatrie et des équipes de psychiatrie adulte lors du passage d'un adolescent en service adulte est opérationnelle lors de la préparation du transfert du jeune patient. De plus, les équipes se coordonnent dans une démarche palliative pluridisciplinaire pour les patients en fin de vie notamment sur le secteur de gérontopsychiatrie. Par ailleurs, la coordination de la filière SSR addictologie est particulièrement efficace entre les différents acteurs de la prise en charge sanitaire et médicosociale grâce à l'action de l'équipe mobile de soins en addictologie. Cette coordination donne sens à l'organisation des parcours patients. La prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins et les équipes évaluent le délai d'entrée dans la file active. Les critères de sévérité sont le plus souvent évalués et plus particulièrement celui du risque suicidaire sans qu'une procédure institutionnelle prévoit un dispositif de suivi du risque suicidaire attendu. Les professionnels évaluent cliniquement le risque suicidaire et le notifient dans le dossier du patient. En cas de risque avéré, les soignants disposent de prescriptions adaptées demandant au patient de leur remettre certains objets personnels En ce qui concerne la gestion des récurrences d'épisodes de violence, les équipes n'élaborent pas de plan de prévention partagé avec le patient. Une action est prévue par l'établissement pour déployer sa mise en œuvre. Cependant, les équipes préviennent les situations de violence en mettant en œuvre les interventions de pacification et de désescalade adaptées aux patients, notamment par la méthode OMEGA ; ces actions sont reprises lors des réunions cliniques. La prise en charge somatique du patient est assurée tout au long de son parcours grâce à l'organisation des soins somatiques en place qui permet à chaque patient hospitalisé d'être suivi. La pertinence des décisions de prise en charge somatique s'appuie sur des protocoles. Tous les éléments nécessaires à la prise en charge somatique sont tracés dans le dossier. Les recours aux avis spécialisés ou experts sont organisés et opérationnels. L'établissement dispose d'un pôle médico-technique proposant aux patients un plateau de radiologie, de dentaire, des consultations spécialisées en dermatologie, en gynécologie, en cardiologie ou même en neurologie. Par ailleurs, l'identification et la prévention des risques de dépendance iatrogènes de la personne âgée (comme ceux de la dénutrition, des chutes ou de l'incontinence urinaire) sont le

plus souvent effectuées notamment en gériopsychiatrie sans que cette recherche soit systématiquement tracée dans le dossier du patient. Les équipes connaissent les circuits des vigilances notamment ceux de la pharmacovigilance et de l'identitovigilance. Les référents sont connus. En matière d'identitovigilance, les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les bonnes pratiques de la maîtrise du risque infectieux en matière de précautions standards et complémentaires sont généralement appliquées par les équipes pluridisciplinaires au sein de l'établissement et des audits de pratiques comme celui de l'hygiène des mains sont effectués. Cependant, même si les équipes appliquent les bonnes pratiques d'hygiène des mains, lors de la visite beaucoup de professionnels portaient des bijoux. Le transport en intra hospitalier et en extra hospitalier pour les RDV de consultations spécialisées, d'exams complémentaires des patients ou de transferts d'usagers est organisé et repose sur une équipe d'ambulanciers diplômés disposant de plusieurs ambulances couchées et de véhicules sanitaires légers. Les transports sont toujours assurés en binôme avec un soignant. Le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments est le plus souvent retrouvé au sein de l'établissement. Dans des unités, l'administration des médicaments est toujours tracée lors de la prise par le patient et les médicaments sous forme de gouttes sont préparés le plus souvent lors de l'administration. Néanmoins, des solutés médicamenteux en flacons stockés dans les pharmacies des unités ne comportaient pas toujours les dates d'ouverture. L'analyse pharmaceutique est opérationnelle. Les médicaments à risque ne sont pas maîtrisés au sein des unités de soins, les équipes ne connaissent pas dans la grande majorité la liste des médicaments à risques unique pour tous les services, quel que soit la prise en charge ; cette liste a été travaillée par un groupe de travail pluriprofessionnel dédié, avec l'implication des infirmiers référents pharmacie de chaque unité de soins et validée par le COMEDIMS. La sensibilisation et la formation des professionnels aux risques iatrogènes des médicaments à risques de la liste n'est pas effective car les équipes ne s'expriment que très rarement sur ces risques. Cependant, l'étiquetage de ces médicaments au niveau des stockages est conforme et l'identification du médicament à risques jusqu'à son administration est assurée grâce aux logiciels d'administration des médicaments où une bulle identifie le médicament à risque mais certaines équipes ne connaissent pas la signification de cette bulle. Enfin, dans des unités, les recommandations sur les « never events » ne sont pas connues, Par ailleurs, la réévaluation de la pertinence des prescriptions des antibiotiques entre la 24^{ième} et la 72^{ième} heure n'est pas systématique, en témoigne le résultat de l'audit effectué par la pharmacie fin 2021 avec un indicateur à 27% de conformité. De plus, l'établissement ne dispose pas d'un référent antibiotique et les praticiens, notamment somaticiens, ne bénéficient pas de formation sur le sujet. La conciliation médicamenteuse est quant à elle initiée au sein dans trois services pilotes avec identification des profils de patients cibles. Néanmoins, le bilan thérapeutique des traitements à la sortie du patient est peu souvent retrouvé dans la lettre de liaison. L'évaluation des pratiques professionnelles par les équipes au regard des résultats cliniques liés aux spécificités des patients hospitalisés au sein des unités est en place. En effet, toutes les équipes s'expriment sur des démarches d'évaluation élaborées lors des réunions de synthèse ou d'analyse des pratiques concernant par exemple les parcours spécifiques comme celui de la personne âgée, celui des hospitalisations sans consentement ou ceux concernant les filières de pédopsychiatrie. Les équipes participent au recueil des indicateurs qualité mais n'analysent pas toujours les résultats pour ensuite définir des actions d'amélioration au regard de ces résultats. La déclaration et l'analyse des événements indésirables est en place mais là encore les équipes ne définissent pas toujours de plans d'actions au niveau de leur secteur d'activité. L'analyse des événements indésirables graves est effectuée conformément aux bonnes pratiques mais les équipes ne connaissent pas systématiquement les plans d'action décidés par le Comité de Revue de l'Expérience alors même qu'ils sont définis avec certains professionnels de terrain. Les plans d'actions ne sont pas réévalués afin de les réajuster si nécessaire. Les équipes intègrent peu d'actions d'amélioration fondées sur la satisfaction et l'expérience patient au sein des projets de prise en charge. D'ailleurs, La Commission des Usagers de l'établissement ne formule aucune recommandation.

Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier de Montfavet est un établissement historique fondé en 1681, aujourd'hui incontournable comme seul établissement public spécialisé en psychiatrie et en santé mentale du Vaucluse sur un territoire élargi du Vaucluse et du nord des Bouches du Rhône avec une population de 604 000 habitants dont 20% vivent sous le seuil de pauvreté. Il est aussi le premier opérateur public du champ social et médicosocial du Vaucluse. En convention d'association avec le GHT 84, il est organisé en trois pôles de psychiatrie générale et un pôle de psychiatrie infanto-juvénile sur deux sites d'hospitalisation et 70 structures extrahospitalières avec des équipes sur trois sites d'urgence et en milieu pénitencier. Il comporte aussi des activités spécialisées de victimologie, de psychiatrie légale, de psychotraumatologie, de neuromodulation avec un site d'anesthésie ambulatoire, et des thérapies spécialisées, à médiation créative et sportive. L'établissement a un rôle pivot dans l'élaboration, le suivi et la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale (PTSM) sous la coordination du CODES 84 (comité départemental d'éducation à la santé). Les équipes du Centre Hospitalier de Montfavet ont notamment coordonné l'élaboration des fiches sur la réhabilitation psychosociale, celle sur la pair-aidance et celle sur l'addictologie. Néanmoins, les équipes de terrain ne connaissent pas les objectifs du PTSM en lien avec les populations accueillies dans les unités d'hospitalisation. La gouvernance de l'institution, est quant à elle, fortement positionnée pour piloter la politique santé mentale de son territoire. Elle définit donc ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. En témoigne d'ailleurs les axes stratégiques de son projet d'établissement qui intègrent des axes d'amélioration afin d'éviter les ruptures de parcours identifiées par le PTSM comme le maintien d'une offre de proximité accessible ou l'adaptation des parcours aux spécificités des populations accueillies ou encore celui sur l'innovation thérapeutique comme en témoigne le plateau technique sur la Résonance Magnétique Trans Crânienne. Des modalités de parcours spécifiques pour les populations vulnérables sont identifiées et en place. Le parcours de la personne âgée est coordonné. En urgence, les modalités de prise en charge rapides sont organisées. La trajectoire du parcours patient en aval des urgences est fluide afin d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient. La coordination des parcours de recours psychiatrique sur le territoire est donc assurée. Le maillage organisationnel avec le réseau et plus particulièrement avec les établissements médico-sociaux se consolide. Les échanges d'informations entre les structures, notamment ambulatoires, la ville et la médecine libérale sont organisées et reposent sur des modalités de communication téléphoniques, ou par courriers, ce qui permet aux usagers et aux médecins de ville de contacter les structures aisément. Cependant, l'établissement ne dispose pas encore de la messagerie sécurisée pour accentuer la fluidification de la communication entre la prise en charge ambulatoire (les CMP) et la médecine de ville. L'établissement a prévu dans son schéma directeur du système d'information de déployer sa messagerie sécurisée au premier semestre 2023 ce qui permettra également d'alimenter le Dossier Médical Partagé. La gouvernance soutient la recherche clinique avec des actions sur la recherche comme par exemple, celle dans le domaine du psycho traumatisme complexe ou celle sur la prise en charge des patients atteints de troubles psychopathiques. De façon générale, l'engagement patient individuel et collectif est une valeur du projet d'établissement mais cette impulsion n'est pas toujours relayée au niveau de tous les secteurs d'activité par des actions concrètes d'intégration des patients dans la définition des parcours qui leurs sont réservés. Par ailleurs, cet engagement patient n'est pas évalué au niveau institutionnel. L'établissement organise l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient par un questionnaire identique en hospitalisation à temps complet pour adultes, quel que soit la population accueillie. Par contre, l'établissement a élaboré des questionnaires spécifiques pour les prises en charge ambulatoire pour adultes, en hospitalisation en unités pour malades difficiles, en unité de pédopsychiatrie et d'adolescents pour les parents et les enfants et adolescents, et en secteur de Soins de Suite et de réadaptations d'addictologie. Mais ce dernier

ne promeut pas l'élaboration de questionnaires spécifiques sur l'expérience patients par unité de soin ou sur la perception du patient du résultat de sa prise en charge sur sa santé. Des initiatives visant à mobiliser l'expertise patient sont portées par l'institution comme la signature d'une convention avec une association de pair aidants afin de les faire intervenir au sein de l'institution. D'ailleurs, lors de la visite, une action venait d'être menée avec l'appui d'un pair aidant au sein de l'équipe de réhabilitation psychosociale. Des groupes de parole sont aussi organisés avec les familles des patients. Cependant, les patients ne sont pas encore sollicités pour participer aux démarches d'évaluation d'amélioration des pratiques. La Commission Des Usagers (CDU) est en place, la gestion des plaintes est organisée, cependant, les soignants ne connaissent pas les plaintes et les actions correctives définies pour leur secteur d'activité et la Commission des Usagers de l'établissement ne formule aucune recommandation. Par ailleurs le délai d'accès du patient à son dossier dépasse largement le délai réglementaire. Le plan d'actions mis en œuvre ne semble pas efficace alors que le CGLPL avait en fin 2019 posait une recommandation sur le sujet. Enfin, les représentants des usagers à la CDU ne contribuent pas suffisamment à la politique d'accueil et de prise en charge des patients, ils ne proposent pas d'actions d'amélioration annuellement intégrées dans la PAQSS et ne peuvent pas aller dans les services de soins pour rencontrer les patients en concertation avec les soignants. Une maison des usagers a été mise en place mais sans animation soutenue par l'établissement et son existence n'est pas connue des patients. La gouvernance a pour objectif l'élaboration d'un projet des usagers avec priorité l'implication des représentants des usagers dans la vie de l'établissement. Par ailleurs, les accès aux bâtiments et aux plateaux techniques ne sont pas toujours adaptés à tous les types de handicaps. Les valeurs de bientraitance sont présentes au sein du projet d'établissement et l'établissement est organisé pour lutter contre la maltraitance ordinaire, les agents sont sensibilisés mais l'évaluation des pratiques dans ce domaine n'est pas mise en place. La position de leadership de la gouvernance se traduit dans le projet d'établissement. La politique qualité, gestion des risques est clairement exposée et partagée par la gouvernance institutionnelle. La gouvernance qualité gestion des risques au sein de l'établissement est organisée selon trois niveaux. Tout d'abord, la gouvernance pilote en s'appuyant sur le directoire et la Commission Médicale d'Etablissement. Ensuite, un comité de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins est animé par la direction de la qualité et de la gestion des risques et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) dont le poste était vacant lors de la visite. Enfin, les groupes d'analyse de processus : le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition, le Comité de lutte contre la douleur, le groupe de gestion du risque infectieux et les instances qualité telles que la CASIR (cellule d'analyse et de suivi des incidents et des risques) et le CREX (comité de retour d'expérience) mettent en œuvre la politique. Cependant, les équipes rencontrées ne connaissent pas toujours cette organisation. La politique qualité se décline dans un Programme Qualité Gestion des Risques PAQSS centralisé mais ce programme institutionnel n'est pas décliné en actions concrètes sur le terrain et les équipes ne le connaissent pas. Les relais attendus de communication ne semblent pas opérants alors que cette mission de communication est sous la responsabilité de l'encadrement supérieur et de proximité en lien avec les chefs de pôles et de services. Par ailleurs, si les équipes peuvent aisément s'exprimer sur des évaluations des pratiques professionnelles ou parfois, de revue de pertinence, cette analyse ne se décline pas en un plan d'actions correctives partagé. Les équipes ne connaissent pas les indicateurs qualité sécurité des soins IQSS de leur secteur d'activité (suivi de la douleur, présence et contenu de la lettre de sortie...) qui sont analysés au niveau institutionnel, et elles ne disposent pas d'indicateurs spécifiques comment par exemple la durée des isolements, le nombre d'isolement de patients sous contrainte ou en hospitalisation libre. Les équipes ne disposent donc pas d'actions d'amélioration au regard de leurs résultats. Enfin, elles ne s'expriment pas sur des actions concrètes issues de l'analyse de l'expérience patient où même de celle de la satisfaction patient. En fin de visite, l'établissement nous a présenté un PAQSS complémentaire avec des actions correctives dans le cadre de la contractualisation interne prévues en 2023 qui devrait améliorer la communication au niveau de la gouvernance qualité gestion des risques (entre la direction, les pôles, les services), l'implication des équipes dans la démarche ainsi que celle des représentants des usagers. La politique qualité a été revue afin d'y intégrer cette nouvelle vision organisationnelle. Cela dénote de la réactivité de l'établissement au cours de la

visite. L'analyse des événements indésirables graves est organisée via l'action des Comités de Retour de l'Expérience (CREX) qui analysent toutes les situations à risques graves déclarées. Les plans d'actions sont définis en concertation avec quelques professionnels de terrain, validés en CREX puis communiqués par la direction de la qualité aux différents pilotes d'actions identifiés mais les équipes ne s'approprient pas le résultat des analyses et ne connaissent pas les plans d'actions à mettre en œuvre. Le suivi des plans d'actions n'est pas opérationnel. L'analyse de la pertinence des admissions et des séjours longs sur la base de recommandations de bonnes pratiques n'est pas systématiquement mise en œuvre au niveau des unités de soin même si la gouvernance communique sur les bonnes pratiques à appliquer. En fin de compte, les équipes de soins ne disposent pas de plan d'actions formalisé issu des différentes analyses émanant des revues de pertinence, de l'évaluation des pratiques professionnelles, des événements indésirables, de l'expérience patient et des IQSS. Ainsi, la dynamique de soutien de la culture qualité sécurité, non évaluée, n'est pas totalement efficace au niveau de l'établissement et le fait que la gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins n'est pas retrouvé relayé au niveau des secteurs d'activités. De plus, la démarche d'accréditation des médecins n'est pas initiée au sein de l'institution. La maîtrise des risques est organisée au sein de l'établissement. L'instance gestionnaire des risques fonctionne. Le plan blanc est formalisé. La politique vaccinale est arrêtée et mise en œuvre. La gestion des tensions hospitalières repose sur une cellule de crise opérationnelle et est maîtrisée tant au niveau des ressources humaines qu'au niveau du matériel en témoigne la réactivité de l'établissement face à la pandémie du COVID. Cependant, en dehors d'un événement exceptionnel, l'établissement fonctionne actuellement avec une suroccupation chronique de ses secteurs d'activité malgré une forte tension sur ses effectifs médicaux et paramédicaux avec 13% des postes médicaux et 7,55 % des postes paramédicaux vacants. La gouvernance essaie de juguler cette pression constante sur ses organisations en initiant un travail notamment avec les services d'urgence MCO pour essayer de modifier les trajectoires patients et diminuer la pression sur ses organisations. La sécurité des biens et des personnes est structurée et est intégrée à un plan de sécurisation et de sûreté adapté aux besoins de l'établissement. Un groupe de travail sous la houlette de la Direction des achats et des fonctions logistiques dans le cadre du Ségur Ressource Humaine, travaille sur la sécurisation des équipes dans leur travail quotidien en évaluant le dispositif individuel de protection DATI. La politique développement durable, portée par un directeur adjoint, se décline dans un plan d'actions issu d'un diagnostic récent qui a pour ambition de redéfinir totalement le processus allant des économies d'énergie à la refondation des filières déchets. Par ailleurs, la maîtrise des risques numériques et de cyberattaque sont coordonnés. Enfin, la prise en charge des urgences vitales n'est pas totalement opérationnelle et adaptée dans toutes les structures et services de soins de l'établissement. La procédure est complexe et indique plusieurs numéros d'appel sans priorisation de la conduite à tenir. L'appel passe d'ailleurs par la conciergerie qui dispatche ce dernier à l'équipe de médecine somatique qui est organisée pour intervenir de 8h à 18h, puis au SAMU Centre 15 de 18h à 8h. Par ailleurs, un retard important sur la formation AFGSU initiale et de recyclage a été constaté et identifié par l'établissement qui, dès 2021, a relancé les formations. Les hôpitaux de jour visités disposent d'une trousse d'urgence sans défibrillateur semi-automatique et d'aspirateur à mucosité. Une commande de matériel afin de doter les structures du matériel attendu a été effectuée depuis plusieurs mois mais non livrée au jour de la visite par rupture de stock des fournisseurs. L'établissement s'est montré réactif en proposant en fin de visite une nouvelle procédure plus lisible en s'appuyant sur l'équipe de soins somatiques très dynamique et disponible sur le sujet. Le pilotage de l'adéquation des ressources humaines en fonction des nécessités liées à la qualité de la prise en charge des patients est un objectif parfois difficile à tenir dans le contexte actuel de pénurie de personnel alors que la gouvernance a une politique très volontariste d'attractivité pour les recrutements, citons comme exemple des contrats à durée indéterminée pour les paramédicaux, une politique de concours réguliers, ou encore la mise à disposition de logement pour tous les professionnels à leur arrivée. L'intégration du personnel remplaçant et intérimaire est assurée et les agents rappelés sur leur repos peuvent être rémunérés en heures supplémentaire. Enfin, les responsables bénéficient d'une formation au management mais ils ne bénéficient pas de formation de coaching individuel ou de groupe ou d'un espace de partage de leur expérience soutenu par

exemple par de l'analyse des pratiques professionnels. Une politique Qualité de Vie au Travail (QVT) est soutenue par la gouvernance et s'articule directement avec la gestion professionnelle des métiers et des compétences, même si cette dernière n'est pas encore totalement formalisée au regard d'un baromètre social, elle devrait l'être en 2023 en collaboration avec les partenaires sociaux. Les équipes s'expriment positivement sur les espaces bien être mis à leur disposition. L'établissement dispose de mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits, en effet, un psychologue du travail à temps plein est à disposition des équipes pour d'éventuelles médiations. Le travail en équipe est une priorité à tous les niveaux de la chaîne managériale mais des programmes d'accréditation en équipe ou des programmes d'Amélioration des Conditions de travail en Equipe ne sont pas mis en œuvre. La démarche pour assurer les connaissances et les compétences individuelles et collectives est en place. En conclusion, la Commission de certification attire particulièrement l'attention de l'établissement sur la nécessité de renforcer le respect de l'intimité et de la dignité des patients, le circuit du médicament, la prise en charge des urgences vitales et la culture qualité au sein de l'établissement. A l'appui de ces éléments et de la globalité des résultats, la commission de certification prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera organisée pour réexaminer le niveau de qualité de l'établissement.

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	840000137	CHS DE MONTFAVET	2 avenue de la pinede 84143 Montfavet FRANCE
Établissement géographique	840010607	PGAA CMP SAINT LAZARE AVIGNON	16 avenue de la synagogue 84000 AVIGNON FRANCE
Établissement géographique	840010599	PLVD CMP CATTP CAVAILLON	34 rue du 08 mai 1948 84300 Cavailon FRANCE
Établissement géographique	840013361	PIJ CMP MAISON DES ADOLESCENTS	48 bis avenue des sources 84000 Avignon FRANCE
Établissement géographique	840013213	PIJ CMPEA ISLE SUR SORGUE	11 avenue de la liberation 84800 L'Isle-Sur-La-Sorgue FRANCE
Établissement géographique	840011621	PIJ CMPEA VAISON	Clos sur auze Allee du 26 aout 1944 84110 Vaison-La-Romaine FRANCE
Établissement géographique	840011571	PAISMT CMP GRASSET	14 avenue de la synagogue 84000 Avignon FRANCE
Établissement géographique	840011324	PIJ CMPEA BOLLENE	219 avenue sadi carnot La grange aux fleurs 84500 Bollene FRANCE
Établissement géographique	840011316	PIJ CMPEA VALREAS	Lotissement morand Route d'orange 84600 Valreas FRANCE
Établissement géographique	840011290	PIJ CMPEA CARPENTRAS	287 avenue du mont ventoux 84200 Carpentras FRANCE
Établissement géographique	840011274	PIJ CMPEA CAVAILLON	36 rue du comtat 84300 Cavailon FRANCE
Établissement géographique	840011241	PIJ CMPEA ORANGE	Chemin de queyradel 84100 Orange FRANCE
Établissement géographique	840011217	PGAA CASP ERASMUS AVIGNON	2 rue le titien 84000 Avignon FRANCE
Établissement géographique	840011209	PIJ CMPEA SORGUES	35 rue de la coquille 84700 Sorgues FRANCE

Établissement géographique	840011191	PIJ CMPEA APT	10 place saint pierre 84400 Apt FRANCE
Établissement géographique	840011183	PLVD HDJ CMP CATT APT	86 avenue philippe girard 84400 Apt FRANCE
Établissement géographique	840007413	POLE SANTE CARPENTRAS CH MONTFAVET	32 rond point de l'amitie 84208 CARPENTRAS FRANCE
Établissement géographique	840007389	PGAA CMP CATT MPNTFAVET	Le ponant 164 bd de la fraternite 84140 AVIGNON FRANCE
Établissement géographique	840018584	HDJ CMP CATT BROUTET	1 boulevard Anatole France 84000 AVIGNON FRANCE
Établissement géographique	840018204	UAUP CH CARPENTRAS	24 Rond point de l'amitie 84208 CARPENTRAS FRANCE
Établissement géographique	840018196	PGAA UAUP CENTRE DE CRISE CAP 72 CH AVIGNON	305 rue raoul follereau 84000 AVIGNON FRANCE
Établissement géographique	840018600	PAV CMP CATT BOLLENE	68 avenue saint exupery 84500 BOLLENE FRANCE
Établissement géographique	840013627	PAV CATT LES CHARMILLES ORANGE	162 avenue des thermes 84100 ORANGE FRANCE
Établissement géographique	840013247	PAV HDJ SOUSTET	Rue ernest renan 84110 VAISON LA ROMAINE FRANCE
Établissement géographique	840013189	PAV HDJ ERE DU TEMPS CARPENTRAS	234 avenue du mont ventoux 84200 CARPENTRAS FRANCE
Établissement géographique	840013098	CENTRE PEDOPSYCHIATRIQUE JOLY JEAN	181 RUE FRANCOISE BENOIT 84000 AVIGNON FRANCE
Établissement géographique	840013072	PAV UAUP CENTRE DE CRISE CAP CMP CH ORANGE	Avenue lavoisier 84100 ORANGE FRANCE
Établissement géographique	840013031	HDJ APT POLE ENFANTS SUD	Avenue jean moulin 84400 APT FRANCE
Établissement géographique	840011654	LE GITE POLE ENFANTS SUD	1294 chemin des taillades 84250 LE THOR FRANCE

Établissement géographique	840011647	PIJ HDJ LA CHAUME	Chemin de sylvestre 84740 VELLERON FRANCE
Établissement géographique	840011589	PGAA HDJ MONOD AVIGNON	49 boulevard jacques monod 84000 AVIGNON FRANCE
Établissement géographique	840011308	HDJ POLE ENFANTS NORD	Allee du 26 aout 1944 84110 VAISON LA ROMAINE FRANCE
Établissement géographique	840010631	PIJ HDJ PIOLENC	Quartier rocalibert 84420 PIOLENC FRANCE
Établissement géographique	840010623	PIJ HDJ PERNES	Quartier des guarrigues 84210 PERNES LES FONTAINES FRANCE
Établissement géographique	840010615	HDJ CMP CATT SORGUES POLE AVIGNON NORD	RUE LA COQUILLE PARC GENTILLY 84700 SORGUES FRANCE
Établissement géographique	840010581	PGAA HDJ CMP CATT SORGUES	59 rue de la coquille Parc gentilly 84700 SORGUES FRANCE
Établissement géographique	840010565	PAV HDJ L'AUZON CARPENTRAS	171 avenue marie therese chalon 84200 CARPENTRAS FRANCE
Établissement géographique	840007405	HDJ LE COUDOULET ORANGE	147 impasse des bruyeres 84100 ORANGE FRANCE
Établissement géographique	130808165	PGAA HDJ CMP CATT SAINT REMY	Lotissement guiot 2 ter avenue pelissier 13210 ST REMY DE PROVENCE FRANCE
Établissement géographique	130042823	PIJ CMPEA CHATEAURENARD	12 ter avenue gabriel peri 13160 CHATEAURENARD FRANCE
Établissement géographique	130042807	PLVD CMP SENAS	19 avenue gabriel peri 13560 SENAS FRANCE
Établissement géographique	130042781	PGAA CMP CHATEAURENARD	35 avenue jacques trouillet 13160 CHATEAURENARD FRANCE
Établissement géographique	840011175	PAV CMP CATT VALREAS	2 rue saint augustin 84600 Valreas FRANCE
Établissement géographique	840007397	PAV CMP CATT VAISON	1 rue du ventoux 84110 Vaison La Romaine FRANCE
Établissement géographique	840010573	HJ ET CATT GASTALDY POLE AVIGNON NORD	1 PLACE SAINT JOSEPH 84000 Avignon FRANCE

Établissement géographique	840017008	PLVD CATTCP CMP HDJ ISLE SUR SORGUE	79 allée des ormeaux 84800 Isle Sur La Sorgues FRANCE
Établissement géographique	840016919	PAV CMP CATTCP CARPENTRAS	232 avenue du mont ventoux 84200 Carpentras FRANCE
Établissement principal	840000541	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE MONTFAVET	Bp 92 2 avenue de la pinède 84143 Montfavet FRANCE

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

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Stupéfiants / Injectable
3	Audit système	Engagement patient		
4	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI ou EIG
5	Audit système	Maitrise des risques		
6	Audit système	Leadership		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient atteint d'un cancer	

10			Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Hospitalisation complète Programmé	
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique	

			Psychiatrie et santé mentale Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Hospitalisation complète Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	

17	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Stupéfiants / Injectable
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Audit système	Dynamique d'amélioration		
24	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

25	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport ambulance
29	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Urgences Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Stupéfiants / Injectable
32	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Médicament à risque / Stupéfiants / Injectable
33	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte	

			Hospitalisation complète Programmé	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Hospitalisation complète	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
37	Audit système	Représentants des usagers		
38	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
39	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé	

40			Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
41	Audit système	QVT & Travail en équipe		
42	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	

46	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Hospitalisation complète	
47	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Urgences Adulte Hospitalisation complète	
48	Audit système	Coordination territoriale		
49	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI ou EIG
50	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
51	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences et soins non programmés
52	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
53	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
54	Parcours traceur			

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

